



# BULLETIN

VAKBLAD VOOR DE BEKKENFYSIOTHERAPEUT | JUNI 2021

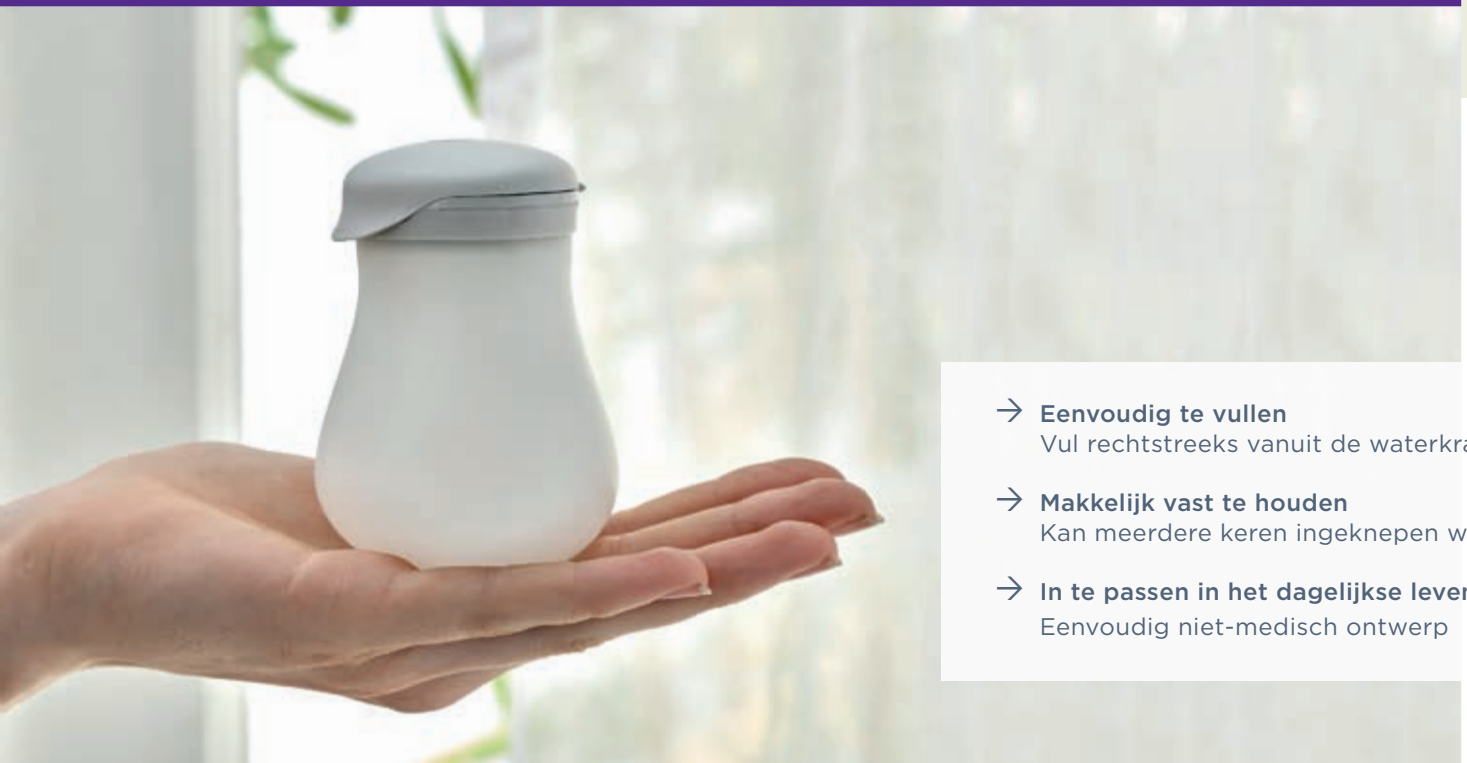
# NVF B

## DEZE KEER

- Bestuursberichten
- Interviews
- Congresagenda
- Apps

# 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



**2. Ledenaantallen**

1 januari 2020: **485**

**94** buitengewone leden

**6** aspirant-leden

**4** ereleden

31 december 2020: **499**

**06** buitengewone leden **4**



## Bulletin

Gaarne fysiotherapie ..... 2

Van het bestuur ..... 3

Jaarverslag 2020 ..... 4

Tine van den Bos erelid NVFB ..... 7

Colofon ..... 37

## Wetenschap

Wetenswaardigheden ..... 8

Is pijn betrouwbaar objectief te meten? ..... 10

Eindelijk... nieuwe terminologie! ..... 15

Critically Appraised Topic ..... 26

## Congressen

IUGA-symposium ..... 12

NVFB-congres 'SOEP' ..... 16

Therapy Live Pelvic Health ..... 24

## Interview

Vera Rempe ..... 22

## Rubrieken

De gezichten achter het NVFB-congres ..... 28

Onder de leden ..... 32

Apps in de bekkenfysiotherapie ..... 34

## Casus

Bekkenpijn met bekkenbodempdisfunctie ..... 19

## Agenda

34

## Ingezonden

Ingezonden brief ..... 35



# Gaarne fysiotherapie...

Tijdens de voorjaarsschoonmaak stuitte ik op het boekje “*Gaarne fysiotherapie...*” Jullie hebben het vast ook gelezen en mogelijk al eerder bij het oud papier gedaan, maar ik ben nogal een verzamelaar, vandaar dat ik het nog heb. Ik kon het weer even doorlezen, en nu mag het echt weg. Want... het boekje is uit 1989, een cadeautje van de KNGF. Het was bedoeld om de samenwerking tussen arts en fysiotherapeut te verbeteren, door alle mogelijkheden te beschrijven die we als fysiotherapeut konden bieden. Bekkenfysiotherapie als specialisatie hadden we 32 jaar geleden nog niet. En een heleboel wat er in het boekje staat hebben we niet



meer! DTF bestond nog niet en de (eerstelijns) fysiotherapeuten waren volledig afhankelijk van de verwijzing van huisarts en specialist. Met melancholie kijk ik naar het hoofdstukje ‘Fysiotherapie: technieken, methoden en middelen’, met de onderwerpen bewegingstherapie, massage, fysische therapie (in engere zin), haptonomie, manuele therapie. Duidelijk is dat ons vak erg veranderd is. En dat we veel van onze mooie technieken zijn kwijtgeraakt; ze zijn uit onze richtlijnen geschreven omdat er te weinig evi-

dence voor was. Of misschien wel omdat er te weinig onderzoek naar gedaan is. Wat dat betreft denk ik dat we het met de bekkenfysiotherapie als specialisatie veel beter doen. (Inter)nationaal worden er mooie onderzoeken verricht en we kunnen dankzij het internet op internationaal niveau terecht. Ook in dit bulletin willen we graag een link leggen naar de ontwikkelingen in ons vakgebied. Ben je zelf bezig met een mooi onderzoek, daar maken we hier ook graag ruimte voor – neem dan vooral contact met ons op.

Dit bulletin is verder ook weer gevuld met de vaste rubrieken, zoals interviews, congresverslagen (ondanks Corona!), wetenswaardigheden. Maar ook een bericht dat ons bestuur aangereikt kreeg door onze vroegere voorzitter Tine van den Bos. Tine kreeg als voorzitter van de stichting Bekkenbodem4All een verdrietig verhaal voorgelegd dat zij graag met ons wil delen.

Na 41 jaar fysiotherapie ga ik met pensioen, daarmee komt de functie van hoofdredacteur van het bulletin vrij. Wie wil dit stokje overnemen?

Een mooie zomer gewenst,

---

**Jeannette Kunnen**

---

*namens de redactie*

## Gezocht Spin in het Bulletin-web

Kun je overzicht houden? Durf je collega's aan te sturen? Kun je communiceren? Dan ben jij de hoofdredacteur waar wij naar op zoek zijn. Belasting: drie skypevergaderingen en circa zes uur actiepunten hoofdredacteur. Vergoeding 40 euro per uur.

*Meer informatie via [info@nvfb.nl](mailto:info@nvfb.nl).*

# Van het bestuur

Beste collega's,

Op 26 maart was het zover: het eerste online NVFB-congres, net als anders vanuit het NBC in Nieuwegein, én met een recordaantal bezoekers: in totaal 330. Toen ik binnenstapte in het NBC was ik zwaar onder de indruk. De grote zaal was omgetoverd tot een heuse filmstudio, met een prachtig decor en een echte talkshowtafel, van waaruit onze dagvoorzitter Vera Remppe als een heuse talkshowhost de dag presenteerde. Cameramensen, geluidsmensen, een heel regieteam, moderators voor de chat, een contactpersoon voor de sponsoren op het beursplein en een ontvangstpersoon bij de digitale inschrijfbalie. Daarin hadden ook onze eigen congrescommissie en sponsorcommissie een rol. Petje af dames en Ardy! Ik durf met een gerust hart te beweren dat het een geslaagd congres was, qua inhoud en qua organisatie.

Op 12 april stonden we weer in de studio, deze keer om de presentaties op te nemen voor de huisartsenvoorlichting, de voorlichting voor docenten zwangerschapsbegeleiding, de scholing voor het Postpartum Consult en de voorlichting voor stakeholders over het Postpartum Consult. Je ziet, de NVFB gaat met haar tijd mee.

In de *Fysiopraxis Special Bekkenfysiotherapie* heb je kunnen lezen hoe ons jonge vak zich heeft ontwikkeld. Best indrukwekkend. De NVFB viert dit jaar haar 40-jarig jubileum en in alles kun je zien dat de vereniging niet alleen met haar tijd meegaat en haar plaats inneemt in het heden, maar zeker ook professionaliseert en anticipeert op de toekomst. Dit kunnen we niet zonder jou. Dank je voor je inzet en dank je voor je vertrouwen en je lidmaatschap.

Het Postpartum Consult, de Bekken-(bodem)check voor de consument, is na jarenlange ontwikkeling inmiddels uitgerold over Nederland, exclusief voor geregistreerde NVFB-leden. Ik hoop dat het voorziet in je behoefte en dat het preventieve karakter van dit product vrouwen behoedt voor het ontwikkelen van bekkenbodemplachten. Uit de analyse van de feedbackformulieren blijkt dat zowel de (pas) bevallen vrouwen als verwijzers en collega-bekkenfysiotherapeuten er razend enthousiast over zijn. We zijn in gesprek met zorgverzekeraars; wellicht leidt dit ertoe dat het consult in de toekomst wordt vergoed. Dat zou een prachtig resultaat zijn.

De consumentenwebsite van de NVFB [www.bekkenfysiotherapie.nl](http://www.bekkenfysiotherapie.nl) wordt heel goed bezocht. Via de zorgzoeker wordt de consument naar geregistreerde NVFB-leden in de buurt geleid. Uit *Google Analytics* blijkt dat deze zoekfunctie ook steeds vaker wordt gebruikt. Dit komt omdat de NVFB adverteert via Google Adwords en ook omdat veel collega's een link op hun eigen website hebben geplaatst. Heb je dit nog niet gedaan, doe dit dan alsnog en maak bekkenfysiotherapie.nl nog beter vindbaar.

Het formuleren van de *Entrustable Professional Activities* (EPA's) op eindniveau heeft minimale opleidingseisen voor de bekkenfysiotherapeut opgeleverd. De commentaarronde met de focusgroepen van opleiders, stagebegeleiders en studenten is doorlopen en de feedback verwerkt. Met de EPA's is het voor opleiders, maar ook voor stagebegeleiders en studenten inzichtelijk geworden waar een pasafgestudeerd bekkenfysiotherapeut aan moet voldoen. Hierdoor kunnen alle betrokkenen, maar vooral ook de studenten hun eigen leerproces sturen. Een eerste stap in het verminderen van ongewenste praktijkvariatie is gezet.

In de voorjaars-ALV is de langetermijnvisie 2021–2026 goedgekeurd. Op alle portefeulles zijn nieuwe stippen op de horizon geplaatst, waarvan enkele al in het jaarplan 2021 zijn meegenomen. Eén ervan is het project 'Voorlichting op hogescholen'. Door voorlichting te geven en onze minor aan te bieden, proberen we de algemeen fysiotherapeut te verleiden zich te specialiseren in ons mooie vak. Veel collega's gaan de komende jaren met pensioen en we merken nu al dat het lastig is om vacatures te vullen.

Inmiddels zijn we druk bezig om het Beroepsprofiel Bekkenfysiotherapeut dat stamt uit 2014 te herschrijven en aan te laten sluiten op het Beroepsprofiel Fysiotherapeut. De NVFB werkt hierin samen met de Federatie Fysiotherapie Specialisten, de NVFVG, NVZF, NVBF en de kantoororganisatie van het KNGF, zodat er straks één document is, waarin alle vakgebieden van de fysiotherapeut beschreven staan. Zo moet duidelijk worden dat fysiotherapie een kleurrijk palet is en wij elkaar nodig hebben voor de juiste zorg op de juiste plek.



De NVFB is opnieuw gevraagd om deel te nemen aan de herziening van een (multi-disciplinaire) richtlijn. Daarover valt alles te lezen in 'De gezichten achter de richtlijnen'.

In de algemene ledenvergadering van het KNGF is gestemd over het samengaan van de registers van Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en KRF-NL. Ik ga ervan uit dat de algemene ledenvergadering hiermee heeft ingestemd. Inmiddels is duidelijk dat SKF en KNGF een driepijlermodel voor ogen hebben. Pijler één is het praktijkregister en het individuele register, pijler twee is dataverzameling en innovatie en pijler drie is belangenbehartiging. De NVFB is samen met de Federatie Fysiotherapie Specialisten, de NVFVG, NVZF en de NVBF in gesprek met KNGF en SKF om te komen tot een plek in de *governance* waarin we gehoord worden en de invloed uit kunnen oefenen die past bij een beroepsinhoudelijke vereniging. Het wordt nog een hele tour om dit tot een goed einde te brengen zonder als vereniging je identiteit kwijt te raken. Je ziet, we zitten als NVFB-bestuur niet stil. We kunnen het echter niet alleen. Heb jij interesse om ons te ondersteunen in een van de commissies? Meld je dan aan via [info@nvfb.nl](mailto:info@nvfb.nl). Ik wens je namens het bestuur een hele fijne zonnige zomer.

---

**Nicole van Bergen MSPT**

---

voorzitter

# Jaarverslag 2020

## 1. Start bestuur

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

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

Het bestuur heeft **11** keer vergaderd

Er is **één** heidag geweest.

Het dagelijks bestuur heeft **11x** DB-overleg (via Skype) gevoerd.

## 2. Ledenaantallen

1 januari 2020: **485**

**94** buitengewone leden

**6** aspirant-leden

**4** ereleden

31 december 2020:

**499**

**96** buitengewone leden

**10** aspirant-leden

**5** ereleden

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

Er zijn **3** bijeenkomsten geweest met betrekking tot het uitvoeringsplan Vertrouwen in Beweging

Er was **vijf** maal een Federatieoverleg

Er heeft **1** reguliere (digitale) ALV's plaatsgevonden

## Kaderdag 2020

Wegens COVID-19 was het niet mogelijk de kaderraadplegingen middels fysieke bijeenkomsten te organiseren. Om de Lange Termijn Visie (LTV) van 2021–2026 te kunnen maken, heeft de NVFB drie digitale kaderdagen georganiseerd. Verdeeld over de drie portefeuilles.

## 3. SEB (sociaal-economische belangen)

### Art. 14 Wet BIG

In 2019 is deze erkenningsaanvraag voltooid en er zijn stappen gezet richting VWS teneinde gehoor te vinden voor ons verzoek om een beroep te worden in het kader van artikel 14 van de *Wet BIG*. De realiteit blijkt weerbarstig, mede omdat er binnen VWS ander beleid in ontwikkeling is. Hierdoor zou artikel 14-erkenning niet meer aan de orde zijn. Toch blijft de NVFB, ondersteund door het KNGF, pogen om onze aanvraag gehonoreerd te krijgen.

### Onderzoek naar verkoop product 'Bekkenfysiotherapie'

Door de aankoop van Vektis-data heeft de NVFB een onderzoek kunnen uitvoeren naar welke aandoeningen, bepaald door de diagnosecode, het meest behandeld worden door de bekkenfysiotherapeut. Met deze uitkomsten kan de NVFB de positie van de leden versterken en daarop haar marketing inzetten, en daarnaast het wetenschappelijk beleid verder uitwerken. Dit heeft in 2020 geresulteerd in medewerking aan diverse publicaties.

### Contacten met zorgverzekeraars

In 2020 is er met CZ inhoudelijk gesproken over de probe en de vergoeding bij een behandeling met EMG. Hiervoor is een onderbouwing geschreven. Ondanks toezeggingen ernaar te willen kijken en dit mee te nemen in de nieuwe voorwaardenonderhandelingen is er nog bij geen enkele verzekeraar groen licht voor deze vergoeding gekomen. Z&Z en De Friesland vergoeden de probe al jaren.

De NVFB blijft alert op de ontwikkelingen binnen zorgverzekeraarsland en speelt in op signalen die uit het werkveld komen.

### Project Postpartum Consult (PPC) bekkenfysiotherapie

In april 2020 is de eerste pilot gestart, ondanks COVID-19 en de moeilijkheden die dit met zich meebrengt. In oktober zijn de eerste gegevens geanalyseerd, welke in het bulletin van december 2020 zijn gepubliceerd. Uit de feedbacklijsten komen een aantal tips ter verbetering van de online screeningslijst. Deze zijn aangepast. In december zijn de leden van de NVFB *Science Netwerk* die zich voor de tweede pilot hebben opgegeven, gebriefd, zodat in januari 2021 de tweede pilot kan starten.



### Google Adwords

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

### Science Network

van  
**50**  
praktijken

## 4. Wetenschap & kwaliteit: Kennisagenda – Science Network

### Wetenschappelijk Fonds

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

### Project EPA's

In 2020 hebben via teams focus-groepbijeenkomsten plaatsgevonden, met opleiders, stagebegeleiders en studenten/pasafgestudeerden. Hier zijn de resultaten van de *job task lists* gepresenteerd en is verder gebrainstormd over de diverse onderdelen van EPA's. Met de informatie die is opgehaald, worden concept-EPA's geformuleerd.

### Richtlijnen

De NVFB is gevraagd om een afvaardiging te leveren bij de ontwikkeling van de Nederlandse richtlijn 'Chronische bekkenpijn'. Wij hebben Corine Adamse en Ana dos Santos bereid gevonden in deze werkgroep te participeren. In 2020 is de richtlijn 'Chronische bekkenpijn' voorgelegd aan de NVFB voor commentaar. Daarnaast hebben Mieke Raadgers en Tine van den Bos geparticipeerd in de modulaire herziening van de NVDV-richtlijn 'Lichen sclerosus'. Judith Jesterhoudt en Wilma Tempelaars nemen deel in de klankbordgroep van de KNGF-richtlijn 'Lage rugpijn'. Ook nemen zij deel in de gebruikersgroep van het Gynius-project.

### Scholing & Accreditatie

Aangeboden scholingen beoordeeld op basis van het beroepsprofiel onderdeel 'Reguliere gesprekken' met de opleiding bekkenfysiotherapie aan de SOMT en AVANS+. De scholingscommissie heeft in 2020 op verzoek van het KRF advies gegeven over de inhoudelijke aspecten van te accrediteren scholingsactiviteiten, op basis van het beroepsprofiel.

### Wikipedia

Baukje Veen heeft de laatste onderwerpen uitgewerkt en op Wikipedia geplaatst.

### Wetenschappelijk beleid

In 2019 is er een klankbordgroep Wetenschap opgericht. Hieraan nemen collega-bekkenfysiotherapeuten deel die MSc of PhD zijn en bijvoorbeeld betrokken zijn bij onderzoek of multidisciplinaire richtlijnen. Samen met hen is de Kennisagenda van de NVFB vastgesteld.

### Klinimetrie

In 2020 heeft de werkgroep zich bezighouden met de meetinstrumenten die gebruikt worden bij de diagnostiek en behandeling van kinderen met problemen in de zindelijkheid. Per meetinstrument wordt uitleg gegeven over het doel, de afnameprocedure, de psychometrische eigenschappen van het meetinstrument en de plaats waar je het instrument kunt vinden.

### Bekkenfysiotherapie op bacheloropleiding fysiotherapie

In 2020 is het project helaas gestagneerd vanwege COVID-19 en de consequenties daarvan voor het onderwijs.

## 5. Marketing, Communicatie & PR

### Ledenrondgang

Wegens COVID-19 zijn er in 2020 geen ledenrondgangen geweest. Contacten met leden zijn vooral per e-mail en telefonisch onderhouden.

### Online advertenties

Adverteerders op de consumenten-website van de NVFB zijn: Plasmoe.nl, Medical4You en Hartman. Er zijn twee adverteerders op de website van de NVFB, te weten Novuqare en Hartman.

### Stands op verschillende bijeenkomsten en congressen

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

### Ledenwerving

Verzorgen studentenlunches en felicitatie na afstuderen met cadeau en een gratis lidmaatschap.

### Fondsenwerving

In 2020 is er nog geen start gemaakt met het project Fondsenwerving.

### Publicaties

De NVFB verleende haar medewerking aan een artikel en liet haar mening horen in onder meer het magazine *Elsevier* en is gestart met een Bekkeneditie voor de *FysioPraxis*. Tevens heeft de NVFB een artikel over bekken(bodem)klachten geplaatst in alle edities van het blad *Samen Zwanger* dat door iedere verloskundige wordt meegegeven aan de zwangere. In dat artikel staat ook de website [bekkenfysiotherapie.nl](http://bekkenfysiotherapie.nl) vermeld waar alleen de NVFB-leden worden gevonden.

Op de website van *Zwangerportaal* zijn meerdere artikelen over bekken(bodem)klachten te vinden. Deze artikelen zijn in 2020 geredigeerd door Vera Roest en Diewuکه Botschuijver.

### Sponsors

De NVFB heeft vier vaste sponsors, te weten:

- Essity: zilveren sponsor
- Medical4You: zilveren sponsor
- Abena: zilveren sponsor
- Medireva: zilveren sponsor
- Schwa Medico: zilveren sponsor

### Bulletin

Er zijn twee bulletins uitgekomen: nr. 43 in juni 2020 en nr. 44 in december 2020. Er is viermaal een skypevergadering geweest. De redactie bestond tot juni uit: Jeannette Kunnen, Jennifer Adler, Elma Heikamp, Anouk Tigchelaar en Marit Verschoor. Esther Reijers is gestart bij de Bulletincommissie in april 2020. Jennifer Adler heeft haar hoofdredacteurschap overgedragen aan Jeannette Kunnen in juni 2020 en is gestopt met haar werkzaamheden voor het NVFB Bulletin. Roos Kruyswijk redigeert; de lay-out wordt verzorgd door MediaCenter Rotterdam, tevens drukker van het Bulletin. Baukje Veen is verantwoordelijk geweest voor de advertenties vanuit de sponsorcommissie.

### NVFB-voorjaarscongres

Het voorjaarscongres op 26 maart 2020 heeft helaas niet plaats kunnen vinden vanwege COVID-19.

De congrescommissie bestond dit jaar uit: Yvonne Huis in 't Veld, Annemieke Terweij, Puck Koopmans en Kim van Loo-Hendriks. Zij stelden een uitdagend en divers programma op. Jet Siewertz van Reesema was verantwoordelijk voor de organisatie van de standhouders.

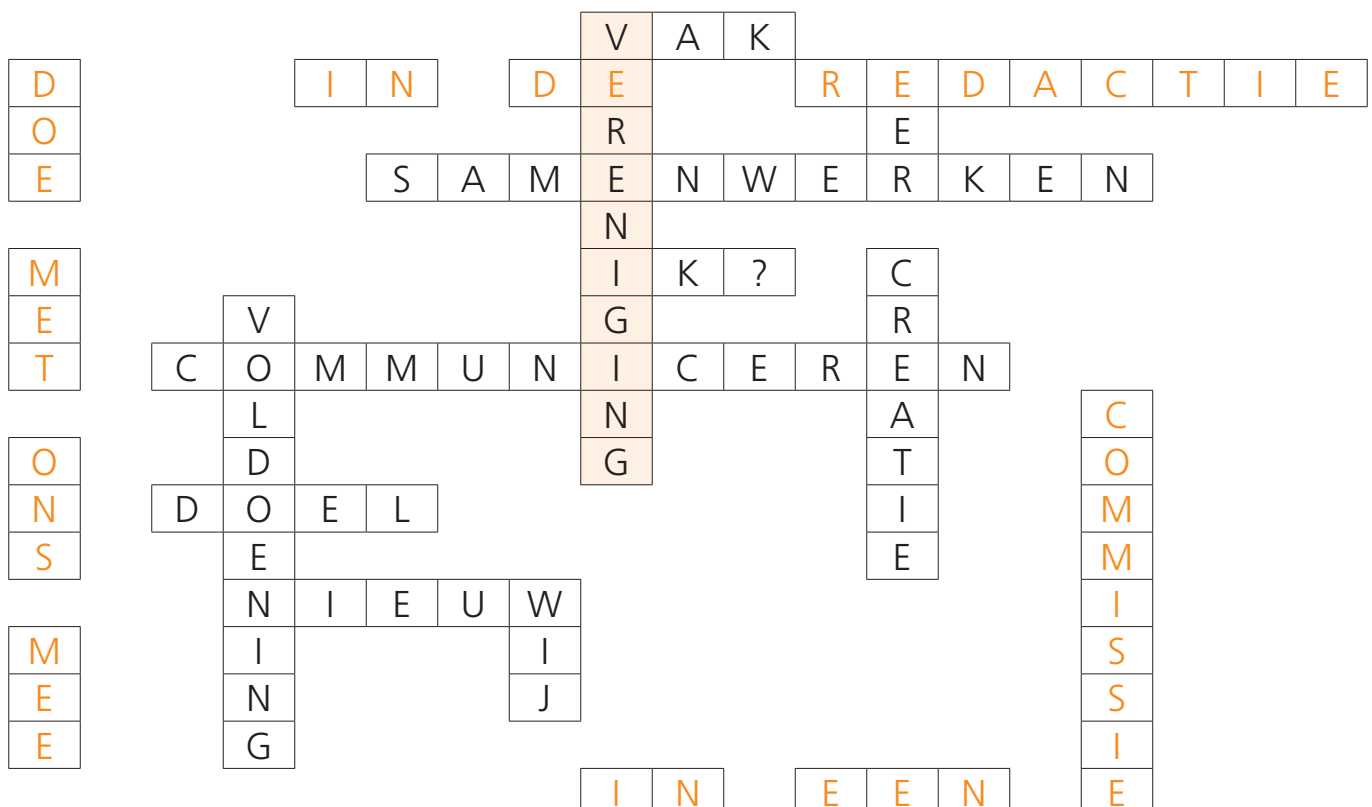
**Bezoeken van congressen** online IUGA en World Federation for Incontinence and Pelvic Problems.

### Facebook & Website

Op Facebook is de NVFB actief met nieuwtjes en wetens-waardigheden. Ze heeft 612 volgers. De consumentenwebsite en de NVFB-app zijn verder ontwikkeld.

### Bijscholing huisartsen

Er zijn drie nascholingen geweest voor huisartsen; in Rotterdam, Amsterdam en Friesland. Door COVID-19 was het niet mogelijk dit na maart 2020 te vervolgen. Er wordt een start gemaakt met het digitaliseren van deze nascholing om deze in 2021 te kunnen vervolgen. De bijscholing is geaccrediteerd voor huisartsen door de NHG met drie punten.





# Tine van den Bos benoemd als erelid van de NVFB

Op de algemene ledenvergadering van 2020 is oud-voorzitter Tine van den Bos door het bestuur van de NVFB benoemd als erelid. Tine heeft zich jarenlang ingezet voor het vak bekkenfysiotherapie en patiënten met bekkenbodemplachten. Onder andere als bekkenfysiotherapeut en als algemeen bestuurslid en voorzitter van de NVFB. Daarnaast heeft zij zich ingezet voor wetenschappelijk onderzoek en sinds kort is zij voorzitter van de patiëntenorganisatie Bekkenbodem4all. Omdat dit een digitale vergadering was, ontving Tine haar speld en een mooie bos bloemen op het NVFB-congres op 26 maart 2021. Hieronder de tekst die huidig voorzitter Nicole van Bergen namens het bestuur van de NVFB voorlas tijdens de algemene ledenvergadering.

Lieve Tine,

Het is mij een eer om je deze speld te overhandigen, het teken van het erelidmaatschap van de NVFB. Het bestuur is van mening dat je dit erelidmaatschap verdient en wel om de volgende redenen.

Fij bent voorzitter geworden in een tijd dat er een vacuüm was ontstaan. Na het afscheid van Vera Agterberg had zich geen kandidaat gemeld en bleef de voorzittersfunctie vacant. Fij hebt je toen opgeworpen om deze functie te bekleden. In eerste instantie voor één jaar, het werden er vijf.

Jouw doel was:

‘Bekkenfysiotherapie in Nederland op de kaart te zetten bij alle disciplines met wie wij samenwerken en daarmee de positie van de bekkenfysiotherapeut die hij/zij verdient, recht te doen.’

Dat is je gelukt! Niet alleen op nationaal, maar ook op internationaal niveau. Door jouw sympathieke bejegening en jouw kennis heb je bijvoorbeeld bij de IUGA, WCPT en ENCA belangrijke contacten gelegd.

Onder jouw leiding is het beroepsprofiel herschreven, waarbij je ziet dat ons jonge vak volwassener is geworden. Ook ligt er nu een addendum ‘Gespecialiseerde fysiotherapie bij

kinderen met problemen in de zindelijkheid’. Een mooie samenwerking met de NVFK, waardoor de behandeling van kinderen op dit vlak is geborgd. Tevens heb je bij ZIN de bekkenfysiotherapie een stevige plek gegeven binnen het project ‘Zinnige zorg bij bekkenbodemplachten’.

Door jouw enorme netwerk kwam de NVFB op het netvlies van vele aanpalende disciplines met als gevolg dat we frequenter gevraagd worden te participeren in multidisciplinaire richtlijnen en meer dan eens heb je daar ook zelf in geparticipeerd.

Tevens heb jij samen met verenigingsadviseur Bas Verkes de fundamenten gelegd voor de professionalisering van onze vereniging. Je durfde zaken af te ronden en had oog voor zaken die ons vak verder brachten. Er kwamen tandems binnen het bestuur met duidelijke portefeuilles. Portefeuilles die corresponderen met de kerntaken van de vereniging, wat duidelijkheid en richting geeft. Tandems zodat kennis blijft en men elkaar kan ondersteunen.

Ook is het je gelukt een mooie mix in het bestuur te realiseren, welke qua leeftijd en achtergrond onze achterban weerspiegelt.

Naast deze taken ben je ook nog werkzaam als bekkenfysiotherapeut, werk dat je met hart en ziel uitvoert, waarbij je ook altijd openstaat voor vragen van collega's over ingewikkelde casuïstiek. Je neemt studenten bekkenfysiotherapie mee in jouw gedachtegang, maar daagt ze ook uit om zelf na te denken en te leren. Zelf raak je ook nooit uitgeleerd ondanks jouw jarenlange ervaring. Je werkt belangeloos in het LUMC om daar wetenschappelijk onderzoek te faciliteren.

Momenteel heb je je beschikbaar gesteld als voorzitter van Bekkenbodem4all, waardoor patiënt en vereniging nog nauwer verbonden raken. Eenieder die Tine kent, weet dat zij het vermogen heeft om je het gevoel te geven dat je gerespecteerd en gewaardeerd wordt als mens. Door jouw contacten weet je mensen aan je te binden en weet je verbindingen te leggen waardoor synergie ontstaat.



Je zet jezelf nooit op de eerste plaats, maar je zal wel naar voren treden indien dit nodig is voor het vak. Met zo'n bescheiden houding en zo'n staat van dienst heb je het erelidmaatschap dubbel en dwars verdiend.

Lieve Tine, dank je voor al je inzet voor de vereniging en ons mooie vak. Ik weet zeker dat je het erelidmaatschap van de NVFB ook zo zult dragen.

Het bestuur van de NVFB

## NPO-Kennis

Op 21 december is het altijd Wereld Orgasme Dag. Op deze dag wordt iedereen gestimuleerd om een (of meerdere) orgasmes te hebben. Er zijn veel mysteries en taboes rond het vrouwelijke orgasme. Vrouwen komen gemiddeld veel minder vaak klaar tijdens de seks met hun partner. Komt dit misschien omdat we te weinig weten over het vrouwelijke lichaam en het vrouwelijk orgasme?

Bron: NPO

## Er moet een taskforce prostaatcancer komen

Daarvoor pleiten enkele vooraanstaande oncologen. In de taskforce moet een afvaardiging komen van zorgverleners, zorgverzekeraars, het Integraal Kankercentrum Nederland en het ministerie van VWS. Een van de eerste taken van de taskforce is het opzetten van een grote databank.

Bron: Erasmus MC, 11 september 2020

## Sporten na een mid-urethrale sling; kan het kwaad?

Een mid-urethrale sling wordt vaak ingezet om stressincontinentie tegen te gaan. Maar kunnen vrouwen na zo'n operatie nog wel intensief sporten? Raakt het slingsysteem door het sporten niet overbelast, waardoor vrouwen weer ongewenst urine verliezen? Amerikaanse wetenschappers zochten het uit.

Bron: Ferrante K. *Female Pelvic Medical and Reconstructive Surgery* 2021;29(1):e202-e207

## Zenuwstimulatie van de nervus tibialis posterior bij een overactieve blaas

Stimulatie van de nervus tibialis posterior geldt bij een overactieve blaas als derde optie na medicatie en gedragsverandering. Welke methoden zijn er voor deze zenuwstimulatie? En hoe effectief zijn die? Britse wetenschappers vatten een deel van het wetenschappelijk bewijs samen en geven hun mening.

Bron: Bhide A.A., et al. *International Urogynecology Journal* 2020, 5

## Slechter geheugen na hoge bloeddruk tijdens zwangerschap

Vrouwen die tijdens de zwangerschap een hoge bloeddruk ontwikkelen, scoren 15 jaar na de bevalling bij geheugentests lager dan vrouwen met een normale bloeddruk tijdens de zwangerschap. Dit blijkt uit onderzoek van Annemarijne Adank, dat december vorig jaar werd gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift *Neurology*.

Bron: Erasmus MC, 12 december 2020

## Wat is de invloed van je darmflora op je slaap?

Slaap wordt sterk beïnvloed door interne en externe omgevingsfactoren, waaronder bijvoorbeeld voeding. Slaap is een onmisbare hersenfunctie die een rol speelt bij het in evenwicht houden van inwendige fysiologische processen. Ondanks het belang ervan, lijden mensen in de moderne samenleving vaak aan slaapproblemen, zoals slapeloosheid

overdag en slapeloosheid. Om het effect van de darmmicrobiota op de slaap te onderzoeken zonder invloed van voedingssignalen vanuit de darmen, werd een muismodel van twee groepen muizen gebruikt.

Bron: Ogawa Y, et al. *Scientific Reports* 2020;10. Artikelnummer: 19554

## Subsidie voor onderzoek naar relatie tussen darmen en hersenen

De Hersenstichting kent 1 miljoen euro toe aan een onderzoek van diverse UMCG'ers onder leiding van prof. dr. Iris Sommer. Zij gaan onderzoeken hoe de darmen ingezet kunnen worden in de strijd tegen hersenaandoeningen. In het onderzoek worden de darmen van mensen met parkinson, alzheimer, schizofrenie en een bipolaire stoornis op natuurlijke wijze gemanipuleerd. Het doel is om ziektegerelateerde symptomen te verminderen, het ziekteverloop positief te beïnvloeden en de mentale gezondheid te verbeteren.

Bron: UMCG, 14 oktober 2020

## Vergroot condoomgebruik de kans op hevige bekkenpijn bij mannen?

Bekkenpijn komt niet alleen veel voor bij vrouwen, ook mannen kampen regelmatig met pijn in de bekkenbodem. Chinese wetenschappers analyseerden gegevens van 272 mannen met chronische bekkenpijn en onderzochten welke factoren het risico op heviger bekkenpijn vergroten. Benieuwd naar hun bevindingen? Lees dan het hele NPi-service-referaat.

Bron: Chen J. *BMC Urol.* 2020. Vertaalslag van Maya Elling MSPT, bekkenfysiotherapeut: NPi-service, 12 januari 2021

> Uitleg op pagina 10

## Artsen nemen PDS-patiënten vaak niet serieus

Ongeveer 11 procent van de wereldbevolking lijdt aan het prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Lange tijd aan het prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Lange tijd was onduidelijk of dit wel een echte aandoening is. Met een combinatie van muis- en mensonderzoek hebben onderzoekers nu het mechanisme erachter blootgelegd. Gastro-enteroloog Guy Boeckxstaens van de KU Leuven leidde het onderzoek, waarvan de resultaten gepubliceerd zijn in *Nature*.

Bron: New Scientist, 27 januari 2021

## Het Britse rapport 'First Do No Harm'

De makers van dit rapport pleiten ervoor dat medisch specialisten in de toekomst alleen mesh zullen plaatsen in uitzonderlijke gevallen. Meshgebruik moet worden beschouwd als een laatste optie na conservatieve niet-chirurgische opties en na overweging van chirurgie zonder matjes. Dit geldt ook voor de (TVT)-bandjes.

Dit en meer valt te lezen op [https://www.immdsreview.org.uk/downloads/IMMDSReview\\_Web.pdf](https://www.immdsreview.org.uk/downloads/IMMDSReview_Web.pdf)

Bron: Meshedup.eu, 8 juli 2020

## Wat weten jonge vrouwen over hun bekkenbodem?

Kennis van de bekkenbodem kan helpen om problemen met de bekkenbodem te voorkomen. Hoe is het eigenlijk gesteld met de kennis van jonge vrouwelijke studenten? Weten zij genoeg over de bekkenbodem en hoe je deze kunt trainen? Ierse wetenschappers hielden een enquête onder 895 vrouwelijke studenten. Kennis van de bekkenbodem is onder vrouwelijke studenten niet best. Slechts iets meer dan een kwart van de in totaal 895 ondervraagde vrouwen gaf aan in het verleden ooit informatie gekregen te hebben over de bekkenbodem. De wil is er wel; ruim 85 procent van de ondervraagden zou wel graag meer informatie willen hebben.

Bron: NPi-service, 12 januari 2021

## Belangrijke doorbraak in onderzoek naar het Prikkelbare Darm Syndroom (PDS)

Zo'n 10 procent van de Nederlanders lijdt aan het PDS. Recent onderzoek van de KU Leuven wijst op een mechanisme achter het ontstaan van PDS. De wetenschappers lieten zien dat een bacteriële infectie in de darmen grote verandering teweeg kan brengen in de lokale reactie van het afweersysteem. Daardoor ziet het afweersysteem ineens bepaalde voeding als schadelijk. Normaal reageert ons immuunsysteem niet op wat we eten, maar bij PDS-patiënten komen bepaalde cellen van het immuunsysteem, mestcellen genoemd, toch in actie en maken ze een stof aan, genaamd histamine, met pijn en ongemak als gevolg.

Bron: Maag Lever Darm Stichting, 18 januari 2021

## Bekkenbodempgroepstraining bij oudere vrouwen ook op de lange termijn effectief

Veroudering en de menopauze lijken hun weerslag te hebben op de bekkenbodempfunctie van vrouwen. Zo kunnen veel vrouwen na de menopauze minder goed hun urine ophouden na een hoestbui. Gelukkig bestaan er trainingsvormen om de bekkenbodempieren goed op peil te houden. Maar maakt het uit of je individueel of in groepsvorm traint? Lees het antwoord in dit referaat!

Bron: Cacciari LP. *Neurourol Urodyn.* 2020. Vertaalslag van Maya Elling MSPT, bekkenfysiotherapeut; NPi-service, 12 januari 2021

## Door coronacrisis minder diagnoses borst- en darmkanker

Uitgesteld huisartsenbezoek, late doorverwijzing naar het ziekenhuis en het tijdelijk stopzetten van de bevolkingsonderzoeken zijn daar de oorzaak van.

Bron: IKNL, 11 juli 2020

## Vrouwen met angst voor bevalling kiezen vaker voor een keizersnede

Veel vrouwen zien op tegen hun bevalling. Voor 10 tot 15 procent van de vrouwen is deze angst zo ernstig dat het hun dagelijks leven en zelfs de bevalling beïnvloedt.

Bron: Nieuwsbericht LUMC, 29 oktober 2020

## Hergebruik van luier- en incontinentiemateriaal

Elk jaar komen in Nederland meer dan 160 miljoen kilo gebruikte luiers en incontinentiemateriaal bij het afval terecht. Het RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, heeft een stappenplan gemaakt om te komen tot veilig hergebruik van luier- en incontinentiemateriaal.

RIVM, 15 september 2019

## Schotland eerste land ter wereld dat menstruatieproducten gratis aanbiedt

Het Schotse parlement heeft unaniem ingestemd met een wet om dameshygiëneproducten gratis te maken. Daarmee zet Schotland als eerste land in de wereld die stap. De maatregel is nodig vanwege zogeheten *period poverty* (ongesteldheidsarmoede): vrouwen en meisjes die door geldgebrek verstoken blijven van basale hygiënemiddelen.

Bron: Nu.nl. 25 november 2020



Samenstelling: Petra Zephat, MSc, geregistreerd bekkenfysiotherapeut en kinderbekkenfysiotherapeut, master manueel therapeut, met medewerking van Esther Reijers, MSc, geregistreerd bekkenfysiotherapeut



# Wetenswaardigheden

## Evidence:

### Is pijn betrouwbaar objectief te meten?

**Geprikkeld door de wetenswaardigheid: 'Vergroot condoomgebruik de kans op hevige bekkenpijn bij mannen?' Bekkenpijn komt niet alleen veel voor bij vrouwen, ook mannen kampen regelmatig met pijn in de bekkenbodem. Chinese wetenschappers analyseerden gegevens van 272 mannen met chronische bekkenpijn en onderzochten welke factoren het risico op heviger bekkenpijn vergroten.**

*Chen J. BMC Urology 2020, met een vertaalslag van Maya Elling MSPT, bekkenfysiotherapeut*

'The risk factors related to the severity of pain in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome' is een Chinees onderzoek. 272 mannen met chronische bekkenpijn hebben meegewerkt aan dit onderzoek. De mannen vulden met een soort VAS-score een lijst in met onder andere vragen over condoomgebruik, angstklachten, ophoudgedrag mictie, roken en leeftijd. En inderdaad bleken al deze factoren gerelateerd aan chronische bekkenpijn.

Nu is het op zich geen nieuws, want welke bekkenfysiotherapeut heeft 'm niet in de kast staan: *A Headache in the Pelvis* (Wise en Anderson). In 2003 kwam het Amerikaanse *The Stanford Protocol* uit, een boek waarin de behandeling van chronische bekkenpijn uiteengezet wordt met triggerpointbehandeling, relaxatiemethoden en rekoefeningen.

Het zoeken naar publicaties is een beetje lastig omdat er meerdere termen gebruikt worden voor chronische bekkenpijn. Wat is nu eigenlijk bekkenpijn? In 2020 is door de EAU (nee, niet het Franse water, maar de afkorting van *European Association of Urology*) een *Guideline on Chronic Pelvic Pain* uitgebracht. In deze gids wordt onderscheid gemaakt tussen chronische viscerale pijn, bekkenpijn en buikkolklachten bij bekkenpijn. Bekkenpijn blijkt een ruim begrip, wereldwijd met verschillende benamingen. De guideline geeft een duidelijke classificatie van de verschillende soorten bekkenpijn: bekeken vanuit verschillende oorzaken en bekeken vanuit de lokalisatie.

"Chronic pelvic pain syndrom is the occurrence of cpp when there is no proven infection or other obvious local pathology that may account for the pain. It is often associated with negative cognitive, behavioural, sexual or emotional consequences, as well as with symptoms suggestive of lower urinary tract, sexual, bowel or gynaecological dysfunction. Chronic Pelvic Pain Syndrome is a sub-division of CPP", zo wordt gesteld. Het is dus een chronische pijn, niet veroorzaakt door pathologie, althans geen medisch aantoonbare pathologie.

In de beschouwing 'Chronische buik- en bekkenpijn: de patiënt bij de huisarts' van het UMC St Radboud (Dielissen en Theunissen) wordt hierover gezegd: 'De diagnostiek en behandeling is een uitdaging voor huisarts en patiënt.' Als de medische oorzaken uitgesloten zijn, is de oorzaak vooral gelegen op het emotionele vlak en gerelateerd aan misbruik (lichamelijk, seksueel), angststoornissen en depressie. En we weten dat bij emoties onder andere de spierspanning verhoogd wordt en de ademhaling zich versnelt, dus mogelijk zijn dit binnen de bekkenfysiotherapie de behandelbare grootheden. In het artikel wordt benadrukt dat deze klacht vooral multidisciplinair aangepakt dient te worden, en de bekkenfysiotherapie wordt ook benoemd.

Maar meten = weten. Pijn is subjectief te meten met een NPRS. We weten ook dat er een relatie is tussen spierspanning en pijn. Hebben we met een meting van de spierspanning een objectieve/betrouwbare maat in relatie tot de (subjectieve) pijnklachten?

*Development of a standardized, reproducible screening examination for assessment of pelvic floor myofascial pain* (Meister MR, Sutcliffe S, Ghetti C, Chu CM, Spitznagle T, Warren DK et al.) is een Amerikaanse publicatie uit 2019. Bedoeld om het onderzoek naar bekkenpijn te standaardiseren naar een betrouwbaar reproduceerbaar onderzoek. De stappen van het onderzoek worden duidelijk en praktisch beschreven. Gestart is met uitwendige palpatie in zit op de behandelafel waarbij gezocht werd naar de pijnlijke punten. Dan volgde in steensnedeliggings een inwendige palpatie van de m. obturatorius internus en m. levator ani links en rechts. Bij de inwendige palpatie werd een apparaatje gebruikt dat een objectieve meting van de gegeven druk genereerde, zodat zowel de gegeven druk als de ervaren pijn gescoord werd.

In het artikel *Pelvic floor myofascial pain severity and pelvic floor disorder symptom bother: is there a correlation?* (Meister MR, Sutcliffe S, Badu A, Ghetti C en Lowder JL) wordt de relatie beschreven tussen de myofasciale pijn van de bekkenbodem en de klachten die de bekkenfysiotherapeut dagelijks in de praktijk hoort (prolaps, onvolledige evacuatie ontlasting, pijn bij defecatie, residu urine, enz.). Dat myofasciale pijn te objectiveren was, hadden zij al in eerder onderzoek aangetoond.

In mijn de zoektocht kom ik opnieuw de naam Meister tegen, nu met een ander groepje onderzoekers: *Physical examination techniques for the assessment of pelvic floor myofascial pain: a systematic review* (Meister MR, Shivakumar N, Sutcliffe S, Spitznagle T en Lowder JL). Een imposante studie uit 2018 waarvan de conclusie was dat lichamelijke onderzoeksmethoden om de bekkenmusculatuur te evalueren op de aanwezigheid van myofasciale pijn significant varieerden en vaak niet gedefinieerd waren. En daarom zijn de ontwikkeling en standaardisatie van een betrouwbaar en reproduceerbaar onderzoek nodig.

Verder op zoek naar andere publicaties die het mogelijk maken om pijn te objectiveren met een meetinstrument, stuitte ik op *Relationships between 3-dimensional transperineal ultrasound imaging and digital intravaginal palpation assessments of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia* (Thibault-Gagnon S, Goldfinger C, Pukall C, Chamberlain S en McLean L), ook uit 2018. Zij voerden een onderzoek uit bij 38 vrouwen met en 39 zonder pijnklachten (allen nullipara) bij wie werd gekeken of er een relatie was tussen palpatie van de spierspanning en echo-onderzoek. Helaas werd er geen sterke correlatie gevonden.

Dan *Four-dimensional translabial ultrasound concordance with digital palpation and surface electromyography during dynamic pelvic floor muscles assessment: a cross-sectional study* van Martinho N, Botelho S, Nagib A, Jales RM, Turel F, Caag-bay D en Riccetto C uit 2020. Zij toonden aan dat met een echo de functie/beweging van de bekkenbodem betrouwbaarder te meten is dan met palpatie. Waarmee zij pleiten voor een uitwendig onderzoek (in plaats van of in combinatie met inwendige palpatie).

Mogelijk is een vragenlijst betrouwbaarder? Die werd ingezet in *Pelvic floor muscle tenderness on digital palpation among women: convergent validity with central sensitization* dat ook in 2020 werd gepubliceerd (Vandyken B, Keizer A, Vandyken C, Macedo LG, Kuspinar A en Dufour S), en wel de Central Sensitization Inventory (CSI). Daarmee keken de onderzoekers naar de uitkomst tussen pijn en in relatie tot palpatie. Omdat de CSI zowel de somatische als de emotionele symptomen meet, zal er in de behandeling van chronische pijn wel meer nodig zijn dan een lokale (fysiotherapeutische) behandeling, veronderstel ik.

Nóg een artikel, een wat ouder, uit 2013: *Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound* (Morin M, Bergeron S, Khalifé S, Mayrand M-H, Binik YM), waarin werd beschreven dat er een duidelijke relatie is tussen de morfologie van de bekkenbodem (met 4D-echo bekeken) en pijnklachten. Naast verschillen in rust, was er ook een duidelijk verschil in echobeelden bij beweging van de bekkenbodem. Er werden evenveel vrouwen met als zonder klachten in dit onderzoek betrokken, 100 in totaal.

Een combinatie van fysieke meting en vragenlijst werd gebruikt voor het onderzoek waarover werd gepubliceerd met *Pelvic floor biometric changes assessed by 4d translabial ultrassound in women with vulvodynia submitted to physical therapy: a pilot study of a randomized controlled trial* (Bardin MG, Giraldo PC en Martinho M). Een publicatie uit 2020. Als diagnostisch onderzoek werden ingezet: vierdimensionale translabiale echografie, wattenstaaftest, dagboekje bijhouden met de frequentie van coïtus en de pijn. Hier werd vooral gekeken naar welke behandeling het beste was: alleen antidepressiva of antidepressiva én bekkenfysiotherapie. Gelukkig scoorden de vrouwen mét beter dan alleen op antidepressiva en dat was ook zichtbaar met het 4D-onderzoek.

Ook de verbale instructie beïnvloedt de activiteit van de bekkenbodem. Met het onderzoek *Activity of deep and superficial pelvic floor muscles in women in response to different verbal instructions: a preliminary investigation using a novel electromyography electrode* (Aljuraifani A, Stafford RE, Hall LM en Hodges PW) werd dit aangetoond in 2019. Bij een kleine groep (12 deelnemers) werd gevonden dat de spanning van de bekkenbodem (gemeten met myofeedback) veranderde afhankelijk van de verbale instructie, zowel gemeten in oppervlakkige als diepere gedeelten van de bekkenbodem.

Maar misschien had ik mij het makkelijker kunnen maken door te beginnen met *What does electromyography tell us about dyspareunia?* (McLean L en Brooks K) uit 2017. Want het antwoord was: 'weinig'. Er is weinig of geen evidence te vinden over objectieve myofeedbackmeting in relatie tot dyspareunieklachten. Hoewel ik mij ook afvraag hoe betrouwbaar een myofeedbackmeting (inwendig) zal zijn, als we weten dat er wél bekend is dat de hiatus vernauwd is bij dyspareunie. Wat zal dan de (reflexmatige) reactie van de spier zijn bij het inbrengen van een meetinstrument?

Terug naar de vraag: 'Is pijn betrouwbaar objectief te meten?' Ja, toch wel. Door middel van meten van onder andere huidweerstand, doorbloeding van de huid en andere autonome functies is pijn wel degelijk objectief vast te leggen. Medasense is ontwikkeld voor acute pijn, maar een dergelijk apparaat is er ook voor chronische pijn. En pijn is meetbaar met bepaalde bloedtests. Vooralsnog denk ik dat we in de praktijk van de bekkenfysiotherapeut vooral gebruik zullen blijven maken van subjectieve vragenlijsten.

**Jeannette Kunnen**

redactie NVFB Bulletin

# IUGA-symposium

Joke Essink

geregistreerd bekkenfysiotherapeut Den Bosch en Sint-Michielsgestel

***IUGA ging opnieuw online. Zou dat ooit nog veranderen? Tijdens dit symposium zijn verschillende onderwerpen besproken die te maken hebben met bekkenbodempdisfuncties. Een overzicht van deze inspirerende lezingen en workshops.***



'The International UroGynecological Association (IUGA) International Symposium on A Multidisciplinary Approach to the Prevention and Management of Pelvic Floor Dysfunction' heette het symposium voluit. Het vond plaats op 13 en 14 maart jl. en werd voor de tweede keer georganiseerd in Croydon, iets ten zuiden van Londen. Het symposium was speciaal bedoeld voor urologen, gynaecologen, (bekken)fysiotherapeuten, verloskundigen, verpleegkundigen en andere (para)medici die een cruciale rol spelen bij de behandeling van bekkenbodempdisfuncties. Samenwerking en preventie stonden in de spotlights. Net als altijd waren weer zeer interessante sprekers uitgenodigd, dus mijn interesse was gewekt.

Dat ik niet als enige profiteerde van het online karakter van het symposium bleek uit het welkomstwoord van Rane Thakar, urogynaecoloog en voorzitter van de IUGA. Zij noemde het een zilveren randje om de donkere wolk van de coronapandemie: het aantal deelnemers was ruim verdubbeld (tot meer dan 600) ten opzichte van het eerste symposium en de kijkers waren afkomstig uit wel 47 verschillende landen. Deelnemen aan een internationale bijeenkomst is denk ik voor velen onder ons toch een drempel. Voor mij was het feit dat ik dit symposium online kon volgen in ieder geval een reden om me hier op het allerlaatste nippertje nog voor aan te melden.

De eerste spreker was **Jacqueline Dunkley-Bent**, verpleegkundige, verloskundige en professor Chief Midwifery

Officer voor de National Health Services (NHS) in Engeland. De NHS heeft een prachtig project ontwikkeld om de huidige postnatale problematiek te verminderen, waarbij de nadruk gelegd wordt op preventieve zorg en het aanleren van bekkenbodempdoefeningen tijdens de zwangerschap. Dit wordt onder meer gedaan door verloskundigen de basis van bekkenbodempdoefeningen aan te leren, die dat weer aan zwangeren kunnen leren, en door aan zwangeren voorlichting te geven. Het project loopt op dit moment al in 14 centra, de zogeheten *early implementers*, en zal later worden uitgerold naar andere ziekenhuizen, waarbij de opgedane ervaring kan worden meegenomen. Op meerdere momenten tijdens het symposium kwam de (toekomstige) rol van de verloskundigen in Engeland bij bekkenbodempklachten en het aanleren van bekkenbodempdoefeningen naar voren.

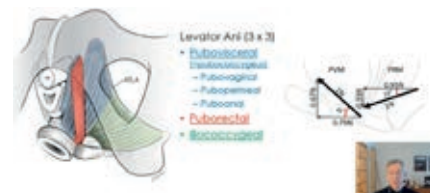
In de ochtend was er een *round table* over management bij intrapartum urineretentie, waar onder meer werd gesproken over de toepassing van een katheter. Zowel nationaal als internationaal bestaat hier geen consensus over: er is geen evidence over hoe lang en bij welke residuale volumes een katheter van toepassing is. Gelukkig werd er ook aandacht geschonken aan het geven van bewustwordings- en ontspanningsoefeningen van de bekkenbodempregio en werd het belang van voorlichting onderstreept: uitleg geven, geruststellen en de toiletadviezen. Jammer genoeg ontvangen nog steeds veel vrouwen hierover tijdens de zwangerschap onvoldoende informatie.

Einde van de ochtend hield **Ahmed Kamel**, gynaecoloog, een mooie uiteenzetting over een goede vulvale gezondheid gedurende de hele levensloop. Hij deed dat vanuit een multidisciplinaire en holistische visie, met de belangrijkste do's-and-don'ts: voor ons allemaal bekende adviezen over verzorgen van de vagina, echter wel met een paar hele mooie plaatjes en leuke uitspraken zoals *'guardians of the vagina'*, *'dynamic ecosystem'* en *'hugging vulva'*.



*Jamie McCartney's 'The great wall of vagina'. Iedereen ziet er anders uit maar alles is normaal*

**Bob Freeman**, urogynaecoloog en voormalig voorzitter van de IUGA, belichtte aan de hand van de UR-Choice-studie de vraag of vrouwen zowel voor als na de bevalling gepersonaliseerde informatie over hun risicofactoren op bekkenbodempdisfuncties zouden willen of moeten ontvangen.



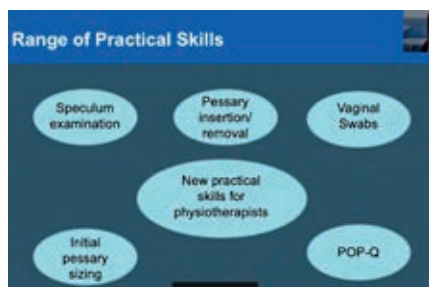
*Doel van de UR-choice*



Op de website van IUGA (<https://www.yourpelvicfloor.org/leaflets/>) is uitstekende patiënteninformatie te vinden in vele talen. Dit was een tip via de chat, die overigens een leuke aanvulling is op de online sessies. Wanneer je dan toch op de IUGA-website bent, kijk dan ook eens op <https://www.yourpelvicfloor.org/patient-tools/videos/>. Er staan ook een paar goede video's op de SqueezyApp website. Of neem eens een kijkje op het YouTube-kanal van NHS-Highland 'Love your pelvic floor'.

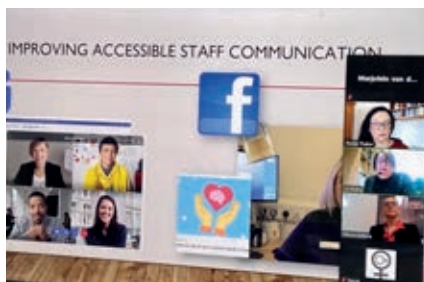
**Bary Berghmans** gaf aan dat de iPelvis app voor verschillende patiëntenpopulaties, inclusief peripartum, binnenkort ook in het Engels beschikbaar is, evenals de podcasts van **Lori Forner**: *The podbean app* op <https://thepelvichealthpodcast.podbean.com>. Lori gaf op dit symposium ook een presentatie over het belasten van de bekkenbodem postpartum.

Ik volgde een workshop over competenties en training voor het inbrengen van pessaria. Anders in Engeland in vergelijking met Nederland is dat in Engeland hierover een trainingsdocument bestaat, een richtlijn, zodat het inbrengen van pessaria als nieuwe vaardigheid ook kan worden toegepast door de bekkenfysiotherapeut. Dus zowel het aanmeten, de controles alsook het speculumonderzoek.

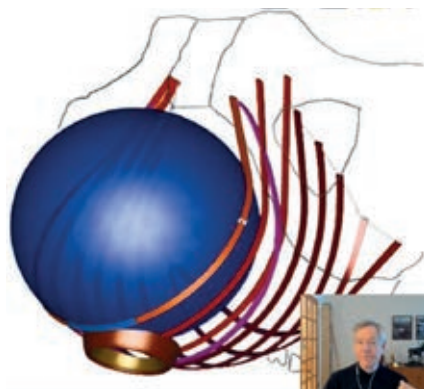


De workshop 'What have we learned from the pandemic?' is gevolgd door Dieuwke Botschuijver en Marjolein Bruntink, die (op gepaste afstand) samen het congres volgden, op eigen locatie dus. Tijdens deze workshop werd er gesproken over hoe verschillende landen omgingen met zorg op afstand en over de combinatie digitale zorg en zorg in de praktijk. In de eerste golf was er in het Verenigd Koninkrijk ook veel aandacht voor lifestyleadviezen en de apps die daarbij werden aanbevolen. In de Verenigde Staten hadden bemiddelde Amerikanen een voorsprong op hun minder bemiddelde landgenoten, omdat zij zorg van hun therapeut konden krijgen via een videoverbinding, zogeheten biofeedback in de thuissituatie.

Er werd heel wat ervaringsdeskundigheid uitgewisseld in die korte tijd: al die apps, online behandelingen en digitale consulten leidden tot interessante uitwisselingen. Het was erg leuk om daar deel van uit te maken. De digitale zorg blijkt wereldwijd goed van de grond gekomen en is ook redelijk uniform. En hoe doen we het eigenlijk in Nederland? Wel, met uitzondering van patiënten zelf biofeedback laten uitvoeren, kleuren we binnen het internationale speelveld eigenlijk wel netjes binnen de lijntjes!



De middag werd afgesloten met de presentatie van **John DeLancey** over toegepaste anatomie en fysiologie van de bekkenbodem. Hij liet de voor velen denk ik bekende animatie zien waarin tijdens een bevalling delen van de levator ani tot drie keer de originele lengte worden opgerekt.



*Verandering van bekkenbodemspieren tijdens de bevalling*

Schade vindt met name plaats in de puboviscerale vezels van de m. pubococcygeus, die zijn getekend onder een hoek van 41 graden boven horizontaal en die zowel een liftende en sluitende beweging geven. De vezels van de m. puborectalis, die door de hoek van 19 graden onder horizontaal in het model alleen een sluitende beweging geeft, zijn vaak nog wel intact. Daardoor blijft de sluitfunctie nog aanwezig en kan deze ook nog geactiveerd worden. Wat het gecompliceerd maakt, aldus John DeLancey, is dat in de *ultrasound world* vaak wordt gezegd dat de m. puborectalis is beschadigd, terwijl dan ei-

genlijk de schade is opgetreden in de m. pubococcygeus. Bovendien, zo stelt hij, bij SUI kan er schade zijn aan de m. pubococcygeus, aan de urethrale sfincter, of aan beide.

Bij prolaps is het belangrijk om niet alleen te kijken naar de rectocele maar vooral naar de afstand tussen os pubis en de *perineal body*. Die afstand was in het getoonde voorbeeld wel 5,5 cm in plaats van de 2 cm bij de patiënte zonder prolaps. Bij al deze klachten, zo benadrukte DeLancey, had bekkenbodemspiertraining een positief effect, en omdat voorkomen altijd beter is dan genezen: een langzame eindfase van de bevalling, the *endgame*, kan bekkenbodemschade voorkomen.

De tweede dag begon met een persoonlijk verhaal van Anna Clements, die lijdt aan *obstetric anal sphincter injury* (OASIS). Uit haar verhaal bleek eens te meer hoe lastig het is om niet alleen in de eerste weken, maar ook op langere termijn de klachten van fecale incontinentie te combineren met de zorg voor kinderen en werk. Een interessante vraag daarbij is wat de goede momenten zijn voor informatie en oefeningen.

Hierna volgde een hele mooie presentatie over perineale wondgenezing en behandeling van complicaties door **Adelaide Aduboffour** en **Adanna Okeahialam**. Zij hebben vijf jaar geleden in Londen een perineale kliniek opgericht om zorg en behandeling te bieden aan vrouwen die worstelen met perineale traumacomplicaties na de bevalling. Daar geven zij ook ook perineale hechtingstrainingen aan verloskundigen, studentvroedvrouwen en jonge dokters. Dat dit niet alleen in Engeland, maar ook in andere landen geen overbodige luxe is, leerde de korte inventarisatie tijdens het symposium al snel: veel verloskundigen uit Spanje, maar ook uit Engeland zelf hadden deze ervaring tijdens de studie niet opgedaan.

Later op deze zondagochtend sprak **Hedwig Neels**, bekkenfysiotherapeut en gepromoveerd op bekkenbodemproblemen bij vrouwen, vanuit Antwerpen. Enkele maanden geleden lanceerde Neels een eigen website, [www.thepelvicfloor.be](http://www.thepelvicfloor.be).



Via dit online platform, met aantrekkelijke en gemakkelijk toegankelijke informatie, helpt zij vrouwen preventief en doorbreekt zij het taboe rond bekkenbodemp Problemen.

Haar presentatie ging over hoe sociale media gebruikt kunnen worden voor het promoten van continenzorg. Het blijkt dat 92 procent van de vrouwen graag

meer informatie wil ontvangen over bekkenbodempklachten. Voor een goede communicatie via sociale media spelen veel factoren een rol, met als een van de grootste uitdagingen de balans tussen medicaliseren en normaliseren van klachten.

**Ranee Thakar** benadrukte bij de afsluiting van het congres nogmaals het belang van samenwerking, het centraal stellen

van en luisteren naar de patiënt, en educatie en preventie. *'The million dollar question'* van dit symposium was wie de beste persoon is voor het aanleren van bekkenbodemp oefeningen. Maar eigenlijk is de vraag wie voor deze vrouwen moet zorgen minder belangrijk dan dat er voor hen gezorgd wordt. Thakar: *"Take all opportunities to teach women about their pelvic floor."*





# Eindelijk... nieuwe terminologie!

## Een introductie op het (binnenkort te verschijnen) 'International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment'

dr. Marijke S.Ph. Slieker-ten Hove en dr. Marieke van Engelenburg-Lonkhuyzen

***Hoe ontwikkel je gestandaardiseerde terminologie in een vakgebied? Dat vraagt tijd. Veel tijd. Eigenlijk heb je die tijd niet, want je wilt eindelijk resultaten van wetenschappelijk onderzoek met elkaar kunnen vergelijken. De standaardisatie van Messelink et al. dateert uit 2005 en is dringend aan herziening toe. En nu is het bijna zo ver. Dit artikel vat het arbeidsintensieve proces van zo'n herziening op één A4'tje samen.***

Tijdens het ICS-congres in Tokyo in 2016 werd Bernard Haylen aangesproken. Hij is de stuwende kracht achter alle standaardisaties van terminologie en hem werd gevraagd wanneer er een herziening zou komen van de standaardisatie van Messelink et al. uit 2005. We waren op dat moment immers al meer dan 10 jaar verder.

De belangrijkste motivatie voor dit verzoek bestond uit de gesignaleerde wildgroei aan terminologie en het gebrek aan eenduidige diagnostische protocollen met correcte beschrijvingen van handelen bij gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Iets wat door alle onderzoekers wereldwijd wordt beaamd. Bovendien was er inmiddels veel ontwikkeld aan nieuwe onderzoeksmethoden en -technieken.

Na Tokyo is de procedure opgestart om te komen tot een commissie die deze opdracht ging uitvoeren. Dat betekende een oproep om te solliciteren bij de ICS, inclusief curriculum vitae, omdat er strenge eisen gesteld werden aan de mensen die deze taak gingen uitvoeren.

De ingestelde commissie waarin drie *native-English-speaking* collega's zitting hadden om het schrijffproces te kunnen versnellen, startte medio 2017.

Het werd een omvangrijke klus die vier jaar(!) in beslag zou nemen. De commissie bestond uit veel bekkenfysiotherapeuten/onderzoekers, maar ook uit vertegenwoordigers vanuit andere specialismen. De tweede kring bestond uit specialisten zoals neurologen en -fysiologen, die werden geraadpleegd en die meelazen.

Alle relevante literatuur werd verzameld en de commissie werd in duo's verdeeld. Elk duo kreeg een specifieke deelopdracht om uit te werken. De uitkomsten werden verder besproken, aangevuld, veranderd of aangepast met de hele commissie. Over iedere term is gesproken, tot in het kleinste detail. Waar discussie was, werd extra expertise ingeroepen van andere deskundigen.

Het resultaat is een omvangrijk document geworden met 185(!) aanpassingen, aanvullingen en nieuwe termen, die alle uitgebreid zijn beschreven. Dit rapport is uitgebreid, ten opzichte van dat uit 2005, met alle nieuwe ontwikkelingen, zoals de manometrie, de elektromyografie en de echo. Het voorlopige eindrapport is vervolgens op de site van de ICS geplaatst om input te vragen van de leden.

Dit nieuwe document zal onze nieuwe leidraad worden en veel gaan vragen van ons én van onze leveranciers van elektronische dossiers. Ook het onderzoeksformulier dat door bekkenfysiotherapeuten wordt gebruikt, zal moeten worden aangepast en dat zal zodoende ook effect hebben op het huidige onderwijs.

Om maar een paar voorbeelden te noemen: in het rapport staat een veel duidelijker omschrijving van de uitgangshouding(en) en, zullen ten gevolge daarvan, termen als 'overactief' en 'onderactief' gaan verdwijnen en worden deze (weer) vervangen door hypertonie en hypotonie. De definiëring van de intra-abdominale druk is uitgebreid en er staat een andere definiëring in voor een avulsie. Vooral omdat wij de avulsie (in tegenstelling tot een

'gap') als bekkenfysiotherapeuten niet kunnen vaststellen.

Omdat dit hét moment is, zal ook samen met de NVFB het hele rapport tegen het licht worden gehouden, zodat we samen kunnen komen tot een eenduidig onderzoeksformulier dat we gestandaardiseerd kunnen gebruiken, zowel in onze verslaglegging als in door ons opgezet en uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek. Dit is belangrijk voor onze communicatie met collega's en verwijzers én voor publicaties in (wetenschappelijke) tijdschriften. Hier toe zal middels (een) Delphi-ronde(s) met elkaar gesproken worden.

Het artikel is inmiddels geaccepteerd dus we hopen het snel op PubMed te kunnen vinden, zodat we met de NVFB aan de slag kunnen. Wordt vervolgd dus.

*Dr. Marijke C. Ph. Slieker-ten Hove, bekkenfysiotherapeut, ProFundum Instituut en onderzoeker Erasmus MC en Universitair Medisch Centrum Groningen, lid van de ICS-commissie Standaardisatie Terminologie Bekkenbodemonderzoek (Standardisation Committee Terminology Pelvic Floor Assessment)*

*Dr. Marieke van Engelenburg-Lonkhuyzen, onderzoeker aan de Universiteit Maastricht, (Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, dept Epidemiology) en hoofddocent MPePT bij AvansPlus*





## NVFB-congres 'SOEP'

Marit Verschoor, MSc

redactie NVFB Bulletin

**Ongeveer een jaar nadat corona het normale leven op zijn kop zette, is het nog steeds niet mogelijk om met grote groepen bij elkaar te komen voor congressen. Op 26 maart werd daarom het jaarlijkse NVFB-congres voor het eerst online gehouden, een congres met de lucratieve naam 'SOEP', want er zat echt van alles in.**

Vanuit een professionele studio in het NBC-congrescentrum werden we thuis meegenomen langs een aantal interessante presentaties. Sommige sprekers konden daar live aanwezig zijn, andere sprekers gaven hun praatje via een livestream vanuit hun eigen omgeving. Tussendoor was er de mogelijkheid om

een kijkje te nemen bij de virtuele stands van de sponsors van het congres op de beursvloer.

Na een korte dagopening door NVFB-voorzitter **Nicole van Bergen** nam dagvoorzitter **Vera Rempe**, chirurg/proctoloog, het stokje over en kondigde ze de eerste spreker aan. Dit was **Bertil Blok**,

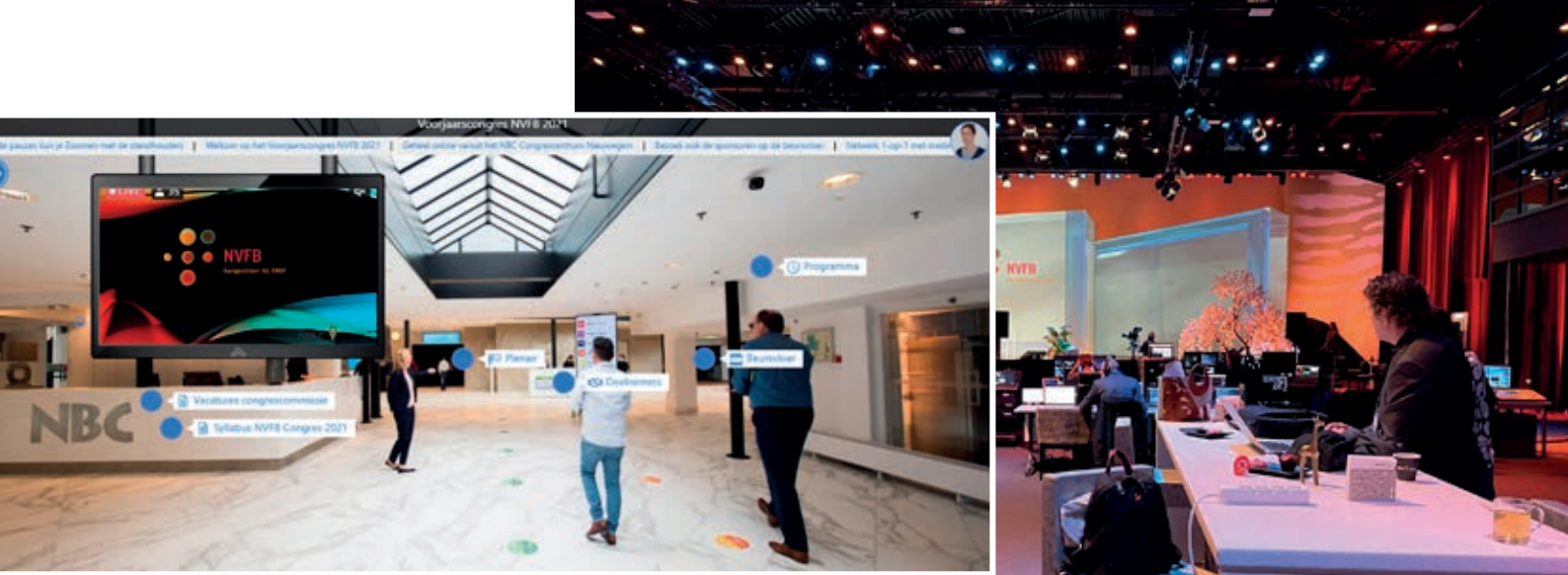
uroloog bij het Erasmus MC. Zijn presentatie ging over blaas- en darmproblemen bij neurologische patiënten en gaf een helder overzicht van welke klachten we kunnen verwachten bij welke neurologische aandoeningen. Daarnaast werden de doelen voor de diagnostiek en behandeling van deze klachten besproken. Een overzicht hiervan staat in de richtlijnen van de *European Association of Urology (EAU)*. Deze 'Guidelines on neuro-urology' kunnen bekkenfysiotherapeuten ook raadplegen wanneer neurologische patiënten bepaalde klachten aangeven.

De volgende spreker was **Eric Claassen**. Een zeer enthousiaste immunoloog die een interessante lezing gaf over de microbiota in onze darmen. Het was mooi om te horen dat er steeds meer wetenschappelijk bewijs komt voor het belang van gezonde voeding op de darmwerking en daarmee op onze gehele gezondheid. Er is een steeds duidelijkere link tussen een verstoring (dysbiosis) van de darmbacteriën en verschillende moderne westerse

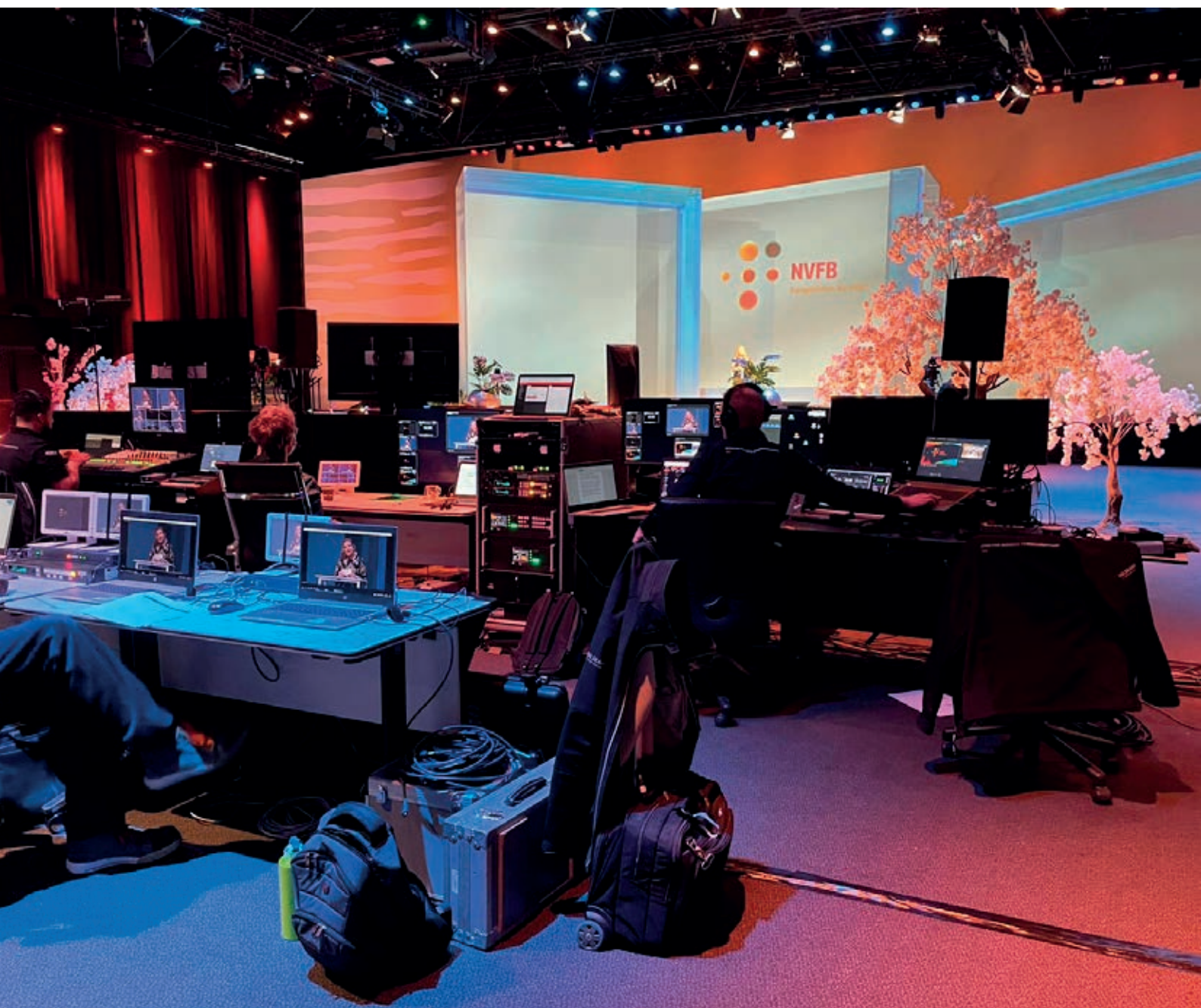


*Dagvoorzitter Vera Rempe legt vragen van de kijkers voor aan een van de sprekers.*

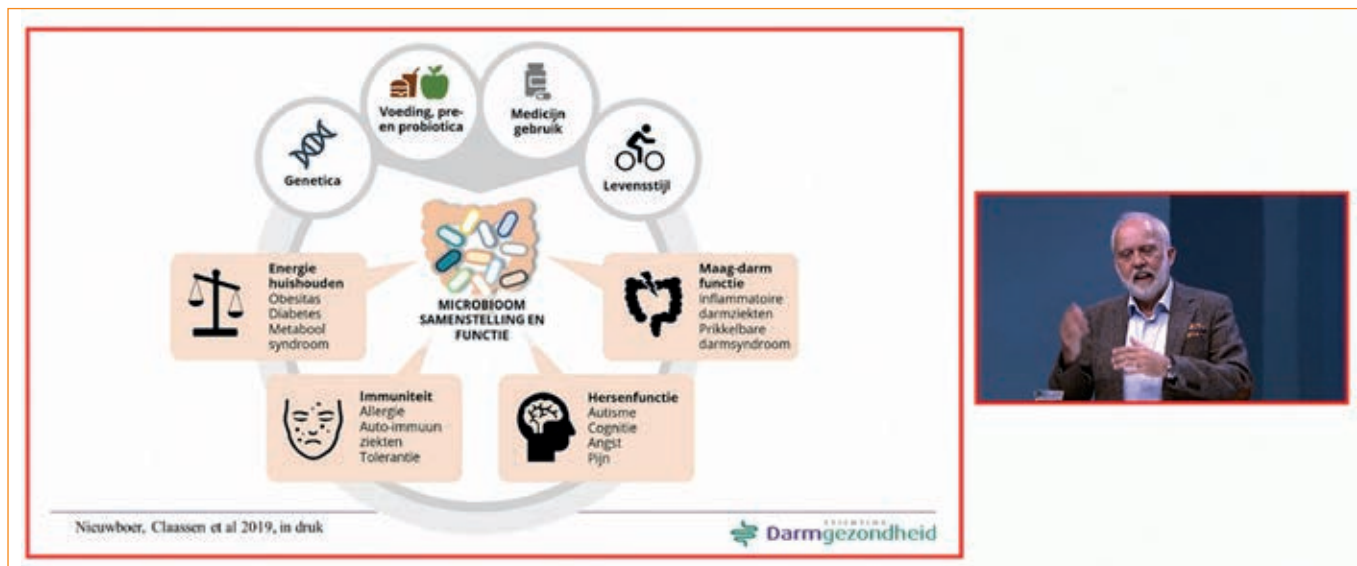




*De online omgeving van het NVFB-congres.*







Immunoloog Eric Claassen geeft toelichting bij een model over de invloeden op het microbiom en de mogelijke consequenties van een verstoring.

ziektebeelden, zoals diabetes mellitus en obesitas, maar ook het verband tussen die verstoring en psychische problemen zoals angst- en depressiestoornissen, wordt steeds duidelijker.

Na een korte pauze sprak de Belgische uroloog **An-Sofie Goessaert** over nycturie. Het was een heel overzichtelijk en helder verhaal over de vele zaken die een rol kunnen spelen bij nycturie en de gevolgen van het bijkomende slaapgebrek voor de gezondheid. Urologisch gezien zijn het vooral de beperkte blaascapaciteit en de polyurie (nachtelijk of over 24 uur) die in kaart gebracht en behandeld moeten worden, omdat uit onderzoek blijkt dat bij de meeste mensen met nycturie beide problemen meespelen. Aanpassing van de levensstijl is de eerste behandeloptie. Daarnaast kan medicatie ter ondersteuning aangeboden worden.

De laatste presentatie vóór de lunchpauze was van **Nienke de Vries**. De voorzitter van de NVFG, tevens onderzoeker aan het Radboudumc, gaf een presentatie

over de kwetsbaarheid en trainbaarheid van ouderen. Een belangrijke boodschap was dat kwetsbaarheid niet altijd met het blote oog te zien is, omdat het niet altijd samengaat met comorbiditeit of beperkingen in functioneren. Je moet er dus alert op zijn en inzicht krijgen in de mate van kwetsbaarheid, omdat de kans op afwijkend beloop of complicaties na een operatie groter is bij kwetsbare ouderen. Een duidelijke boodschap, maar de link met specifiek bekkenfysiotherapie ontbrak wel.

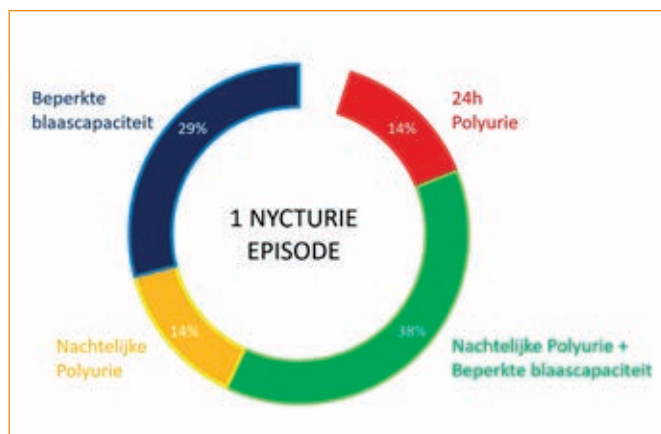
De middag werd afgetrapt door **Irene Westerbeek**, die een indrukwekkende presentatie gaf over haar persoonlijke ervaringen met de ziekte van Crohn, fistels en een rectumamputatie. Ze liet zien hoe ze deze heftige ervaringen heeft omgezet in positiviteit en kunst.

Fysiotherapeut en onderzoeker aan de universiteit van Brussel **Jo Nijs** bracht een verhaal over chronische bekkenpijn en in het bijzonder bekkenpijn na kanker.

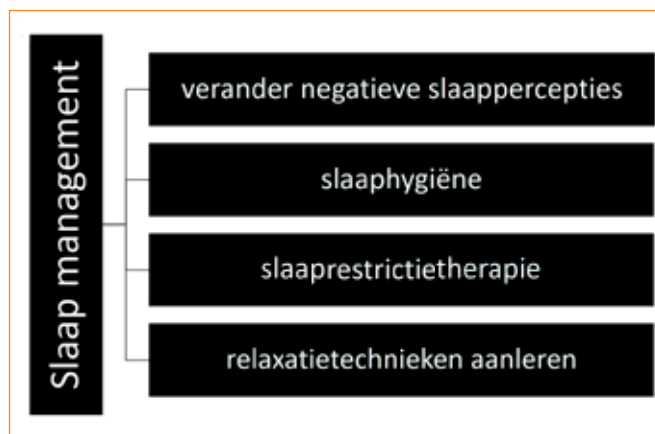
Hij slaagde erin om de nauwe band tussen slaapproblemen, verhoogde stress en centrale sensitivatie zo helder uit te leggen dat het belang van slaapmanagement en stresseducatie als onderdeel van de (bekken)fysiotherapeutische behandeling duidelijk werd.

De dag werd afgesloten door **Nicole van Bergen** die een update gaf over de stand van zaken met betrekking tot het Postpartum Consult (PPC). En zo was de cirkel weer rond.

Het was een zeer professioneel georganiseerd congres met leuke sprekers. **Vera Rempe** praatte op knappe wijze de dag aan elkaar in een talkshow-achtige setting, waarin zij na elke presentatie aan tafel ging met de sprekers om vragen van kijkers aan de spreker voor te leggen. Via een handige chatfunctie konden deelnemers hun vragen tijdens de presentaties doorgeven aan de organisatie. Ook dit verliep allemaal erg soepel. Kortom, de lat is hoog gelegd met het eerste online congres van de NVFB.



Grafiek uit de presentatie van An-Sofie Goessaert.



Jo Nijs legde uit welke onderdelen deel uitmaken van een behandeling slaapmanagement.



# Casus 'Diagnostiek en behandelplan bij bekkenpijn met bekkenbodempdisfunctie'

Marit Verschoor, MSc

redactie NVFB Bulletin

**In deze casus is de intake te lezen van een 50-jarige vrouw die zich via de huisarts bij een bekkenfysiotherapeut meldt met pijnklachten in de bekkenregio. De bespreking laat zien wat er in het hoofd van een bekkenfysiotherapeut omgaat tijdens deze intake. Vanuit het verhaal van een patiënt ontstaan er hypothesen, en vanuit de uitkomsten in het onderzoek ontstaat er in overleg met de patiënt een behandelplan.**

## Patiëntgegevens

Naam	Mevrouw X
Geboortedatum	09-01-1971
Burgerlijke staat	Gehuwd
Gezinssamenstelling	Samenwonend met partner en 2 kinderen (11 en 9 jaar oud)
Medische geschiedenis	Is bekend met lipoedeem in benen, gebruikt buiten melatonine geen medicatie

## Verwijzing

Verwijzer: Huisarts

Diagnosetekst verwijzing: 'Sinds een half jaar klachten bekken, voelt als klachten bij bekkeninstabiliteit. Daarbij ook lage rugklachten, geen aanwijzingen voor artrose in de heup of HNP. Tevens stressklachten. Gaarne uw behandeling.'

## Anamnese

### Hoofdklacht domein pijn

Sinds ruim een half jaar bekkenklachten die ze enigszins herkent van haar tweede zwangerschap (9 jaar geleden). Ervaart pijnklachten in de linkerbil en ter hoogte van de tuber ischiadicus en ramus inferior met uitstraling aan de dorsale zijde van het bovenbeen. Er zijn tevens klachten in de liesregio rechts aanwezig. Mw. is bekend met lage rugpijn, al van voor haar zwangerschappen, dit gaat op en af. De afgelopen periode zijn de klachten in de lage rug ook heftiger aanwezig. De klachten in bekken, lies en lage rug zijn bewegings- en houdingsafhankelijk. Met name langer (en/of sneller) lopen provoceert de klachten. Ook weer op gang komen na lang zitten is erg gevoelig in zowel rug als bekken.

## Overige domeinen bekkenfysiotherapie

### Mictie

Wat mevrouw de laatste tijd opmerkt (ook sinds ongeveer een half jaar), is dat ze vaker moet rennen omdat de aandrang voor mictie erg sterk is. Ze is niet te laat bij het toilet, maar het scheelt niet veel. Moet ook vaker naar het toilet (overdag 8 tot 9 keer, 's nachts 1 keer). Soms moet ze voor kleine beetjes naar het toilet. Geen hesitatie, blaas voelt leeg na mictie, goede straal. Geen SUI.

### Defecatie

Ontlasten gaat wat moeilijker de laatste periode, moet vaker persen. Feces niet harder dan eerst (BSS 3-4), maar het komt er lastiger uit. Ook af en toe loze aandrang. Frequentie 1 à 2 keer per dag. Geen pijnklachten anaal, geen aambeien.

### Gynaecologie

G2P2 (2007 en 2009) twee vaginale bevallingen (epi bij eerste). Geen pijnklachten inwendig vaginaal, geen buikpijn. Heeft sinds een jaar heftigere menstruaties; duurt langer, meer bloedverlies en klachten eromheen heftiger. Ervaart ook andere klachten van menopauze, zoals opvliegers en slechter slapen.

### Seksuologie

Geen pijnklachten met seksueel contact.

### Herstelbeïnvloedende factoren

Heeft veel stress. Heeft een zoon met PDD-NOS, hiervoor veel bezoeken aan instanties en behandelingen. De laatste tijd is het onrustiger en heftiger. Ook niet zo'n goede nachtrust, dit ervaart ze al jaren.

### Persoonlijke factoren

Ze doet vijf ochtenden in de week administratief werk. Sport niet, maar probeert wel regelmatig te wandelen. Mw. is geneigd om lang door te gaan met pijn. Ze geeft zichzelf weinig ruimte voor ontspanning.

### Vragenlijsten

PSK: Lopen 75

NPRS: 7

NRS hinder mictie: 6

## Bekkenfysiotherapeutisch onderzoek

### Hypothese 1

Er is sprake van betrokkenheid van het SI in de bekkenklachten (aanwijzing: klachten in bil met uitstraling dorsale zijde bovenbeen, klachten rondom bekken)

**Doel:** Aantonen/uitsluiten SI-betrokkenheid

**Middel:** Cluster van Laslett (bestaande uit *Distraction test*, *Thigh thrust test*, *Compression test*, *Sacral thrust*)

**Uitkomstmaat:** Cluster is positief bij twee van de vier provocatietests<sup>1</sup>

### Hypothese 2

Er is sprake van een verminderde actieve stabiliteit bij overbrengen kracht van LWK → bekken → onderste extremiteit (aanwijzing: toename klachten bij langer/sneller lopen)

**Doel:** Aantonen/uitsluiten verminderde actieve stabiliteit

**Middel:** ASLR

**Uitkomstmaat:** Positief bij score 1 tot 10, negatief bij score 0 tot 40<sup>2</sup>

### Hypothese 3

Er is sprake van overbelasting van de *global mobilizers* in de LWK en de bekkenregio (aanwijzing pijnklachten LWK, gluteaal li. en lies re.)

**Doel:** Aantonen/uitsluiten overbelasting *global mobilizers*, waardoor hypertonie en triggerpointvorming

**Middel:** Functieonderzoek LWK, palperen *global mobilizers* LWK/bekkenregio, palperen adductoren en flexoren rechterheup, rektests

**Uitkomstmaat:** Scherpe pijn, herkenbare *referred pain* bij palpatie, bewegingsbeperkingen door hoge spierspanning

### Hypothese 4

Er is sprake van betrokkenheid van het rechterheupgewricht in de klachten (aanwijzing: pijn liesregio re.)

**Doel:** Aantonen/uitsluiten problemen heupgewricht, artrose

**Middel:** Functieonderzoek art. coxae, tests voor pathologie heupgewricht (SCOUR, Patrick's test)

**Uitkomstmaat:** Bewegingsbeperkingen kapsel (endorotatie, extensie), positieve tests<sup>3</sup>

### Hypothese 5

Er is sprake van een overactieve bekkenbodemp (aanwijzing: verhoogde mictiefrequentie, moeite met ophouden, moeizame defecatie, pijnklachten tuber ischiadicus/ramus inferior)

**Doel:** Aantonen/uitsluiten overactieve bekkenbodemp (bekkenbodempdisfunctie)

**Middel:** Gestandaardiseerde inwendige vaginale palpatie

**Uitkomstmaat:** Hoge basistonus, pijnpunten in de musculatuur, vertraagde/onvolledige relaxatie<sup>4</sup>

## Uitkomsten onderzoek

- Positief cluster Laslett, pijnprovocatie linkszijdig → Hiermee is betrokkenheid van het linker SI-gewricht aangetoond.
- ASLR positief: score linkerbeen 2, score rechterbeen 1 → Hiermee is aangetoond dat er een verminderde actieve stabiliteit en krachtoverdracht is in LWK/bekkenregio.
- Hypertonie van verschillende *global mobilizers* in LWK/bekkenregio, met triggerpoints die onder andere herkenbare pijn in de dorsale zijde van het bovenbeen geven → Hiermee is overbelasting van de *global mobilizers* aangetoond.
- Geen bewegingsbeperkingen in het rechterheupgewricht, negatieve tests heupartrose → Hiermee is betrokkenheid van het heupgewricht uitgesloten.
- Uit de inwendige palpatie blijkt dat mevrouw moeite heeft met vlot ontspannen van de bekkenbodemp; ook zijn er verschillende pijnpunten aan de linkerzijde (m. obturatorius internus) → Dit sterkt het vermoeden van de bekkenfysiotherapeut dat sprake is van een overactieve bekkenbodemp.

## Bekkenfysiotherapeutische diagnose

Vrouw van 47 jaar oud met bekkenpijn i.c.m. lage rugpijn ten gevolge van een verminderde actieve stabiliteit. Deze heeft mogelijk tot gevolg gehad dat de bekkenbodemp hiervoor compenseert, gezien de overactieve bekkenbodemp bij inwendig onderzoek. Hierbij passend heeft ze een verhoogde mictiefrequentie, moeite met het ophouden van aandrang voor mictie en moeite met defeceren.

De pijnklachten beperken haar in lopen (PSK-score 75). Belemmerende factoren voor herstel zijn de stress rond de zorg voor haar zoon en haar slechte nachtrust. Mogelijk hebben ook hormoonveranderingen in de menopauze nog invloed op haar klachten.

## Behandelplan

Hoofddoel: Binnen 6 tot 9 maanden zijn de pijnklachten in lage rug en bekken afgenomen (NPRS < 3) zodat mevrouw ongehinderd kan lopen (PSK < 20) en is er meer controle over de mictie (NRS-hinder < 2).

**Subdoelen:** Deze staan in tabel 1.

## Literatuur

1. van der Wurff P, Szadek KM, van Tulder MW, Zuurmond WW, Perez RSGM. Diagnostic validity of criteria for sacroiliac joint pain: A systematic review. *J Pain*. 2009 Apr;10(4):354-68.
2. Mens JM, Vleeming A, Snijders CJ, Koes, BW, Stam HJ. Reliability and validity of the active straight leg raise test in posterior pelvic pain since pregnancy. *Spine* 2001 May 15;26(10):1167-71.
3. Maslowski E, Sullivan W, Forster-Harwood J, Gonzalez P, Kaufman M, Vidal A, Akuthota V. The diagnostic validity of hip provocation maneuvers to detect intra-articular hip pathology. *Phys Med Rehabil*. 2010;2(3):174-81.
4. Sliker-ten Hove, MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RPM, Burger CW, Vierhout ME. Face validity and reliability of the first digital assessment scheme of pelvic floor muscle function conform the new standardized terminology of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2009;28(4):295-300.

Tabel 1 Subdoelen.

1. Belasting en belastbaarheid beter afgestemd krijgen en houden	
Benodigde tijd	1 tot 3 maanden
Verrichtingen	Voorlichting en advies met betrekking tot het verdelen van energie, houdings- en bewegingsadviezen, algehele ontspanningsoefeningen
Klinimetrie	NPRS
2. Verminderen hypertonie en triggerpoints global mobilizers	
Benodigde tijd	3 maanden
Verrichtingen	Rekoefeningen, mobiliserende oefeningen, massage, dry needling
Klinimetrie	NPRS, PSK lopen
3. Verbeteren actieve (romp)stabiliteit en krachtoverdracht LWK - bekken - benen	
Benodigde tijd	6 maanden
Verrichtingen	Oefentherapie gericht op verbeteren actieve stabiliteit LWK/bekkenregio; aanspannen (local) stabilizers, juist aanspanningspatroon aanleren, vergroten belastbaarheid global mobilizers
Klinimetrie	ASLR, PSK-lopen
4. Optimaliseren bekkenbodempunctie	
Benodigde tijd	6 tot 9 maanden (gedragsverandering)
Verrichtingen	Oefentherapie bekkenbodem gericht op ontspannen en verbeteren coördinatie eventueel met behulp van EMG
Klinimetrie	Gestandaardiseerde inwendige vaginale palpatie

## MoliCare® Premium lady en MEN pads en pants

De beste bescherming bij urineverlies.



Met de Premium lady pads en MEN pads en pants van MoliCare® bent u altijd en overal gerust. De Premium lady en MEN pads en pants zijn discreet, huidvriendelijk en perfect aangepast aan de vrouwelijke en mannelijke anatomie. Dankzij het anti-doorleksysteem en de geurneutralisatie kunt u rekenen op all-round bescherming.

Vraag in alle discretie uw gratis sample aan op [www.incontinence-solution.nl](http://www.incontinence-solution.nl)  
[www.hartmann.nl](http://www.hartmann.nl)





# Interview met Vera Rempe

## dagvoorzitster NVFB-voorjaarscongres 2021

### **Wat is uw (huidige) beroep?**

“Ik ben chirurg-proctoloog sinds 2011 en daarbij zorgondernemer sinds 2018.”

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

“Tijdens mijn specialisatie tot algemeen chirurg merkte ik hoe leuk het is om patiënten te behandelen met hele dagelijkse problemen, problemen die noch door henzelf, noch door hun omgeving, noch door andere zorgverleners bepaald belangrijk of interessant gevonden worden. Juist anale problemen zijn een enorm taboe. Mensen met klachten wachten heel lang voordat ze hulp vragen; ze proberen eerst een heleboel huismiddeltjes uit, zonder succes. Er is klaarblijkelijk weinig zinvolle kennis en informatie beschikbaar waar mensen echt iets aan hebben. Als ze dan eindelijk met veel schroom over mijn spreekkamerdrempel komen, is er heel vaak juist wél iets aan te doen en meestal nog zonder operatie of andere ingewikkelde, risicovolle, enge behandeling ook! Goede voorlichting en uitleg over hoe de anus en de bekkenbodempodem in elkaar zitten en hoe ze functioneren, helpen al een heleboel. Nuttige tips over wc-houding, hygiëne en ander toiletgedrag ook.”

Ik ben uiteindelijk zorgondernemer geworden, omdat ik vind dat veel van mijn werk, vooral het voorlichten en uitleggen, veel beter en slimmer tot zijn recht zou komen in de huisartsenpraktijk. Dus dat ben ik gaan doen. Ik hoop daarmee mijn steentje bij te dragen aan ‘De Juiste Zorg op de Juiste plek’ en onnodige, dure ziekenhuisbehandeling en de complicaties daarvan, te voorkomen.”

### **Waar werkt u, werkt u in een multidisciplinaire setting?**

“Ik werk nu in Curilion, Expertisecentrum voor Vrouwenzorg te Haarlem. Dit is een geweldig fijne en specialistische, multidisciplinaire kliniek (een zelfstandig behandelcentrum, ZBC) voor bekkenbodempodemklachten, klachten van menopauze en algemene en urogynaecologie. Jullie collega Bettyleen de Vries werkt hier, evenals een seksuoloog, diverse psychologen, een diëtist en een overgangsconsulent. Samen bestrijken we het hele palet van vrouwen- en bekkenbodempodemklachten. Grappig genoeg weten ook mannen met anale klachten mij hier te vinden voor analyse

en behandeling, en zijn die hier ook meer dan welkom! Als chirurg-proctoloog behandel ik alle anale klachten van aambeien en fissura ani tot fecale incontinentie en obstructieve defecatie. Maar ook voor een getromboseerde aambeij of het weghalen van anale huidflapjes kan men hier bij mij terecht.

In Den Haag en Voorburg werk ik nu in drie huisartsenpraktijken als chirurg-proctoloog en behandel ik dezelfde soort problemen; patiënten komen dan natuurlijk laagdrempeliger en hopelijk in een eerder stadium van hun klachtenpatroon. Juist de mix van patiënten, klachten en collega’s houdt mij scherp en up-to-date, en inspireert mij om de behandeling van anale klachten elke dag een beetje laagdrempeliger en beter te maken!”

### **Welke gezondheidsklachten komt u tegen?**

“Vandaag in de ZBC Curilion zag ik bijvoorbeeld een jonge vrouw met anale jeuk door periaanaal eczeem en huidflapjes, daarna een vrouw van middelbare leeftijd met een zeer pijnlijke getromboseerde aambeij en reactief een levator ani syndroom. Tot slot zag ik een vrouw ter controle voor fecale incontinentie: na zes weken behandelen met psylliumvezels, waterklysma en twee sessies bij de bekkenfysiotherapeut met endo-anale myofeedback door middel van de MAPLe: geen incontinentie meer! Gisteren in de huisartsenpraktijk zag ik een jonge moeder met negen maanden postpartum slecht aandranggevoel, een jonge man met bekkenoveractiviteit bij een arbeidsconflict en een oudere man met aambeien na enorm hoesten bij een COVID-pneumonie.”

### **Met welke discipline werkt u het meest samen?**

“Ik werk het meest samen met bekkenfysiotherapeuten. Van mijn patiënten die ik zie in de eerste lijn stuur ik er minimaal 3 op de 10 naar hen door. In de tweede lijn zijn bekkenfysiotherapeuten zowel mijn verwijzers als behandelpartners in de helft van de gevallen. Verder werk ik veel samen met gynaecologen, soms de MDL-arts of de uroloog en ook relatief veel met de psycholoog en de seksuoloog.”



Vera Rempe.

### **Wat is de meerwaarde van deze samenwerking?**

“Ik zou de helft van al mijn patiënten niet goed kunnen behandelen zónder bekkenfysiotherapeut! Er bestaat zo’n gebrek aan kennis over de eigen anatomie en fysiologie bij patiënten met betrekking tot de anus en de bekkenbodempodem. Dus voorlichting en educatie, en dat doen met aandacht, geduld en sensitiviteit voor de persoonlijke context van de patiënt, is essentieel. Dat is beslist een kerncompetentie van de bekkenfysiotherapeut.

Daarnaast is in mijn vak de endo-anale myofeedback, bij voorkeur met de dunneren *Maple probe* met alle meetpuntjes en slimme dataweergave (geen reclame), onmisbaar. Vooral bij de behandeling van anale pijn door overactiviteit, bij incontinentie en bij obstructieve defecatie is myofeedback van grote meerwaarde: patiënten hebben vaak een verstoord aandranggevoel en voelen of begrijpen het verschil tussen contractie en relaxatie niet of niet meer. Myofeedback doorbreekt dan vaak de vicieuze cirkel.

Ik kan zeggen dat de samenwerking met bekkenfysiotherapie mijn functionele denken enorm heeft beïnvloed.”

### **Wat vindt u leuk aan uw beroep?**

“Er zijn heel veel leuke dingen aan mijn beroep als chirurg-proctoloog. Dat de meeste behandelingen minimaal invasief

zijn, dat er uitstekende resultaten zijn, dat het zo multidisciplinair is. Al deze dingen, maar ook dat deze klachten zo vaak voorkomen bij alle soorten mensen en doelgroepen, maken het vak heel relevant. Mijn patiënten komen bang en schaamteloos binnen en gaan opgelucht en met opgeheven hoofd (en minder samengeknepen billen) de deur weer uit, hebben weer regie over hun dagelijks leven en vaak het vertrouwen terug in hun eigen lichaam en soms ook in de gezondheidszorg in het algemeen.”

#### **Wat vindt u moeilijk aan uw beroep?**

“Aan het zorgondernemerschap vind ik nog heel veel nieuw en daardoor ingewikkeld. Dit staat in schril contrast met mijn specialisme, waarin ik de weg weet. De grootste uitdaging is steeds weer de balans vinden, waarbij je echte aandacht aan de mens in je spreekkamer geeft, zonder terughoudendheid of andere agenda, en

echt connectie maken met die persoon, zodat je begrijpt wat diegene nodig heeft. Moeilijk is dat niet, maar je moet het wel steeds opnieuw opbrengen.”

#### **Welke moeilijke keuzes heeft u wel eens moeten maken?**

“De veilige haven van mijn vorige fijne werkplek verlaten voor de grote wijde wereld van het ondernemen vond ik niet makkelijk, maar het was op dat moment in mijn leven de enige juiste beslissing. In de spreekkamer vind ik het een enkele maal een moeilijke beslissing om aan een patiënt te vertellen dat verdere behandeling (door mij) niet zinvol is, vooral als de patiënt denkt of vindt dat je nog niet alles uit de kast hebt gehaald.”

#### **Wat doet dit met u?**

“Een beslissing nemen markeert soms dat je op een dood spoor zat en een andere weg in moet slaan. Dat moment voelt

soms pijnlijk of confronterend, kwetsbaar, onzeker. Maar ik weet dan dat wél een keus maken beter is dan doorrommelen.”

#### **Wat zou er in uw vak nog moeten veranderen om de zorg voor uw patiënten nog beter te maken?**

“Er zou een duidelijker en eerlijker financiering moeten komen voor anderhalvelijnszorg: specialistische zorg in of vanuit de huisartsenpraktijk wordt nu óf als verkapte ziekenhuiszorg afgerekend, dus als een DOT met eigen risico en een hoog ziekenhuistarief, of als huisartsenzorg met een tarief dat niet de expertise, kosten, risico, inzet, tijd en samenwerking van medisch specialisten dekt. Dat maakt het erg stroperig om deze nuttige zorg dichtbij de patiënt verder te ontwikkelen.”

*Interview Anouk Tigchelaar*

## Master bekkenfysiotherapie

efficiënte en praktijkgerichte 3-jarige masteropleiding

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

#### **Efficiënt en praktijkgericht**

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

#### **Flexibel studeren**

Naast inschrijven voor de hele opleiding is ook inschrijving per jaar mogelijk. Je kunt voor een groot deel zelf bepalen wanneer jij wilt studeren om zo verder te bouwen aan goede zorg voor jouw cliënt. Zo houden wij studeren flexibel en kiest u het meest geschikte moment om verder te bouwen aan goede zorg voor uw patiënt. Uiteraard ontvangen deelnemers na het afronden van deze erkende opleiding het getuigschrift Master of Science Pelvic Physical Therapy. Uiteraard ontvangen deelnemers na het afronden van deze erkende opleiding het getuigschrift Master of Science Pelvic Physical Therapy.

#### **Meer weten?**

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

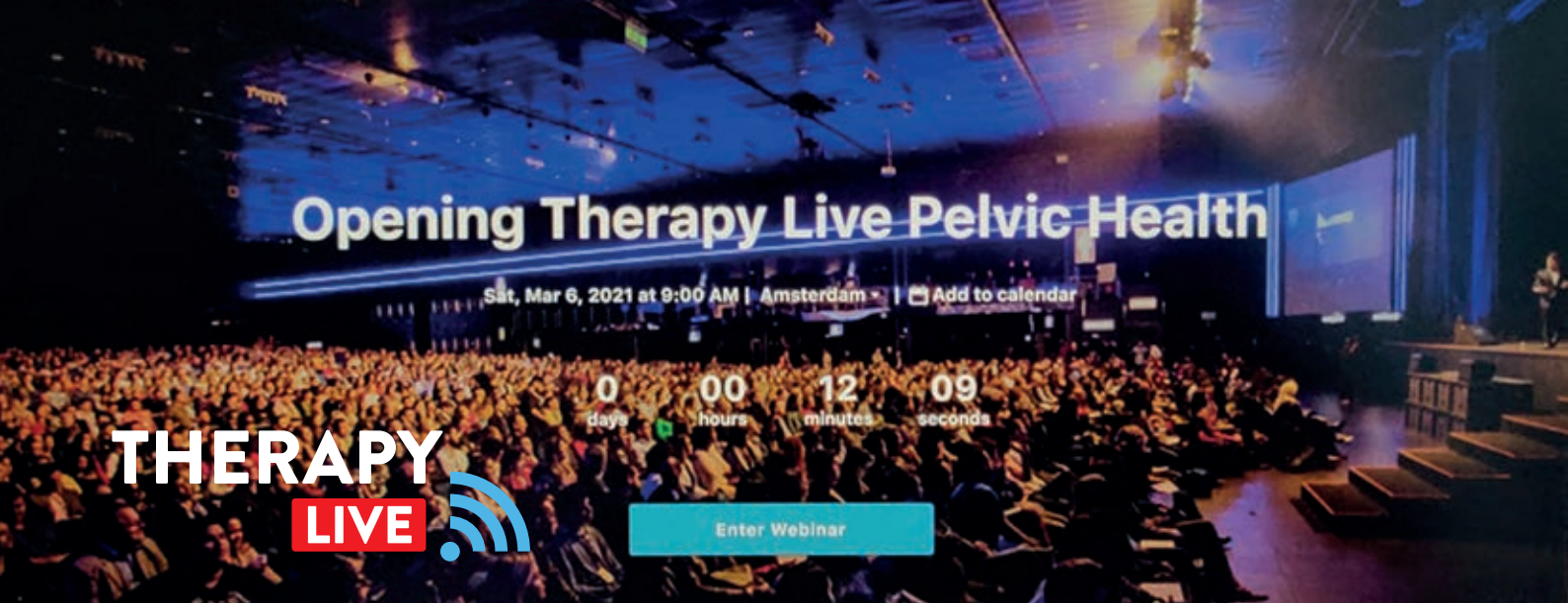
Bekijk onze opleidingen fysiotherapie op [avansplus.nl/fysiotherapie](http://avansplus.nl/fysiotherapie)

**bereik meer**

**avans+**







# Therapy Live Pelvic Health

Esther Reijers

redactie NVFB

**Op 6 maart werd een online congres gehouden door Therapy Live over Pelvic Health. Therapy Live is een team van MSK-fysiotherapeuten en digitale experts in Engeland dat online congressen organiseert en de Physio Matters podcast produceert.**

Altijd leuk: een gratis evenement, mede mogelijk gemaakt door sponsors en sprekers die hun tijd en expertise kosteloos ter beschikking stelden. Alleen voor de opnames moest je betalen: van tevoren 40 pond en op de dag van het congres 50 pond.

De doelstellingen van het congres waren:

- de kloof tussen musculoskeletale fysiotherapie en bekkenfysiotherapie verkleinen,
- kennis op het gebied van Pelvic Health vergroten en
- mensen helpen om meer mensen te helpen.

Het congres was verdeeld over drie ruimten waartussen je makkelijk kon wisselen via de interactieve agenda of de congreslobby. In een virtuele expohal boden de diverse sponsors hun producten aan, met aanbiedingen en al. Iedere spreker werd geïntroduceerd door een moderator, die tevens de Q&A na afloop van de lezing leidde. Simultaan aan iedere lezing waren een chatroom en een Q&A-room geregeld, en een online omgeving waar de spreker de handouts of verdere informatie met deelnemers kon delen.

De eerste lezing 'Pelvic tendinopathies' startte om 9.30 uur en werd gegeven door **Nick Livadas**. Hij benadrukte de com-

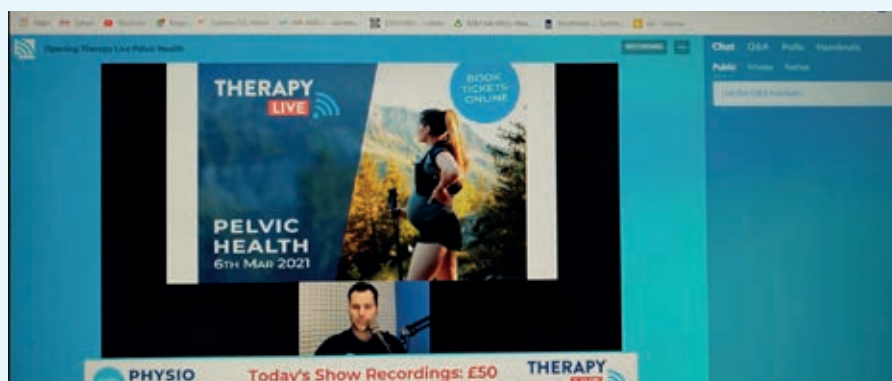
plexiteit van heup- en liesklachten, besprak de systematische benadering van het onderzoek en ging dieper in op de diverse facetten van dit onderzoek. De lezing werd een beetje interactief door de polls die Nick gebruikte. Een leuke uitdaging om aan de hand van anamnestiche gegevens te raden over welke tendinopathie hij het zou gaan hebben. Al met al een leerzame ervaring.

De tweede lezing die ik volgde was die van **Matt Scarsbrook** over 'Manual therapy justifications in pelvic health'. Hij besprak de verschillende manuele therapieën en hun verklingsmechanismen, onderbouwd met wetenschappelijke onderzoeken. Zo passeerden dry needling, littekenmassage en perineummassage de revue. De bood-

schap was dat manuele therapie een mogelijkheid is om interactie met het zenuwstelsel van de cliënt te bewerkstelligen en om biofeedback te geven over de bekkenbodem om bewuste controle en ontspanning te bevorderen. Het is daarom van groot belang hoe je je behandeling uitlegt, zodat het vertrouwen en zelfmanagement van de cliënt toenemen.

Daarna volgde een lezing door **James Noake** over *pelvic stress fractures*. Bij deze lezing werd aan de hand van twee begeleidende casusbesprekingen duidelijk dat ook hier het biopsychosociale model een belangrijke rol speelt. Dat is ook de reden dat het behandeltraject van stressfracturen erg uiteen kan lopen.

Na de ochtendpauze stonden tot aan de



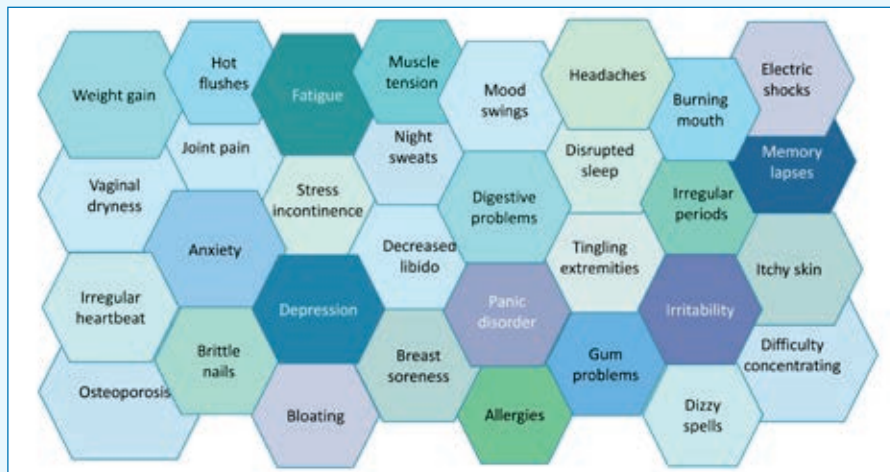


lunch nog twee blokken met lezingen gepland. Ik koos voor 'FAI of the female hipjoint' en 'Helping women navigate the menopause'.

De lezing over FAI werd gegeven door **Mehmet Gem**. Hij probeerde in zijn lezing een onderbouwd antwoord te geven op de vraag of er sekseverschillen zijn bij FAI. Daarnaast benadrukte hij het belang van goede communicatie en informatieverstrekking aan de patiënten met FAI en om aandacht te hebben voor de unieke presentaties van de problematiek bij de individuele patiënt. De lezing gaf genoeg stof tot nadenken.

**Rhiannon Griffiths** verzorgde de lezing over de menopauze. Heel knap hoe ze dit uitgebreide onderwerp in een half uur overzichtelijk presenteerde. Om het praatje af te bakken, richtte ze zich vooral op de effecten van de menopauze op het musculoskeletale systeem en pelvic health en besprak ze kort hormoontherapie en niet-hormonale behandelopties, zijnde lichamelijke training en dieet.

Na de lunchpauze werden de onderwerpen wat luchtiger en werden er ook lezingen



Overzicht met mogelijke klachten in de menopauze uit de presentatie van Rhiannon Griffiths.

gehouden in de vorm van discussies. Alleen de lezing over axiale spondylartritis bij vrouwen door **Jack March** was nog zeer vaktechnisch. De andere lezingen, waaronder een van **Sandy Hilton** over het gebruik van technologie bij patiënten met bekkenklachten, waren gelukkig minder inspannend.

Het afsluitende praatje werd gehouden door **Jack Chew**, die de sprekers bedankte en ons uitnodigde voor een online quizz later die avond via Facebook en In-

stagram, met eigen drankje, dát wel. Dit laatste als vervanging van de borrel na een fysiek congres om op die manier toch nog wat meer interactie en gezelligheid te creëren.

Dit was mijn allereerste online congres en ik heb dus geen vergelijkingsmateriaal, maar ik was zeer onder de indruk van de strakke en soepel verlopende organisatie, de mogelijkheid tot interactie en het minimum aan problemen met de verbinding. Al met al een geslaagd 'event'.

## Blijf eenvoudig up-to-date!



Als NVFB-lid heeft u **gratis toegang** tot de NPi-service. Activeer uw account op **MijnNPi.nl** en selecteer de door u gewenste thema's.



### Referaten met vertaalslagen

Lees jaarlijks 24 referaten, speciaal voor de bekkenfysiotherapeut, aangevuld met een vertaalslag naar de praktijk door thema-experts dr. Marijke Slieker-ten Hove, Maya Elling MSc of drs. Nol Bernards, arts.



### Webcasts

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



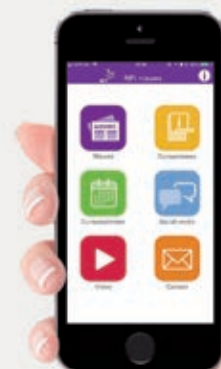
### Wekelijks Nieuws

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



### NPi-nieuws app

... of bekijk deze dagelijks op onze app.



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

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



# Critically Appraised Topic:

## Elektrostimulatie en bekkenbodemspiertraining voor ernst van urine-incontinentie bij een 42-jarige obese vrouw met een dwarslaesie en gemengde urine-incontinentie

Ellen van Binsbergen

masterstudent bekkenfysiotherapie, SOMT University of Physiotherapy, Amersfoort



Ellen van Binsbergen

### Klinisch beeld

Een 42-jarige vrouw, G0P0, BMI 31,2, heeft ernstig urineverlies sinds een traumatische incomplete dwarslaesie Th12, vier maanden geleden. Zij is door de revalidatiearts verwezen naar de bekkenfysiotherapeut in het revalidatiecentrum. Zij functioneert vanuit een handbewogen rolstoel en maakt staande transfers. Ze ervaart beperkingen vanwege het urineverlies bij aankleden (PSK 8), rolstoel in de auto tillen (PSK 8) en sociale activiteiten (PSK 8). Mevrouw wil het urineverlies zo veel mogelijk verminderen om beter te kunnen functioneren. Uit bekkenfysiotherapeutisch onderzoek blijkt ernstig gemengd urineverlies met een score 17 op

de ICIQ-UI-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence - Short Form*). Er is sensibiliteitsverlies in dermatoom S3, een minimale reflexcontractie en de bekkenbodemspiercontractie is zwak met 3x snel- en 3x5-seconden duurcontracties. Bekkenbodemspiertraining is gestart.

De bekkenfysiotherapeut vraagt zich af of aanvullende elektrostimulatie kan bijdragen aan het beantwoorden van de hulpvraag. Bekkenbodemspieroefeningen gecombineerd met elektrostimulatie zijn effectief bevonden bij MS-patiënten,<sup>1</sup> maar voor dwarslaesiepatiënten met ernstige gemengde urine-incontinentie is dit niet bekend.

### Klinische vraag

Wat is het effect van elektrostimulatie in combinatie met bekkenbodemspieroefeningen (I) in vergelijking met bekkenbodemspieroefeningen alleen (C) op de ernst van urine-incontinentie (O) bij een 42-jarige obese vrouw met incomplete dwarslaesie Th12 en gemengde urine-incontinentie (P)?

### Geselecteerd artikel

Er werden twee artikelen gevonden. Geselecteerd is *The effect of pelvic floor muscle training and intravaginal electrical stimulation on urinary incontinence in women with incomplete spinal cord injury: an investiga-*

*tor-blinded parallel randomized clinical trial* van Elmelund M, Biering-Sørensen F, Due U, Klarskov N. (*Int Urogynecol J*. 2018 Nov; 29(11): 1597-606). Dit artikel is gekozen omdat het paste bij het klinische scenario en de vraagstelling. Het andere artikel betrof elektrostimulatie bij random geselecteerde vrouwen met SUI.

### Kritische beoordeling van het artikel

Het artikel is beoordeeld met het Cochrane beoordelingsformulier 4.4 'RCT checklist'.

Sterke punten zijn dat randomisatie plaatsvond via de computer en dat beide groepen bekkenbodemspieroefeningen (*pelvic floor muscle training*, PFMT) kregen. De interventiegroep kreeg daarnaast intravaginale elektrostimulatie (IVES). Verder zijn beide behandelprotocollen onderbouwd en reproduceerbaar. De uitkomstmaat 'ernst van UI' is gemeten met de ICIQ-UI-SF, een valide, betrouwbaar en responsief instrument.<sup>2</sup> Afgezien van de verschillende interventies zijn de deelnemers gelijk behandeld. Uitkomsten zijn gemeten op baseline, na 12 en na 24 weken. Deze zijn beschreven met puntschaters, betrouwbaarheidsintervallen en significantie, zodat betrouwbare uitspraken gedaan kunnen worden.

Zwakke punten van het onderzoek zijn het niet geblindeerd zijn van patiënten en behandelaars, wat vanwege de aard van de interventie niet mogelijk was. Verder waren de patiënten hun eigen effectbeoordelaars, omdat de uitkomst gemeten is met een patiëntenvragenlijst (dus niet geblindeerd). Deze werkwijze kan leiden tot een overschatting van het effect. Een ander zwak punt is dat tussen de groepen een (significant) verschil in leeftijd bestaat. Deze verschillen zijn voor de verschilmeting binnen de PFMT-IVES-groep geanalyseerd middels ANCOVA, een geaccepteerde methode. Er zijn 25% uitvallers (9 van 36), dit zijn er te veel. De uitvallers zijn wel gelijk verdeeld over de groepen. Doordat een

Tabel 1 Verschilsscores op de ICIQ-SF ten opzichte van de baselinemeting.

	PFMT	PFMT +IVES	p-waarde: verschil tussen groepen
ICIQ-UI-SF na 12 weken (95%-BI)	-2,4 (-4,3 - -0,5)*	-2,2 (-4,8 - -0,4)	0,80
ICIQ-UI-SF na 24 weken (95%-BI)	-2,5 (-4,5 - -0,6)*	-2,5 (-5,5 - -0,4)	0,80

PFMT = *pelvic floor muscle training*; IVES = *intravaginale elektrostimulatie*; ICIQ-UI-SF = *International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form*, score 0-21: hogere scores betekent ernstiger incontinentie en impact. \*  $p < 0,05$  is significant.

per-protocolanalyse is uitgevoerd, zijn de uitvallers niet meegenomen in de analyse; dit kan een overschatting van de resultaten betekenen.

De interne validiteit wordt als voldoende beoordeeld.

### Resultaten/evidence

Er is geen significant verschil tussen de groepen op de ICIQ-UI-SF na 12 en ook niet na 24 weken  $p = 0,8$ . Zie tabel 1.

### Commentaar/besluitvorming

Deze RCT onderzocht het effect na 12 en na 24 weken van de toevoeging van elektrotherapie aan bekkenbodemspiertraining op ernst en impact van urineverlies bij vrouwen met een dwarslaesie.

Tussen beide groepen is geen significant verschil in effect. Binnen de groep PFMT is een significant en klinisch relevant verschil gemeten na 12 en 24 weken. Opvallend is dat binnen de groep die PFMT+IVES kreeg geen significant verschil gemeten is na 12 en 24 weken terwijl het verschil 0 en 0,2 punten is in vergelijking met de PFMT-groep. Dit is wellicht verklaarbaar door het bredere betrouwbaarheidsinterval van de PFMT+IVES-groep door de te kleine onderzoeksgroepen. De bredere betrouwbaarheidsintervallen leiden tot minder precieze uitkomstmaten. IVES lijkt zelfs te kunnen leiden tot een vermindering van het effect van PFMT omdat het gemiddelde verschil kleiner is in de PFMT+IVES-groep.

Vanwege te grote *loss to follow-up*, 9 van 36 deelnemers (25%), het niet meenemen van de uitvallers in de analyse en omdat noch therapeut, noch patiënt, noch effectmeter was geblindeerd, kunnen de resultaten binnen de PFMT-groep overschat zijn. In de studie wordt net klinische relevantie bereikt. Mogelijk wordt deze niet bereikt voor de patiënte van de CAT vanwege de overschatting van de resultaten.

De incomplete dwarslaesie, het sensibiliteitsverlies in dermatoom S3, geslacht en leeftijd en BMI komen overeen met de patiënt uit het klinisch scenario. Minder passend voor de externe validiteit is de ernst van de UI. De patiënte heeft een hogere score op de ICIQ-UI-SF; hierdoor is de ernst van de UI hoger. Waarschijnlijk geven de effectmetingen hierdoor voor deze patiënt een overschatting.

PFMT en IVES zijn beide toepasbaar bij de patiënt en zijn uitvoerbaar in de behandelsetting. Voor IVES dient de patiënt

een probe te kopen die niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar. In het onderzoek trainden de deelnemers dagelijks thuis. Dit betekent dat er een apparaat aangeschaft dient te worden om te trainen middels IVES; hierdoor stijgen de kosten.

### Clinical bottom line

In een RCT met kleine populatie is IVES + PFMT niet effectiever dan PFMT alleen voor vermindering van de ernst van UI. Alleen met PFMT is een significant effect gevonden dat mogelijk klinisch relevant is. Vanwege daarnaast de beperkte externe validiteit zal bij de 42-jarige obese vrouw met incomplete dwarslaesie en

ernstige gemengde UI elektrostimulatie niet worden toegevoegd aan de spiertraining.

### Literatuur

1. McClurg D, Ashe RG, Lowe-Strong AS Neuromuscular electrical stimulation and the treatment of lower urinary tract dysfunction in multiple sclerosis – a double blind, placebo controlled, randomised clinical trial. *NeuroUrol Urodyn.* 2008;27(3):231-7.
2. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *NeuroUrol Urodyn.* 2004;23(4):322-30.

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

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

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

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

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



# De gezichten achter het NVFB-congres

Dieuwke Botschuijver-Sellmeijer

penningmeester NVFB en portefeuillehouder Marketing en communicatie

**Een team dat staat. Dat is nodig om elk jaar weer zo'n geweldig congres neer te zetten. Zoiets kost natuurlijk geld, maar op dat gebied weet de sponsorcommissie van wanten. Voor de praktische kant hebben we gelukkig een paar extra handen. Lees dit interview en laat je enthousiasmeren. Zin om je horizon te verbreden? Dan is dit je kans, want na zes jaar wil het congresteam het stokje aan anderen doorgeven, en ook de sponsorcommissie heeft een vacature.**

Al vele jaren, uitgezonderd 2020, heeft de NVFB een prachtig congres waar het vak bekkenfysiotherapie naar een hoger plan wordt getild. Er vindt kruisbestuiving plaats tussen de verschillende aanpalende disciplines, wetenschap wordt in de praktijk toegepast en de praktijkervaring levert weer data voor verder onderzoek.

Om ieder jaar weer een dijk van een programma in elkaar te zetten, is een team nodig. Een team dat kan samenwerken, elkaar weet te vinden, de beste eigenschappen in elkaar naar boven haalt en vooral plezier heeft in het organiseren van zo'n evenement. En zo'n team is de congrescommissie. Zo functioneert ze al zes jaar. Nu is het tijd voor een frisse wind, maar niet voordat we erachter komen waarom deze dames zoveel jaren zo keihard hebben gewerkt om voor jullie een supercongres neer te zetten. Ik legde hun een aantal vragen voor waarop zij bereidwillig antwoord hebben gegeven.

Allereerst stel ik jullie voor aan de voorzitter van deze groep, Yvonne Huis in 't Veld, en daarna aan de commissieleden. Tot slot is daar natuurlijk Ardy Struijk, onze superorganisator. Veelal onzichtbaar, maar *absoluut onmisbaar*.

## De voorzitter

### Yvonne stelt zich voor

"Ik ben 37 jaar, mama van twee zoontjes, en werkzaam in twee gezondheidscentra in Utrecht, totaal 28 uur per week. In 2011 ben ik afgestudeerd als bekkenfysiotherapeut. Ik zit sinds 2015 in de congrescommissie."



Yvonne Huis in 't Veld

### Waarom ben jij destijds in de congrescommissie gestapt, als voorzitter nog wel?

"Ik wilde altijd al graag op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen in ons vakgebied en onderhoud graag contact met andere zorgverleners waarmee wij te maken hebben. Ik leg graag de verbinding tussen hen en ons. Dus de congrescommissie was echt iets voor mij."

### Wat is je taak in de commissie?

"Als voorzitter mag ik zorgen voor de taakverdeling, maak ik afspraken met de overige leden van de congrescommissie en ben ik aanspreekpunt voor de sprekers, de dagvoorzitter en het bestuur van de NVFB."

### Hoe vul jij deze taak in?

"Vooral flexibiliteit is nodig! Er zijn periodes dat je heel druk bent en er meerdere uren per week in zitten. Maar er zijn ook weken dat je weinig hoeft te doen. Verder moet je niet schromen om de telefoon te pakken en assertief te zijn om mensen te

benaderen. En vooral om hen te enthousiasmeren voor ons congres. Probeer goed overzicht te houden over het hele proces dat nodig is voor het tot stand komen van een mooi congres en deel ook vooral taken uit aan je medecongrescommissieleden."

### Je hebt zes jaar volgemaakt. Wat motiveerde je?

"Elk jaar is het een uitdaging om een congres te organiseren. Wie ga je vragen om te komen spreken, welke onderwerpen leven er bij onze collega's? Hoe maken we een congres levendig? Dit maakte het heel leuk; iedereen in onze commissie was enorm gedreven en we vulden elkaar goed aan. Het gaf me dus enorm veel energie!"

### Wat heb je van deze jaren geleerd?

"Niet alles zelf willen doen, vooral goed samenwerken en taken verdelen. Ik heb ook geleerd dat er bij zo'n congres best veel komt kijken. Het lijkt zo makkelijk, maar kost het nodige. En dat is niet erg, maar dat moet ik me steeds weer realiseren. Zeker nu we dit jaar voor het eerst digitaal moesten gaan; dat was écht even schakelen!"

### Wat is je het meeste bijgebleven?

"Dat trotse gevoel dat we met onze congrescommissie elk jaar weer hadden als het congres geslaagd was!"

### Waarom zou iemand zich moeten aanmelden voor de congrescommissie?

"Het is tijd voor nieuwe energie, gedachten en ideeën! Tijd om een nieuw netwerk in te zetten – of te vergroten door contacten te leggen – om nieuwe interessante presentaties te werven voor het congres. Dus ik daag je uit: deel je kennis met collega's binnen heel Nederland (en wellicht ooit breder!)."

### **Wat wil jij jouw opvolger meegeven?**

“Zorg dat je samen sterk staat als congrescommissie. Iedereen kan zijn eigen aandeel leveren en zo kom je samen tot een mooi resultaat.”

## De leden

Yvonne heeft een heel team om zich heen: de andere dames van de congrescommissie. **Annemieke Terweij**, **Kim van Loo-Hendriks** en **Puck Koopmans**. Ik was ook nieuwsgierig naar hun ideeën en belevenissen als lid van de congrescommissie.

### **Annemieke stelt zich voor**

“Ik ben 57 jaar en heb twee dochters. Ik werk in twee ziekenhuizen (het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein/Utrecht en Ziekenhuis Rivierenland in Tiel), samen goed voor vier dagen per week. En sinds 2003 ben ik bekkenfysiotherapeut, officieel dan, maar eigenlijk ben ik het al veel langer. Ik zit nu zes jaar in de congrescommissie. We maakten als groep een frisse start.”



*Annemieke Terweij*

### **Waarom ben jij destijds in de congrescommissie gestapt?**

“Omdat een enthousiaste collega dat vroeg en het mij een inspirerende klus leek.”

### **Wat is je taak in de commissie?**

“Ik heb geen specifieke taak: ik heb enthousiast sprekers gezocht, ook out of the box (tip Dutch Design Week in oktober ‘Innovaties in de zorg’), en brainstorm graag. Door mijn leeftijd kon ik zo nu en dan terugblikken op eerdere congressen. Dat was handig.”

### **Hoe vul jij deze taak in?**

“Enthousiasme, een open blik, samenwerken leuk vinden, peilen wat er speelt in het zorgveld.”

### **Je hebt zes jaar volgemaakt. Wat motiveerde je?**

“Samenwerken is inspirerend en leuk, we hebben veel lol gehad, je netwerk breidt zich uit, maar vooral het plezier van samen een mooi congres organiseren voor je beroepsgroep.”

### **Wat heb je van deze jaren geleerd?**

“Vooral hoe leuk, mooi en divers ons vak is, hoe we als bekkenfysio's ons bewegen in het veld van zorgprofessionals, ook hoe we gewaardeerd worden door anderen. Maar ook organiseren en leren van feedback.”

### **Wat is je het meeste bijgebleven?**

“De ontspanning na afloop van een geslaagd congres, bepaalde sprekers en samen buikdansen met de hele zaal.”

### **Waarom zou iemand zich moeten aanmelden voor de congrescommissie?**

“Om alle bovenstaande redenen, maar vooral omdat je wilt bijdragen aan informeren en inspireren van je collega's en zo bouwen aan ons vak.”

### **Wat wil jij jouw opvolger meegeven?**

“Geef een beetje van je tijd en enthousiasme en krijg heel veel terug!”

### **Kim stelt zich voor**

“Ik ben 37 jaar en heb twee kinderen, een van vier en een van bijna twee jaar. Ik ben werkzaam in Utrecht bij Fysiotherapie Nieuw Plettenburgh en Fysiotherapie Binnenstad, in totaal 26 uur. In 2015 ben ik afgestudeerd als bekkenfysiotherapeut.



*Kim van Loo-Hendroxx*

Toen ben ik ook vrijwel meteen in de congrescommissie gestapt.”

### **Waarom ben jij destijds in de congrescommissie gestapt?**

“Dat vond ik toen wel spannend, omdat ik net kwam kijken zeg maar. Toch heb ik het gedaan, omdat het mij een leuke manier leek om up-to-date te blijven, te netwerken, en zelf onderwerpen en sprekers te kunnen kiezen. Daarnaast wilde ik wel eens een kijkje nemen achter de schermen van het congres.”

### **Wat is je taak in de commissie?**

“Bedenken van onderwerpen en beslissen hoe de dag eruit gaat zien, contact leggen met en regelen van de sprekers en stukjes schrijven over het congres. We zijn regelmatig aan het vergaderen. Tijdens het congres ontvang ik de sprekers en zorg ik ervoor dat alles goed verloopt (zoals foto's maken, de microfoon doorgeven, vragen beantwoorden, inschrijvingen regelen).”

### **Hoe vul jij deze taak in?**

“Leuke (en het liefst nieuwe) ideeën hebben, en een netwerk, is wel handig, net als bekend zijn met waar de bekkenfysiotherapie nu staat en in de toekomst naartoe gaat. Eigenlijk ben je samen best creatief bezig is mij opgevallen!”

### **Je hebt zes jaar volgemaakt. Wat motiveerde je?**

“De sfeer binnen de commissie was heel erg goed en dat is voor mij wel belangrijk. Ik vond het leuk om samen dingen te bedenken en op zoek te gaan naar nieuwe onderwerpen. Samen probeer je een leuke leerzame dag te organiseren. En elk jaar ging dat steeds makkelijker. De dag zelf is natuurlijk altijd spannend, maar zeker ook heel erg leuk om te doen!”

### **Wat heb je van deze jaren geleerd?**

“Nou, heel erg veel! Naast alle informatie die we ontvangen tijdens de presentaties heb ik ook geleerd wat breder naar ons vak te kijken en wat beter geleerd om te netwerken. Je bent vaak wel bezig met ‘goh, zou dit leuk zijn voor ons congres’ of ‘misschien is dit een leuke spreker voor ons congres’.”

### **Wat is je het meeste bijgebleven?**

“De positieve reacties van de mensen tijdens het congres! Dat geeft zo veel voldoening. De presentatie van Nienke Helder (Sexual healing) is me het meest bijgebleven. En het buikdansen zal ik ook nooit meer vergeten. Ik had nooit gedacht dat iedereen zo los zou gaan.”

### *Waarom zou iemand zich moeten aanmelden voor de congrescommissie?*

“Omdat het heel iets anders is dan wat wij normaal als fysiotherapeuten doen. Het is creatief, gezellig, leerzaam en de tijdsinvestering valt erg mee. Je mag helemaal zelf bepalen hoe de dag eruit gaat zien.”

### *Wat wil jij jouw opvolger meegeven?*

“Probeer out of the box te denken.”

### *Puck stelt zich voor*

Ik ben 30 jaar en heb een dochtertje van zes maanden. Sinds 2017 ben ik afgestudeerd als bekkenfysiotherapeut aan het SOMT en op het moment werk ik al ruim zeven jaar bij Fysiotherapie Binnenstad in Utrecht, zo'n 28 uur per week. Ik ben sinds 2015 lid van de congrescommissie.”



*Puck Koopmans*

### *Waarom ben jij destijds in de congrescommissie gestapt?*

“Via Yvonne. Zij benaderde mij om mee aan te melden. Toen was ik ook nog bezig met mijn studie aan de SOMT, maar het leek me een leuke afwisseling en leerzaam.”

### *Wat is je taak binnen de commissie?*

“Bedenken van thema's en onderwerpen, benaderen van sprekers, accreditatie van Keurmerk, sprekers ontvangen en faciliteren tijdens het congres en paraat staan voor andere taken tijdens het congres.”

### *Hoe vul jij deze taak in?*

“Je hebt niet veel nodig, maar creativiteit en inzicht in de actualiteit van ons vak zijn handig.”

### *Je hebt zes jaar volgemaakt. Wat motiveerde je?*

“We zijn een gezellig en goed team. We vullen elkaar aan. Dat maakt het leuk! Daardoor was het elk jaar weer interessant om nieuwe onderwerpen te bedenken voor het congres. Het blijft spannend of het uitpakt zoals we hebben bedacht. Uiteindelijk zijn we elk jaar weer tevreden.”

### *Wat heb je van deze jaren geleerd?*

“Veel. Hoe zet je een congres op van a tot z, hoe werk je samen als een team en natuurlijk heb ik veel inhoudelijke kennis over ons vak opgedaan.”

### *Wat is je het meeste bijgebleven?*

“De kick na het succesvol afronden van het eerste congres! Zo van, dit hebben we gewoon gedaan...”

### *Waarom zou iemand zich moeten aanmelden voor de congrescommissie?*

“Ben je creatief en heb je veel ideeën over hoe een congres eruit hoort te zien met interessante onderwerpen? Dan is dit zeker wat voor jou! Het is bovendien goed voor je netwerk.”

### *Wat wil jij jouw opvolger meegeven?*

“Geen specifieke tips, maar vooral veel plezier.”

## **En dan het geld nog**

Zoals jullie hebben kunnen lezen was de congrescommissie een dijk van een team dat geweldige congressen heeft neergezet. Zo'n congres kost veel geld dat niet volledig door de inschrijvingen wordt bijgebracht. Daarom zijn we ook ieder jaar op zoek naar sponsoren, adverteerders en ook standhouders. Want zonder sponsorcommissie geen financiële steun voor het congres. Deze tactische taak heeft de afgelopen jaren in handen gelegen van Jet Buschgens Siewertsz van Reesema, die samen met Baukje Veen de contacten warm heeft gehouden. Helaas gaat ook Jet het schip verlaten, maar niet zonder eervolle vermelding.

### *Jet stelt zich voor*

“Ik ben 41 jaar, ben getrouwd en heb twee kinderen, een van zeven en een van drie jaar. Ik ben sinds 2013 werkzaam als bekkenfysiotherapeut. Sinds 2017 werk ik bij Bekkenfysiotherapie Twente in En-



*Jet Siewertsz van Reesema*

schede en daarnaast werk ik als bekkenconsulent voor Medical4You. Sinds 2016 maak ik deel uit van de sponsorcommissie.”

### *Waarom ben jij destijds in de sponsorcommissie gestapt?*

“Ik wilde graag een bijdrage leveren aan onze beroepsvereniging en hoorde dat er een vacature was voor deze functie. Het contact met onze sponsoren maken en onderhouden leek mij een leuke uitdaging.”

### *Wat is je taak binnen de commissie?*

“Ik ben voornamelijk betrokken bij het organiseren van ons voorjaarscongres, waar ik zorg draag voor een goed bezette beursvloer. Veel sponsoren dus.”

### *Hoe vul jij deze taak in, wat is hiervoor nodig?*

“Wat je vooral nodig hebt voor deze functie is het enthousiasme voor ons vak, communicatief sterk zijn en het leuk vinden om betrokken te zijn bij het organisatieproces.”

### *Je hebt vijf jaar volgemaakt. Wat motiveerde je?*

“Het directe contact met de congrescommissie, organiseren van het congres, contact met de standhouders en de samenwerking met mijn collega Baukje van de sponsorcommissie, zorgde ervoor dat ik dit met heel veel plezier heb gedaan.”

### *Wat heb je van deze jaren geleerd?*

“Communicatieve vaardigheden, organisatie, skills en de andere kant van de zorg. Niet als zorgverlener, maar de industrie erachter.”



### **Wat is je het meeste bijgebleven?**

“De voorbereiding naar het congres toe, samen met de congrescommissie, en ons zien groeien met de jaren. We werkten samen als een geoliede machine.”

### **Waarom zou iemand zich moeten aanmelden voor deze commissie?**

“Omdat het heel erg leuk is om je op deze manier in te kunnen zetten, en er zelf veel van opsteekt en het je netwerk vergroten.”

### **Wat wil jij je opvolger meegeven?**

“Zorg vooral dat je er voor jezelf veel plezier en voldoening uithaalt; vaak bestaat er een verkeerd beeld van de commissie en ik hoop met mijn enthousiasme het tegendeel te kunnen bewijzen!”

## Steun en toeverlaat

Deze enthousiaste dames stonden er niet alleen voor. Een vast gezicht bij het congres is Ardy Struijk. Een kei van een organisator die met alle vrouwelijke invallen meebeweegt en het schip naar de veilige haven leidt die het NVFB-congres heet. Graag stel ik jullie ook nog voor aan hem.

### **Ardy stelt zich voor**

“Ik ben 51 jaar en woon samen. Ik heb een dochter van 24 jaar. Ik heb mijn hele leven in de organisatie gezeten van grote sport- en culturele evenementen. De afgelopen vijf jaar was ik directeur van een bedrijf dat is gespecialiseerd in het maken van hoogwaardige plastics (filamenten) voor de industrie in de 3D-printing. Maar mijn passie voor het organiseren ben ik nooit kwijtgeraakt.”



*Ardy Struijk*

### **Sinds wanneer help je de NVFB en de congrescommissie?**

“Daar moet ik over nadenken, ik denk acht of negen jaar.”

### **Wat is je taak?**

“Het coördineren en organiseren van het congres, de spin in het web. Samen met de congrescommissie natuurlijk, want inhoudelijk weet ik weinig van jullie vakgebied af en ook het binnenhalen van en contact onderhouden met sponsors kan natuurlijk veel beter door iemand met vakkennis gedaan worden.”

### **Waarom doe je dit al acht jaar?**

“Ik heb nu met twee verschillende congrescommissies gewerkt. Het eerste team was ouder dan het tweede, maar het enthousiasme van de leden was in beide gevallen erg groot en dat werkt aanstekelijk. Het leukste aan het organiseren van het congres is dat je veel mensen ontmoet, want behalve de congrescommissie spreek je ook het bestuur van de NVFB, de sprekers, en heb je contact met derde partijen. Het mooiste moment is achteraf, als het congres succesvol blijkt te zijn geweest. Daarnaast is het altijd gezellig. Dit jaar moesten we het congres digitaal organiseren; voor mij een nieuwe tak van sport, maar daarom des te uitdagender. Al hoop ik van ganser harte dat het in 2022 weer op locatie kan.”

### **Wat heb je van deze jaren geleerd?**

“Dat je in een relatief korte tijd een mooi team kan creëren dat goed kan samenwerken, al zul je natuurlijk altijd groeien in de loop van de tijd. Na een paar jaar weet je precies wat je aan elkaar hebt. Ik heb ook geleerd dat de bekkenfysiotherapeuten een beetje ondergewaardeerd worden in hun vakgebied en dat verbaast mij enorm.”

### **Wat is je het meest bijgebleven?**

“De gezellige momenten van de etentjes die we ieder jaar hebben, de persoonlijke verhalen van de leden van de congrescommissie en natuurlijk de successen van de congressen. Het is gewoon leuk om samen een mooi project neer te zetten.”

### **Waarom zou iemand zich moeten aanmelden voor de congrescommissie?**

“Ik denk dat dat duidelijk is uit alle voorgaande antwoorden en daarnaast weet ik zeker dat het ook goed is voor je netwerk.”

Na het lezen van dit alles zou ik persoonlijk wel in deze commissie willen werken.

Nu begrijp ik nog beter waarom ik de afgelopen jaren zo graag met deze dames heb samengewerkt. Met pijn in mijn hart neem ik afscheid van dit team, maar gelukkig niet van hen als zeer gewaardeerde collega's, en eigenlijk meer dan dat...

### **Congrescommissie vacature**

De nieuwe congrescommissie bestaat uit Ina Elving, Marja Kloosterboer en Odette van Zon, maar we zijn nog niet compleet. Ben jij graag up-to-date binnen het vakgebied en wil je meer contact met specialisten, huisartsen en andere zorgverleners? Meld je dan aan.

**Verwachte belasting:** diner en overnachting voorafgaand aan het congres, de congresdag, vier keer per jaar een skypevergadering van 1 à 2 uur en voorbereidingstijd van 4 à 8 uur.

**Vergoeding:** diner en overnachting, het congres plus 100 euro, en 40 euro per uur skype- en voorbereidingstijd.

#### **Interesse?**

E-mail naar Dieuwke Botschuijver via [info@nvfb.nl](mailto:info@nvfb.nl).

### **Vacature Sponsorcommissie**

Zonder sponsors geen congres! Je legt en bent het contact met de sponsors van ons congres. Je neemt contact op met de vaste en nieuwe sponsors zodat ze ons congres kunnen ondersteunen en wij hun een mooi podium kunnen geven!

Op de dag zelf zorg je dat de standhouders op de juiste plek komen te staan. Je werkt samen met Baukje Veen, die ook de advertenties in het Bulletin regelt, en met de penningmeester van de NVFB.

**Verwachte belasting:** diner en overnachting voorafgaand aan het congres, de congresdag, vier keer per jaar een skypevergadering van 1 à 2 uur, voorbereidingstijd van 8 uur.

**Vergoeding:** diner en overnachting, het congres en 40 euro per uur skype- en voorbereidingstijd.

**Is deze functie op jouw lijf geschreven?** Voor meer informatie of het vervullen van deze vacature, neem contact op met Dieuwke Botschuijver via [info@nvfb.nl](mailto:info@nvfb.nl).

### *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 en waar studeer je?

“Ik ben **Marja Veld**, 26 jaar, en ik zit in het laatste jaar van mijn studie bekkenfysiotherapie aan de SOMT. Zomer 2021 hoop ik af te studeren.

#### Waar werk je?

Bij FysioDynamiek, een eerstelijnspraktijk in Arnhem.

#### Wat is de reden om de opleiding tot bekkenfysiotherapeut te gaan volgen?

De psyche van de mens heeft mij altijd geïnteresseerd. De invloed daarvan op het bekken is vaak groot. Als er dan van daaruit klachten ontstaan in het bekkengebied kunnen die veel doen met iemands kwaliteit van leven. Daarnaast heerst er rond die klachten vaak nog een taboe. Op dit vlak iemands vertrouwen winnen, over die klachten praten en er mogelijk wat aan kunnen doen. Dat heeft mij getriggerd om met de opleiding te starten. Ik wil een bijdrage kunnen leveren aan het hopelijk verhelpen van die klachten.

#### Waar heb je stage gelopen?

Mijn eerste stage was bij Suzan Spijkerman bij MCNO Fysio De Wedren in Nijmegen. Erg leuk om te zien hoe bevlogen Suzan is met zwangeren en post partum vrouwen. Mijn tweede stage heb ik gevolgd bij Christa Dronkers in het ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede. Leuk om de bekkenfysiotherapie in ziekenhuissetting mee te maken vanuit de rustige benadering van Christa. Mijn laatste stage was bij Mieke Koppelman, Bekkenfysiotherapie Heelsum. Mieke is tevens docent aan de SOMT, dus dat vond ik in eerste instantie best spannend gezien haar kritische werkwijze. Maar ik heb zo'n leerzame stage gehad dat ik mij daarna zeker genoeg voelde om zelfstandig aan het werk te gaan.

Overigens heb ik vanaf het eerste leerjaar al veel mogen leren van mijn collega Betty van Vulpen. Betty is in de zomer van 2020 met pensioen gegaan, maar voor die tijd heb ik vaak met haar meegekeken en heeft zij mij begeleid bij de behandeling van patiënten. In de praktijk leer je toch sneller en oefen je door al praktisch bezig te zijn.

#### Wat viel je op en wat is er anders in de praktijk dan je op de opleiding hebt geleerd?

Tijdens je opleiding zie je alleen tijdens je stages patiënten, maar uiteindelijk leer je het meest door iets te doen in de praktijk. Het is fijn om aan de ene kant de wetenschap als basis te hebben vanuit de opleiding en die te kunnen toepassen bij de patiënt, en aan de andere kant een kritische houding: elke patiënt is anders en een patiënt past niet altijd binnen de literatuur. Door een zorgvuldig opgebouwd klinisch redeneerproces merk je het in de praktijk al gauw als een patiënt niet in het spreekwoordelijke 'hokje' geplaatst kan worden. Daarop kun je dan anticiperen.

#### Hoe zie je jezelf later als afgestudeerd bekkenfysiotherapeut in het werkveld?

Ik hoop de rust en vrijheid te kunnen uitstralen om te communiceren over de klachten en ik hoop dat ik hierbij de patiënt centraal kan blijven stellen, om zo – stap voor stap – te kunnen bieden wat past bij de patiënt en bij de klacht.

#### Je hebt bijna de opleiding tot bekkenfysiotherapeut afgerond; wat zijn de 'moeilijkheden' die je op dit moment in de praktijk ervaart bij dit vak?

Aangezien ik nog niet veel ervaring heb, is het soms lastig om niet zo veel vergelijkingsmateriaal te hebben. Daarnaast ben ik nog redelijk jong, waardoor ik het gevoel heb extra mijn best te moeten doen om iemand te overtuigen. Ik zie het een beetje als je rijbewijs halen; straks heb ik het papiertje, maar de ervaring komt door het veel te doen!

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

Onderzoek is uiteraard altijd goed, om de bekkenfysiotherapie te verbeteren en het effect ervan te meten. Ook om het vak nog meer op de kaart te zetten en het belang van bekkenfysiotherapie te behartigen.

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

- Mobilizing Awareness
- Cursus Adem-, bewustwordings- en ontspanningsoefeningen



### Wie ben je?

Mijn naam is **Klaudie Bosch** en ik ben sinds 1995 werkzaam als algemeen fysiotherapeut en sinds 2016 ook als geregistreerd bekkenfysiotherapeut. Toen ik 40 werd dacht ik, als ik nog een master wil doen dan moet dat nu, en toen heb ik gekozen voor de master bekkenfysiotherapie. Ik vind bekkenfysiotherapie een ontzettend mooi en dankbaar vak doordat we mensen helpen met klachten die enorm beperkend kunnen zijn en vaak schaamte met zich meebrengen. In 2018 heb ik ook de opleiding kinderbekkenfysiotherapie gevolgd, omdat ik merkte dat het behandelen van kinderen om een andere benadering vraagt en daarnaast zie je dat veel volwassenen met klachten in de bekkenregio vaak als kind ook al problemen op dit gebied hadden.

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

Ik ben altijd werkzaam geweest in eerstelijnspraktijken. Eerst in Duitsland, daarna 10 jaar in Renkum en nu ik werk alweer bijna 10 jaar met veel plezier bij Fysiotherapie en Manuele therapie Velperweg in Arnhem. Dat is een groepspraktijk binnen een gezondheidscentrum met 12 collega's.

### Wat maakt jouw praktijk/ behandelingen speciaal?

Mijn grote kracht is denk ik, dat ik empathisch ben en mensen goed op hun gemak kan stellen, waardoor ze makkelijker over hun probleem praten. Dat is binnen ons vak natuurlijk extra belangrijk, omdat het vaak om intieme problematiek gaat. Daarnaast vind ik het samenwerken met andere disciplines erg waardevol. Het is daarom fijn dat ik binnen onze praktijk kan samenwerken met collega's die psychosomatisch fysiotherapeut zijn of manueel therapeut. Ook adviseer ik patiënten geregeld om naar een haptotherapeut te gaan wanneer ik denk dat iemand daar extra bij gebaat is. Verder heb ik in de praktijk sinds twee jaar een flowmeter en een echoapparaat waarmee je het residu kan meten. Dat vind ik een enorme meerwaarde hebben bij de diagnostiek.

.....

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

“Dat vind ik een lastige vraag, omdat ik voor mijn gevoel nog lang niet alle interessante nascholingscursussen heb gevolgd die ik zou willen volgen. Onlangs heb ik de cursus ‘Stuitproblematiek in de bekkenfysiotherapie’ gevolgd, waarbij je de NIMOC-behandeling leert. Het is fijn dat ik nu het os coccyx ook op een niet-invasieve manier kan mobiliseren.”

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

Ik vind het bulletin een erg leuk en informatief blad. Wat ik wel mis is een overzicht van nascholingscursussen met de data waarop deze te volgen zijn.

## Ieder nadeel heeft zijn voordeel en ieder voordeel weer zijn nadeel...

Uitslag prijsvraag NVFB bulletin nr. 44

Toch wel gezien? En ook over nagedacht? “Welke producten zijn gebruikt voor deze Bristol Stoelgangschaal”, was de vraag van een redactielid dat aan het knutselen was geslagen. Bij deze de uitslag:



Type 1: kruidnootjes

Type 2: pepernoten

Type 3: marsepein aardappeltjes

Type 4: marsepeinstaaftje



Type 5: pindarotsjes

Type 6: havermoutpap met cacao

Type 7: chocoladevla

De restanten van de materialen die gebruikt waren voor de foto's werden natuurlijk al ruim voor het uitkomen van bulletin 44 verorberd. En type 1 t/m 5 lagen netjes klaar voor verzending naar de winnaar van de prijsvraag.

Maar helaas, niemand reageerde (nadeel), waardoor het redactielid ook deze lading snoepgoed zelf mocht verorberen (voordeel). Voor de coronakilo's wat minder gunstig (nadeel), maar ze hoefde het gelukkig niet alleen te doen (voordeel).





'Plop',



'Poop Tracker' en



'Poopify'

Het bijhouden van een ontlastingsdagboek kan nogal bewerkelijk zijn. Dat moet toch makkelijker kunnen, dacht ik. Dus ik ging op zoek naar een app. Ik heb er drie gevonden met een vrij hoge reviewscore en ze hebben nog leuke namen ook: 'Plop', 'Poop Tracker' en 'Poopify'. Alle drie zijn ze geschikt voor Android, en de laatste kun je ook installeren op je iPhone. Leuk is bovendien dat ze gratis zijn.

Wat meteen opvalt bij deze apps is dat fecale verliesmomenten niet apart kunnen worden bijgehouden, maar alleen de defecatie op gewenste momenten. Wel kan in alle drie de apps de consistentie van de ontlasting worden vastgelegd door middel van de Bristol Stoelgangsschaal, waarmee de kleur en de grootte van de 'hoop' kunnen worden aangegeven. Daarnaast kun je bij alle drie de apps vastleggen of je erg veel drang had, er bloed bij de ontlasting zat en of de defecatie pijnlijk was. Bij 'Plop' en 'Poopify' kun je ook nog vastleggen of de ontlasting erg rook, dreef of dat er onverteerde voedselresten in zaten. Bij alle drie de apps kun je notities toevoe-

gen, waarin je bijvoorbeeld aan kunt geven dat het om verlies van ontlasting gaat. Lenen deze apps zich dan ook voor het bijhouden van fecale incontinentie? Daartoe moet de app die notities dan namelijk wel kunnen tonen in een overzicht. 'Plop' doet dat helaas niet. Bij 'Poop Tracker' is het overzicht onder 'geschiedenis' te vinden en bij 'Poopify' kun je het overzicht benaderen via de startpagina van de app. Het fecesverlies wordt echter niet meegenomen in de statistieken, want de informatie staat immers alleen maar in notities, en ook niet in de exportfunctie.

Het exporteren van gegevens naar een e-mailadres klinkt heel chique en handig, maar dat is schijn. De gegevens worden zo slordig en onoverzichtelijk weergegeven in tekst, dat het mijns inziens duidelijker en overzichtelijker is om aan de patiënt screenshots van de betreffende schermen te vragen. Die zijn ook makkelijk door te sturen.

'Plop' is de enige app die ook informatie geeft over voeding en voedingsvezels en bovendien adviezen verstrekt bij de di-

verse problemen die zich rond ontlasting kunnen voordoen.

Dan de reclames. De apps zijn immers gratis. Bij 'Plop' en 'Poop Tracker' zijn die enigszins hinderlijk; na het invoeren van je defecatie zijn ze schermvullend en kun je ze pas na enige tijd weer wegklikken. Bij 'Poopify' zijn de reclames minder prominent aanwezig, slechts een kleine banner onderin het scherm waar je weinig hinder van hebt.

Conclusie? Wil je een gemakkelijk bij te houden ontlastingsdagboek dat ook nog enigszins overzichtelijk is, kies dan voor 'Poopify'. 'Poop Tracker' volgt op een tweede plaats. 'Plop' scoort wat dat betreft het laagst. Die app komt in aanmerking als je de patiënt vooral informatie en adviezen wilt meegeven.

---

**Esther Reijers, MSc**

---

*redactie NVFB Bulletin*



## Agenda

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

donderdag 24 t/m zaterdag 26 juni 2021

**VII MIPS Annual Meeting** Online  
<https://www.mipsnet.org/mips-2021>

Zaterdag 27 juni t/m donderdag 1 juli 2021

**IASP 2021 World Congress on Pain** Online  
<https://iaspvirtualcongress.evareg.com/>

dinsdag 12 t/m vrijdag 15 oktober 2021

**ICS 2021** Online  
<https://www.ics.org/2021>

woensdag 8 t/m zaterdag 11 december 2021

**IUGA 46th Annual Meeting** Singapore  
<https://www.iugameeting.org/>

woensdag 15 t/m zaterdag 18 december 2021

**6th European Endometriosis Congress** Bordeaux, Frankrijk  
<https://euroendometriosis.com/6th-euro-pean-endometriosis-congress-bordeaux-2021/>

woensdag 27 t/m zaterdag 30 april 2022

**12th Congress of the EFC. Pain in Europe II** Dublin, Ierland  
<https://efic-congress.org/>

woensdag 7 t/m zaterdag 10 september 2022

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

maandag 19 t/m vrijdag 23 september 2022

**IASP World Congress on Pain** Toronto, Canada  
<https://iaspworldcongress2022.org/>

# Ingezonden brief

*In deze ingezonden brief vertelt een patiënte met lichen sclerosus (LS) over haar ervaring met bekkenfysiotherapie. Deze patiënte heeft goed inzicht in haar aandoening en wendt zich tot een collega van ons, die blijkbaar minder goed op de hoogte is van de laatste stand van zaken van de literatuur en de herziening van de multidisciplinaire richtlijn (RL) betreffende LS. In de RL LS 2021 is te lezen dat maligne ont-aarding van de aandoening voorkomt in slechts 0,2 tot 3,88 procent van de gevallen en dan nog in de vorm van gedifferentieerd vulvair intraepitheliaal neoplasme (dVIN) en niet in LS.*

*Het is niet aan een bekkenfysiotherapeut hier enige uitspraak over te doen: de dokter (dermatoloog/gynaecoloog, al dan niet verbonden aan een vulvapati) stelt de diagnose en doet een voorstel richting het beleid van begeleiden. Als bekkenfysiotherapeut kun je over dit beleid met de dokter onderhandelen, maar niet richting de patiënt, behalve als het gaat om therapietrouw.*

Het was woensdagmorgen tien voor half twaalf, in de wachtkamer voor een eerste consult bij de bekkenfysiotherapeut. Deze bekkenfysiotherapeut was ook verbonden aan het ziekenhuis waar ik onder behandeling was en zou ervaring hebben met LS. “Mevrouw A.”

“Ja dat ben ik.”

“Komt u verder.” Bij binnenkomst in de spreekkamer bleek er een jongedame in opleiding te zitten en of het goed was dat zij erbij bleef? “Uuhh, nou ja, goed.” (Vooraf was hier niets over gevraagd dus overviel de vraag mij enigszins, maar ik herpakte mij snel, want immers, hoe meer mensen en juist mensen in de medische wereld, kennis opdoen van LS, hoe beter het is, hoogno-dig zelfs!).

“U komt voor de eerste keer hier bij mij.”

“Ja, dat klopt”, zei ik, “voor LS”. “Weet u wat LS is?” vroeg ik aan haar.

“Ja, dat is lichen sclerosus, en weet jij wat dat is?” vroeg ze aan de stagiaire.

“Nee”, zij had er nog nooit van gehoord.

De fysiotherapeute legde uit: “Dat is lichen sclerosus en dat is een voorstadium van vulvakanker.” ’t Klonk alsof het om ‘de griep’ ging. Ik wist niet wat ik hoorde. Nu heb ik mij behoorlijk ingelezen en gesproken met de gynaecoloog en met LS-patiënten die ook bij de Stichting (Red.: Stichting Lichen Sclerosus) zijn aangesloten, en ik wil mij inzetten om zoveel mogelijk bekendheid aan LS te geven, omdat ik zelf voel wat het is.

Ik kon het niet laten en heb het gesprek overgenomen en verteld wat LS is. Iedereen kan het krijgen, maar nog veel te vaak wordt het niet herkend en zodoende worden verkeerde diagnoses gesteld en verkeerde behandelingen voorgeschreven; vaak herhaaldelijk crèmes tegen schimmelinfecties. Vrouwen in en na de menopauze krijgen geen schimmelinfecties meer en schimmel-crèmes werken dan dus niet. Vaak later dan nodig zou zijn, wordt uiteindelijk de diagnose LS gesteld. Daardoor werd aangenomen dat LS bij deze groep patiënten zou komen door hormoon-schommelingen. Inmiddels is echter uit onderzoek gebleken dat LS mogelijk een auto-immuunziekte is en dat leeftijd en sekse daarbij geen rol spelen. (Ook kinderen en mannen kunnen het krijgen.) Bovendien is gebleken dat de behandeling van LS, die absoluut noodzakelijk is om het proces te remmen, een preventieve werking heeft voor het ontstaan van vulvakanker. LS is dus geen voorstadium van vulvakanker; dVIN is het voorstadium van vulvakanker. Dat is toch wel heel wat anders dan wat deze bek-

kenfysiotherapeut vertelde en dan ook nog aan een stagiaire in opleiding! Eigenlijk was ik ook ontdaan door deze opmerking; het verdriet van de diagnose kwam direct naar boven.

Vervolgens vroeg ik welk kussen geschikt zou zijn tijdens het autorijden. Voor mijn werk rijd ik namelijk minimaal 300 km per dag en als dat dagen achtereen is, nou dan heb ik wel een paar dagen nodig om bij te komen. Dat wist ze niet en het was niet goed om een kussentje te gaan gebruiken, want dan werd de huid op spanning gezet. Beter was het dan om tijdens het autorijden een kussentje onder een bil te leggen, een half uur te rijden en dan een half uur op de andere bil te gaan zitten. Hebben jullie weleens geprobeerd om lange afstanden scheef zittend te rijden? Nou dat werkt niet! Als ik een kussentje zou vinden dat geschikt was, wilde ze het graag horen.

Daarna werd een ellenlange lijst vragen afgewerkt over het plassen. Vier á vijf keer per dag plassen was veel te veel, vond ze... Nou dat doe ik mijn leven lang al. Ik drink morgens veel rooibos-thee, vervolgens bij mijn cliënten hooguit twee kopjes koffie en verder drink ik de hele dag door veel water. Daarna ging het over de stoelgang. Ja, die is zeer gevoelig, aangezien ik gediagnosticeerd ben door de gynaecoloog met een figure of eight. Regelmatig neem ik macrogol om de ontlasting soepel te houden, want harde ontlasting kan al snel pijnlijk zijn.

Tot slot moest er op de ademhaling en de ontspanning van de bekkenbodemspieren gelet worden... Dat zij observeerde dat mijn ademhaling op dat moment nogal hoog zat, was niet zo vreemd. Tja, dat is bekend en daar kom ik ook voor. Voor mij is het fijn om ’s avonds liggend op de bank met een warmwaterzak op mijn buik te ontspannen. Een kat op je buik schijnt ook heel goed te zijn... zei de therapeute. Nou ja, ik heb soms een vlieg als huisdier.

Dit consult gaf mij een onaangenaam gevoel. Op een gegeven moment vertelde ik wat mijn hulpvraag was en vertelde ik dat ik vorig jaar een man had ontmoet waar ik blij mee was, dat mijn kinderen zelfstandig zijn en niet meer thuis wonen, dus nu mag mijn tijd komen. Helaas liep dit heel erg anders. Nadat ik intiem werd met hem, wist ik niet wat mij overkwam; wat was er met mijn lichaam aan de hand? Terwijl de gezonde opwinding wederzijds aanwezig was, ontstond een ontzettend pijnlijke situatie; er bleef niet veel romantiek over. Ik was compleet van slag en het werd heel stil in mij... anderhalve dag later zat ik bij de huisarts en mijn vermoeden van wat ik gelezen had op internet werd bevestigd: vernauwing van de vagina en uitgescheurd, schaamlippen verkleind en ja: lichen sclerosus... Mijn wereld stortte echt in. Ik heb drie dagen lang gehuild en wijn gedronken om mezelf een beetje te verdoven. Wat een rotstreek van de natuur. Dus dit was het dan, geen seksleven meer. Terwijl ik dit schrijf, schiet ik weer vol. De relatie die nog zo pril was, overleefde het niet; ook dat was verdrietig. Bij de gynaecoloog kreeg ik dan ook het advies, omdat het echt te nauw was, een introïtusplastiek te laten plaatsen. Afgelopen december heb ik de ingreep ondergaan; ik heb een lange hersteltijd nodig gehad en ben er nog niet.

Om terug te komen op de hulpvraag, die formuleer ik als volgt: ‘Hoe kan ik leren ontspannen en weer vertrouwen in mijn li-

chaam krijgen en in mezelf, en hoe kan ik, hopelijk, in de toekomst, met een partner intiem zijn op basis van wederzijds vertrouwen.' Waarop de bekkenfysiotherapeute vroeg: "Heb je er voor jezelf een tijd aan gesteld wanneer je dat weer wilt zijn dan?" "Nee", antwoordde ik. "Ik weet toch immers niet wanneer ik iemand tegenkom en leer kennen en leer vertrouwen?", want dat is wel dingetje. "Het gaat ook om mijzelf", zei ik.

Vervolgens zei ze dat de ervaringen die ik had opgedaan met deze man en de introïtusplastiek net zo traumatisch zijn als een verkrachting! Wauw. En of ik wel eens van pelottes had gehoord? "Jazeker", zei ik.

"Heb je die ook?"

"Nee, ik heb vibrators enzovoort." Dat vond ze veel te heftig allemaal.

"Maar mevrouw, deze zijn er in vele maten en er zitten verschillende standen op en er hoeft geeneens een stand op." Dit had ik sowieso ook al besproken met mijn gynaecoloog.

Nou, de volgende behandeling zou ik op de bank gaan liggen, vertelde ze, en ging ze mijn vagina bekijken. Ik dacht maar aan één ding: jij komt niet aan mijn vagina en krijgt mijn vagina ook niet te zien.

Het enige positieve was het moment waarop de jonge stagiaire mij vroeg of ik wel mijn natuurlijke behoefte aan seksualiteit had, waarop ik 'ja' zei, maar dat ik niet wist wat ik nu moest doen en dat dát nu juist de reden was waarvoor ik bij de bekkenfysiotherapeut kwam. Mijn gevoel zegt mij dat deze jongedame dit consult niet snel zal vergeten en er zeker goed mee zal omgaan in de toekomst wanneer zij met LS-patiënten te maken krijgt.

Eenmaal buiten voelde ik mij wederom verslagen en ik ging huilend naar huis. Gelukkig kon ik met een inmiddels bevriende

vrouw, ervaringsdeskundige, vertellen wat er was gebeurd. Ik hoop dat mijn verhaal mag bijdragen aan de verbetering van bekkenfysiotherapeuten en dat de allerbeste bekkenfysiotherapeut 'een soort van Lichen Sclerosus Award' krijgt! Met als doel dat zoveel mogelijk LS-patiënten op een juiste integere wijze behandeld zullen worden en dat zij mogen helen in dit proces.

De vervolgspraak bij deze praktijk heb ik een uur later geannuleerd. De bekkenfysiotherapeut wat niet bereikbaar voor commentaar.

*Deze casus heeft mij bereikt in mijn hoedanigheid van voorzitter van Bekkenbodem4All (B4A) via de voorzitter van Lichen Sclerosus Nederland (LSN), mevrouw Ellen Swanborn. Binnen LSN heb ik zitting in de Medische Advies Raad (MAR). Voor vragen op het gebied van begeleiden en behandelen van mensen met de diagnose LS ben ik te allen tijde bereikbaar via de email of via Siilo. [www.lsnederland.nl](http://www.lsnederland.nl). Alle onderdelen van de NVDV-Richtlijn Lichen Sclerosus 2021 zijn beschikbaar via <https://nvdv.nl> > richtlijnen > richtlijn-lichen-sclerosus, [www.lsnederland.nl](http://www.lsnederland.nl).*

*C.W.L. (Tine) van den Bos*

Het bestuur is op de hoogte van de ernstige situatie die in deze ingezonden brief wordt geschetst, en betreurt ten zeerste de gang van zaken die deze patiënte beschrijft. De NVFB zet zich in voor de hoogste kwaliteit van bekkenfysiotherapeutische zorg. Moge dit een aansporing zijn voor ons allen tot blijvende kritische reflectie op ons handelen.



## Slimme continentiezorg

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

- TENA draagt comfortabel & discreet en beschermt optimaal, voor elke individuele behoefte is er een passend product.
- TENA is innovatief door te zorgen voor digitale hulpmiddelen die de kwaliteit van leven verbeteren en het werk van verzorgenden verlichten.

- Het gebruik van de juiste TENA-producten en zorgroutines stimuleert continëntie en goede gezondheid van de huid.
- TENA ondersteunt graag zorgprofessionals, dat werkt wel zo prettig en efficiënt.

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



# Colofon

Juni 2021, nummer 45, 25e jaargang  
*NVFB Bulletin* verschijnt 2 keer per jaar en is het officiële orgaan van de Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie

## Redactieraad

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

## Redactie

### Jeannette Kunnen

*geregistreerd bekkenfysiotherapeut, met aantekening seksuologie, FTAO Amsterdam/ Medimere, Almere*

### Elma Heikamp-Roeland

*geregistreerd bekkenfysiotherapeut, eerstelijns centrum Beatrixpark, Ede*

### Marit Verschoor, MSc

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

### Anouk Tigchelaar, MSc

*geregistreerd bekkenfysiotherapeut, FysioDynamiek, Arnhem*

### Esther Reijers, MSc

*geregistreerd bekkenfysiotherapeut, Fysiotherapiepraktijk van den Berg, Dirksland*

## Eindredactie

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

## Rubrieken

mw. P. Zephat MSc, Met medewerking van  
mw. E. Reijers MSc, Wetenswaardigheden

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

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

## Lay-out en druk

MediaCenter Rotterdam

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

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

## Aanleveren van kopij

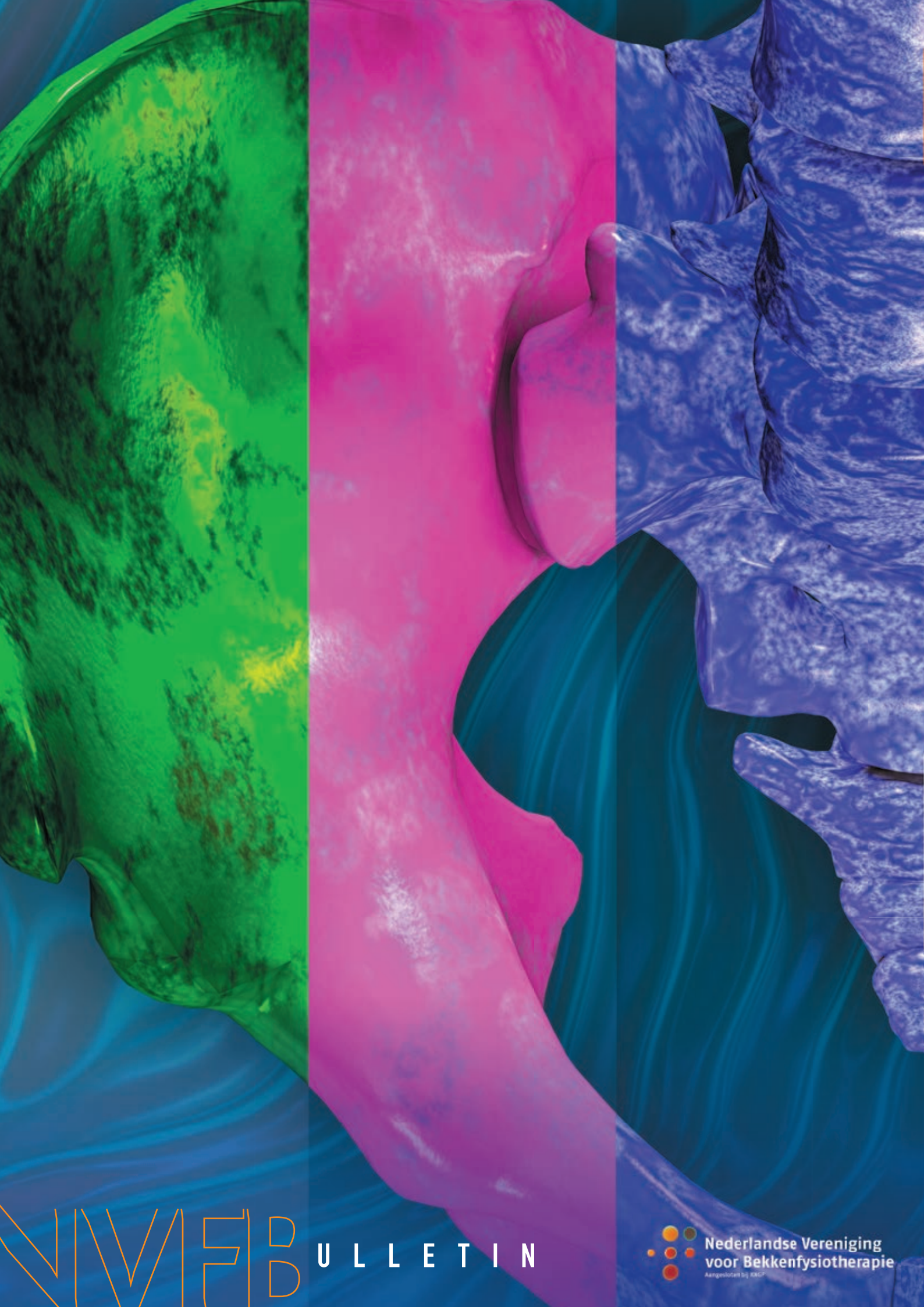


- Iets leuks meegemaakt waarvan je beslist wilt dat anderen het horen? Klim in de pen!
- Een boek in handen dat een must-read is? Schrijf een verslagje!
- Iets opvallends voor je camera gehad? Stuur in die foto!
- Iemand ontmoet die een interview waard is? Doe een voorstel!

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

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

**Stuur kopij in vóór vrijdag 1 oktober 2021 ([bulletin@nvfb.nl](mailto:bulletin@nvfb.nl))**



# NMFB BULLETIN



Nederlandse Vereniging  
voor Bekkenfysiotherapie

Aangesloten bij IKCF