

NVFB BULLETTIN

50

Evidence

Perinatale
leefstijlinterventies

IUGA

Verslag vanaf de
congresvloer

Interview

Editie 50, maar zij
maakte de eerste!



Nederlandse Vereniging
voor Bekkenfysiotherapie
Aangesloten bij KNGF

DECEMBER 2023

Jaargang 27 | Editie 2

VAKBLAD VOOR DE BEKKENFYSIOTHERAPEUT

INHOUDSOPGAVE

Bulletin & NVFB

- 03 Van de redactie: de vijftigste editie!
- 05 Van het bestuur
- 10 ICS-terminologie in het Nederlands
- 22 Jaarplan 2024
- 38 Beroepsprofiel bekkenfysiotherapie
- 45 Erepennen voor Jolanda Sap
- 46 Vacature: bestuurslid Ledenbinding- en werving

Congresnieuws & Wetenschap

- 08 Evidence: Perinatale leefstijlinterventies
- 12 Congresverslag IUGA
- 31 Thesis: Hulpzoekgedrag bij bekkenbodemplakten
- 36 Het bekken in de osteoarcheologie
- 43 Factsheets Pijn vertaald

Interviews

- 19 Pytha Albers-Heitner, redactielid van het eerste uur
- 28 Colette van Hees, medeoprichter van het Vulva Zorgnetwerk
- 34 Maarten van Heinsbergen, pionier in LARS-problematiek

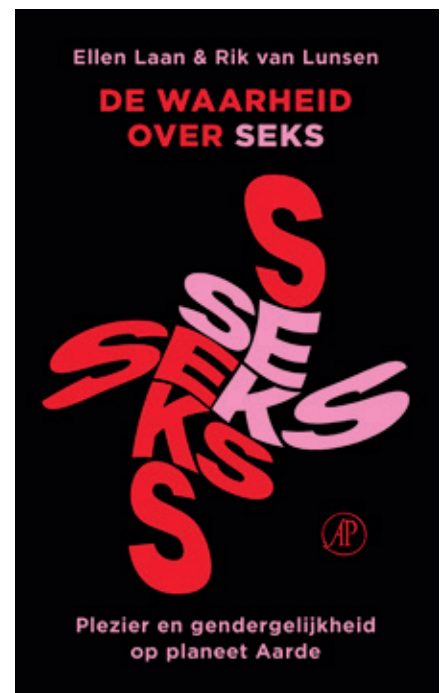


34



31

12



40

Rubrieken

- 06 Wetenswaardigheden
- 25 Podcastbespreking
- 26 Onder de leden: Titia Bal-van der Splinter en Goeban Jelani
- 30 Boekbespreking: Midwifery and Sexuality
- 40 Boekbespreking: De waarheid over seks
- 47 Congresagenda 2024

Rectificatie

In het artikel over *iPelvis* (Apps in de bekkenfysiotherapie, Bulletin nummer 49) staat vermeld dat de app € 1,19 kost. Dit zou een maandelijkse betaling zijn. Maandelijkse betaling is echter niet mogelijk. De prijs is eenmalig € 14,99.



19

DE VIJFTIGSTE EDITIE!

Voor je ligt nummer 50 van het NVFB Bulletin. Wát heeft ons vak een vruchtbare en veelbewogen ontwikkeling doorgemaakt en wat is hier in de afgelopen decennia mooi verslag van gedaan in ons vaktijdschrift.

Maar voor ik het nummer inleid, maak ik eerst graag ruimte voor het afscheid van Roos Kruyswijk, die elf jaar lang een constante factor was en met grote toewijding de eindredactie van het Bulletin heeft verzorgd. In 'haar' laatste editie werkte zij zelfs nog mee aan het ontwerpen van een sprankelende nieuwe lay-out. Dank je wel Roos, voor je nauwe betrokkenheid en goede zorgen al die jaren!

Naomi van Esschoten, die haar sporen in de wereld van medische vakbladen ruim heeft verdiend, verwelkomen we als onze nieuwe eindredacteur.

In dit nummer vind je een terugblik op meer dan een kwart eeuw bekkenfysiotherapie aan de hand van een interview met Pytha Albers-Heitner, die deel uitmaakte van de redactie van nummer 1. Bijzonder en spannend vond ik het om te horen hoe ons vak zich heeft ontwikkeld, en inspirerend om te beseffen dat nieuwe generaties bekkenfysiotherapeuten op de schouders van pioniers als Pytha kunnen staan. Dankzij de verschillende oude covers via Liesbeth de Nekker, ook een van de redactieleden van het eerste uur, ziet u de bijzondere '50' als illustratie bij dit interview. Leuk om te zien hoe deze covers zijn veranderd door de jaren heen.

Ontwikkelingen zijn er nog steeds, onder meer op het gebied van samenwerking met medisch specialisten – iets wat in al die jaren altijd een rode draad is geweest. Dermatoloog Colette van Hees, medeoprichter van het Vulva Zorgnetwerk, en chirurg Maarten van Heinsbergen, betrokken bij de totstandkoming van de LARS-poli, dragen die samen-

werking een warm hart toe. In de interviews met hen lees je wat hen drijft en hoe zij samen met bekkenfysiotherapeuten en andere specialisten optimale zorg voor patiënten nastreven. Neem eens een kijkje op de websites van het netwerk en de poli, waar je patiënten voor informatie naar kunt verwijzen.

'Wát heeft ons vak een vruchtbare en veelbewogen ontwikkeling doorgemaakt'

Ook op het vlak van de seksuologie zijn er ontwikkelingen, en ook hier speelt het informeren van patiënten een belangrijke rol. In de boekbespreking van *De waarheid over seks* van wijlen Ellen Laan en medeauteur Rik van Lunsen lees je hoe zij samen hun kijk op seksualiteit verder brachten, na het uitkomen van *Seks* vijf jaar geleden.

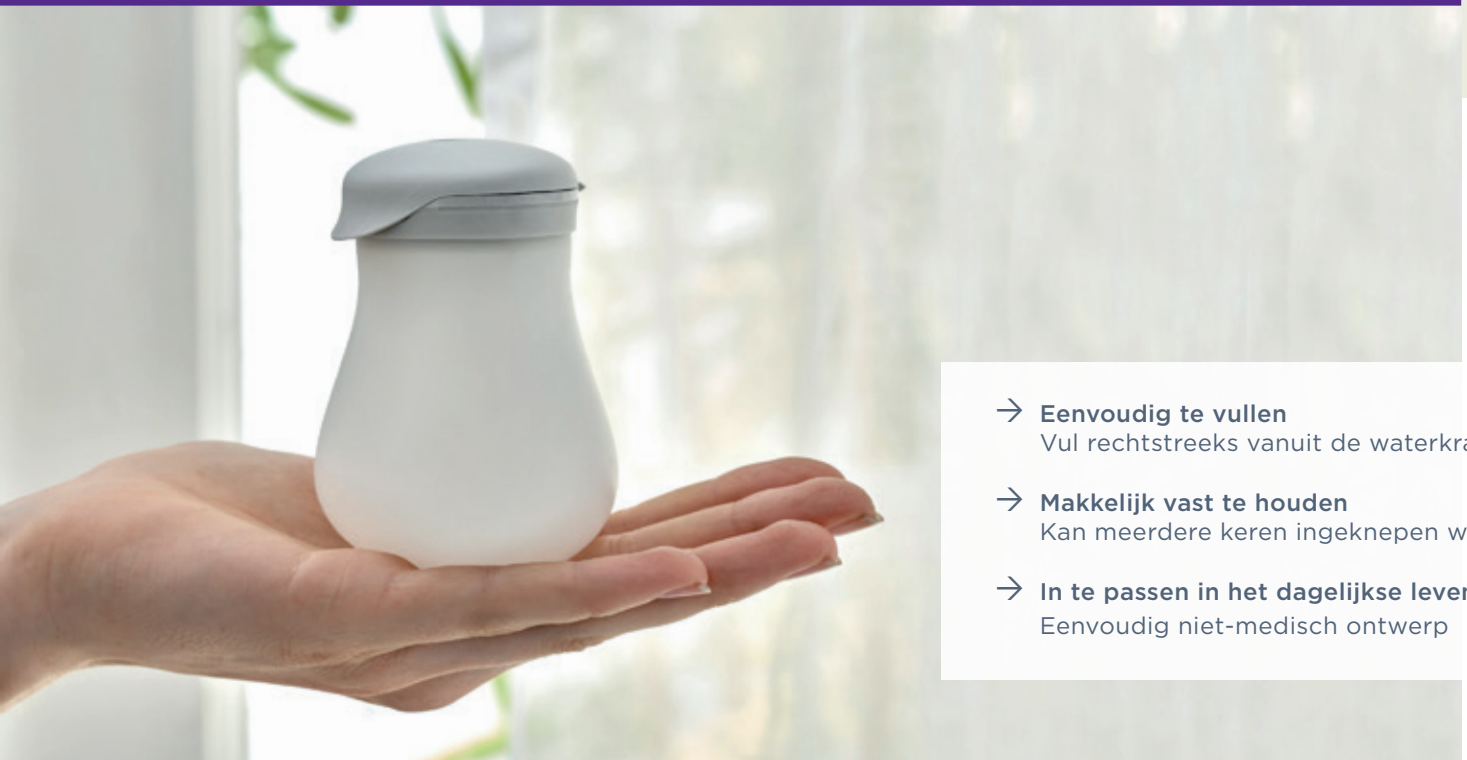
Verder in dit nummer onder meer een verslag van de IUGA-conferentie in Den Haag in juni van dit jaar, een intrigerend artikel over het bekken in de osteoarcheologie en evidentie rond perinatale leefstijlinterventies.

Mocht je zelf graag een boek willen aanraden of bijvoorbeeld een artikel of congresverslag willen schrijven voor het Bulletin, klim in de pen! Ben je niet zo'n schrijver – schroom niet: de redactie ondersteunt je daar graag bij. Maar voor nu eerst veel leesplezier, en alvast een goede *rutsch* in het nieuwe jaar!

Petra Tuunter, namens de redactie
Hoofdredacteur NVFB Bulletin

Qufora[®] IrriSedo MiniGo

Het verschil is eenvoudig



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

Darmirrigatie met laag volume opnieuw ontworpen

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

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

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

Laat uw patiënten het MiniGo verschil ervaren



reddot winner 2021

Ontworpen voor U

VAN HET BESTUUR



Nicole
van Bergen MSPT
voorzitter

Beste collega,

Vijftig! Een gouden jubileum voor ons mooie bulletin. En wat een ontwikkeling heeft het doorgemaakt. Het Bulletin startte in mei 1996 met een simpele matgroene cover en zwart-witte binnenkant. In mei 1998 kreeg deze zelfde cover een glans. Het bestuur besloot in september 2005 dat de cover toe was aan een update. De lay-out veranderde compleet. De binnenkant bleef echter zwart-wit. In 2009 kregen de inhoudsopgave en de titels van de artikelen een rode kleur. Ook de lay-out van de voorkant werd opnieuw aangepast.

Een nieuwe redactie bracht nieuw elan. In 2015 veranderde de cover opnieuw: een mens met een uitgelicht bekken op een gele achtergrond en blauwe randen. De inhoudsopgave en de titels werden oranje. In juli 2016 besloot het bestuur dat het Bulletin, een visitekaartje van onze vereniging, kleur verdiende. Sindsdien zijn alle foto's, afbeeldingen, figuren en tabellen in kleur.

Het bestuur was nog niet tevreden. Met de cover- en inhoudswijzigingen in 2017, 2018 en 2021 is met diverse mogelijkheden ervaring opgedaan. En in nummer 49 heb je de laatste aanpassingen kunnen zien naar een nieuwe lay-out. Wij zijn heel tevreden over het resultaat en ik hoop jij ook.

Bladerend door alle bulletins uit het verleden, ontikom ik niet aan het besef wat een enorme

ontwikkeling onze vereniging en ons vak heeft doorgemaakt. Van een klein meisje zijn we nu een volwassen vrouw geworden. Afgelopen jaren zijn er heldere beleidslijnen uitgezet en is er hard gewerkt om op het fundament dat er lag een mooi huis te bouwen. Deze ontwikkelingen zijn breed gedragen en tot stand gekomen met hulp van veel bevolgen leden. Ik voel een enorme trots dat ik deel uit mag maken van deze groep gepassioneerde collega's. Blijkbaar is het besmettelijk, want ook nu vinden we snel collega's of aankomende collega's die bereid zijn om zich in te zetten voor de vereniging en ons mooie vak. Dank daarvoor!

Onze zichtbaarheid bij andere disciplines is groot. Ook het Kennisinstituut weet ons goed te vinden. Hierdoor worden we overstelpt door aanvragen voor deelname aan werkgroepen van multidisciplinaire richtlijnen en het becommentariëren hiervan. Consumenten weten ons eveneens steeds beter te vinden. Via onze eigen consumentensite www.bekkenfysiotherapie.nl en dankzij artikelen in bladen als *Libelle* en *Elsevier*, nieuwssites als *Nu.nl* en niet te vergeten de *Gezondheidsbeurs*. Waar wij vroeger zelf de bladen moesten benaderen en moesten betalen, worden we nu door hen gevraagd en is het gratis. We hebben zelfs langs de A4 gratis reclame mogen maken voor de Bekkenbodemcheck!

Het is dan ook jammer dat het proces rondom de erkenning van de titel bekkenfysiotherapeut stilligt. Hiervoor zijn we afhankelijk van actie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Maar in onze eigen vereniging zijn we actief: zo hebben we voor (aankomende) leden aantrekkelijke producten ontwikkeld. Bijvoorbeeld het netwerk-event *Huisartsenvoorlichting en voorlichting zwangerschapsdocenten* en het *Overgangsconsult*, waar we volgend jaar mee starten. Met de NVFB Academy geven we leden en niet-leden een laagdrempelige mogelijkheid om zich bij te scholen. Gezien de opkomst van de afgelopen twee webinars voldoen we aan een behoefte.

Verder gaan we in 2024 on tour door het land. Meer hierover lees je in ons jaarplan, en straks in de nieuwsbrieven. Ook vind je in het jaarplan op pag. 22 meer over het stappenplan dat volgt om onze onderzoeksvisie en kennisagenda handen en voeten te geven. Het is natuurlijk fantastisch dat een aantal collega's bezig is met een promotietraject. Maar hoe bestendigen we deze weg? Hoe vind je masterstudenten die geïnteresseerd zijn in onderzoek? En hoe kunnen we promotieonderzoek faciliteren? Op deze vragen hopen we eind volgend jaar een antwoord te hebben.

Dit alles nog eens teruglezend, krijg ik een enorme glimlach op mijn gezicht. Wat een mooie vereniging!

Namens het bestuur wens ik jullie een mooie warme tijd met de feestdagen en veel gezondheid, inspiratie en passie voor 2024.

WETENSWAARDIGHEDEN

Petra Zephat verzamelt deze rubriek vol weetjes en voor deze editie onderzoekt Els Boersma het waarheidsgehalte van het bericht 'Een gezonde leefstijl in de peripartumperiode verdient meer aandacht'.

Gezonde leefstijl zwangere verdient meer aandacht

Te veel eten heeft gevolgen voor de uitkomst van de zwangerschap, aldus hoogleraar verloskunde Rebecca Painter in haar oratie. Hetzelfde geldt voor ondervoeding in deze periode. Bovendien werkt het eetpatroon tijdens de zwangerschap door in de gezondheid van moeder en kind op latere leeftijd. (Bron: Vakblad Vroeg, 23 januari 2023)

Lees meer op pagina 8

Prenatale leefstijlinterventies resulteren in dubbele winst

Toegang tot prenatale leefstijlinterventies helpt om overmatige gewichtstoename in de zwangerschap te beperken. Bovendien zal dit leiden tot verlaging van ziektekosten. Samen met de verwachte gezondheidsvoordelen vormt dit een sterk argument om deze leefstijlinterventies tijdens de zwangerschap aan alle vrouwen beschikbaar te stellen. (Bron: Vakblad Vroeg, 16 februari 2023)

CVS houdt verband met minder darmbacteriën

Mensen met het chronisch vermoeidheidsyndroom (CVS) hebben minder darmbacteriën die ontstekingsremmende stoffen aanmaken. Die vondst opent de deuren naar nieuwe behandelingen.

(Bron: NewScientist, 21 februari 2023)

Vrouwen met gecompliceerde zwangerschap thuis monitoren is veilig

Vrouwen met een gecompliceerde zwangerschap thuis monitoren is een veilig alternatief voor een ziekenhuisopname. Dat concluderen Nederlandse onderzoekers in *The Lancet Digital Health*.

(Bron: Medisch Contact, 23 februari 2023)

Erkenning voor vrouwen met klachten na keizersnee

Veel vrouwen die per keizersnede bevallen, houden hieraan klachten over zoals buikpijn, bloedverlies of vruchtbaarheidsproblemen. In een internationale studie hebben onderzoekers van Amsterdam UMC deze klachten een naam gegeven: *Cesarean Scar Disorder* (CSD). Vrouwen met deze klachten, die veroorzaakt worden door een afwijkend litteken in hun baarmoeder, krijgen hiermee erkenning.

(Bron: Medicalfacts, 29 maart 2023)

RS-virus vaccin en effectief voor zwangeren en ouderen

De positieve resultaten uit het onderzoek naar een vaccin tegen het RS-virus zijn definitief bevestigd. Het wordt mogelijk om baby's, zwangere vrouwen en ouderen te vaccineren, om een ernstige infectie met het RS-virus te voorkomen.

(Bron: Medicalfacts, 8 april 2023)

Meer risico op complicaties bij zwangerschap kort na stoppen met pil

Zwangerschapsvergiftiging en vroeggeboorte komt vaker voor bij vrouwen die binnen drie maanden na het stoppen met de anticonceptiepil zwanger worden. Dat blijkt uit onderzoek van Radboudumc naar ruim 7.000 zwangerschappen. (Bron: RTL Nieuws, 13 april 2023)

Rutgers: Seksualiteit onvoldoende besproken binnen de zorg

Seksualiteit wordt onvoldoende besproken binnen de huisartsenzorg, gehandicaptenzorg en jeugdhulp, concludeert expertisecentrum Rutgers in een onderzoek. Dit heeft mogelijk grote gevolgen. Zo wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag te vaak niet gesignaleerd en hangt seksualiteit ook samen met gezondheid. (Bron: Skipr, 24 april 2023)

Moeten vrouwen overwegen om hun eileiders te laten verwijderen?

Eierstokkanker is een van de meest dodelijke vormen van kanker bij vrouwen. Het is moeilijk te detecteren in een vroeg stadium en de behandeling is intensief. Daarom zoeken onderzoekers naar manieren om deze ziekte te voorkomen, bijvoorbeeld het preventief verwijderen ervan.

(Bron: Welingerichte Kringen, 24 april 2023)

Rutgers: Seksualiteit onvoldoende besproken binnen de zorg

Seksualiteit wordt onvoldoende besproken binnen de huisartsenzorg, gehandicaptenzorg en jeugdhulp, concludeert expertisecentrum Rutgers in een onderzoek. Dit heeft mogelijk grote gevolgen. Zo wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag te vaak niet gesignaleerd en hangt seksualiteit ook samen met gezondheid. (Bron: Skipr, 24 april 2023)

Steeds meer vrouwen krijgen zwangerschapsdiabetes

Het aantal vrouwen dat tijdens hun zwangerschap diabetes krijgt, is de voorbije jaren sterk gestegen. Jaarlijks wordt nu bij 4.000 vrouwen zwangerschapsdiabetes vastgesteld, blijkt uit een analyse van Diabetes Liga op basis van gegevens van het Vlaams Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie. Zij stappen ook vaker in het project Zoet Zwanger, dat die vrouwen verder opvolgt omdat het risico bestaat dat zij diabetes ontwikkelen. (Bron: HLN, 29 juni 2023)

Studie stelt dat dagelijks noten eten de kans op een depressie verlaagt

Noten zitten boordevol goede vetten, bevatten vezels, eiwitten en vitamines én ze zijn ook nog eens lekker. Een nieuwe studie suggereert nu dat dagelijks een handje noten eten ook helpt om depressies te voorkomen. Uit de analyse bleek dat zij die dagelijks 30 gram – dat is ongeveer een handvol – noten aten, 17 procent minder risico liepen op een depressie. Een precieze oorzaak voor het antidepressiva-effect vonden de wetenschappers voorlopig nog niet, al hebben ze een vermoeden dat de ontstekingsremmende eigenschappen van noten er voor iets tussen zitten. (Bron: Nieuwsblad, 9 augustus 2023)

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

Helpt deelnemers GLI stopt voortijdig

Het aantal deelnemers aan een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) is met maar liefst 51 procent gestegen sinds mei vorig jaar. De uitval is hoog en personen die de behandeling afmaken verliezen relatief maar weinig gewicht. (Bron: Fysionieuws, 9 juni 2023)

Mogelijk meer spoedbevallingen bij vrouwen met epidurale pijnstilling

Er zijn aanwijzingen dat epidurale pijnstilling (de 'ruggenprik') het risico op spoedbevallingen door foetale nood verhoogt. Dit schrijven Tabernee Heijtmeijer et al. in *Ultrasound in Obstetrics and Gynaecology*. (Bron: Medisch Contact, 21 juli 2023)

Anticonceptiepil beschermt niet tegen bot- en gewrichtsproblemen

Coaches, (sport)artsen en sporters moeten zo snel mogelijk af van het idee dat vrouwen door het slikken van de anticonceptiepil minder risico lopen op een gescheurde voorste kruisband of andere blessures aan het bewegingsapparaat. Dat concluderen Canadese onderzoekers in een review-artikel waarin ze gegevens van ruim 5,5 miljoen vrouwen hebben geanalyseerd. (Bron: Topsport Topics, 27 juli 2023)

Studie: bij 5.000 stappen lager risico op vroegtijdig overlijden

Mensen die 5.000 stappen per dag zetten, lopen minder risico om vroegtijdig te overlijden door hart- en vaatziekten, diabetes of obesitas. Dat concludeert een grote internationale studie onder bijna 227.000 mensen. (Bron: Gezondheidsnet, 10 augustus 2023)

Evidence

Perinatale leefstijlinterventies

Els Boersma MSc
Bekken- en kinderbekkenfysiotherapeut

Een gezonde leefstijl biedt vele voordelen ten aanzien van gezondheid en kwaliteit van leven. Dat geldt ook voor de leefstijl van vrouwen in de peripartumperiode. Bovendien is er toenemend bewijs dat een gezonde leefstijl van groot belang is voor de ontwikkeling van het (on)geboren kind. In deze evidence een verdieping van de risico's van een ongezonde leefstijl, de voordelen van een gezonde leefstijl en het effect van leefstijlinterventies op de moeder en het (on)geboren kind.

Zowel over- als ondergewicht perinataal brengt verhoogde risico's mee voor de moeder en het ongeboren kind. Zo vergroot ondergewicht preconceptie de kans op groeivertraging van de foetus en vroegtijdige geboorte (< 37 weken). Dit laatste komt waarschijnlijk door het minder goed functioneren van de placenta vanwege voedingsstekorten. Ook hebben vrouwen met ondergewicht een grotere kans op miskramen. Dit wordt veroorzaakt door een verminderde aanwezigheid van het hormoon leptine. Vetweefsel maakt leptine aan en dit heeft een gunstig effect op de groei van de baarmoeder en het innestelen van het embryo. Vrouwen met ondergewicht hebben minder vetweefsel en dus minder leptine. Tevens komt een laag geboortegewicht van de baby twee keer vaker voor bij vrouwen met prepartum ondergewicht dan bij vrouwen met een gezond BMI.

'Met onze adviserende en signalerende rol kunnen we van grote toegevoegde waarde zijn voor zwangere en (on)geboren kind'

Anorexia nervosa

Wanneer sprake is van anorexia nervosa is de kans op complicaties groter. Er zijn dan vaak meer voedingsstekorten, er is vaker sprake van anemie en ook een sectio komt vaker voor. Het is een misvatting dat vrouwen met anorexia nervosa onvruchtbaar zijn, ondanks dat amenorroe vaak voorkomt binnen deze doelgroep. Het aankomen in gewicht kan bij deze vrouwen gevoelens van intense angst en walging meebrengen. Zorgvuldige professionele begeleiding wordt sterk aanbevolen. Voor ons als bekkenfysiotherapeuten is het van extra belang om naast het geven van de juiste educatie een veilig, vertrouwd en oordeelloos baken te zijn (Pan J.R., 2022).

Impact van overgewicht

Ook de impact van overgewicht prepartum is groot. Zo is een BMI > 25 een significante risicofactor voor langdurige zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn (ZGBP) (Wiezer M. et al. 2020) en neemt het risico op complicaties gedurende de zwangerschap toe. Pre-eclampsie, zwangerschapsdiabetes, macrosomie en premature geboorte komen aantoonbaar vaker voor en de kans hierop stijgt wanneer vrouwen met overgewicht tijdens de zwangerschap veel aankomen (Santos S. et al., 2019 & Nagel M. et al., 2015).

Als gevolg van het vaker voorkomen van macrosomie en andere zwangerschapscomplicaties wordt de bevalling ongeveer tweemaal zo vaak ingeleid. Verschillende studies beschrijven een verdubbeld sectiopercentage bij vrouwen met klasse III-obesitas in vergelijking met vrouwen met een gezond BMI. Het toegenomen aantal kinderen met macrosomie, een trager baringsproces, suboptimale weeënactiviteit en de toegenomen vetdispositie in het kleine bekken bij obese vrouwen spelen mogelijk alle een rol hierbij (richtlijn NVOG, 2009). Er zijn aanwijzingen dat begeleide leefstijlinterventies, zoals voeding en bewegingsadviezen, gewichtstoename kunnen reduceren (Nagel M. et al., 2015).

Stress en angst

Het tweede leefstijlaspect is mentale gezondheid. In onze vaak drukke samenleving met veel verantwoordelijkheden en verwachtingen zijn stress en angst in welke vorm of mate dan ook vaak dagelijks aan de orde. Angst tijdens de zwangerschap wordt geassocieerd met nadelige effecten op de gezondheid van moeder en kind. Het gaat gepaard met een verhoogd risico op vroeggeboorte en een laag

geboortegewicht van het kind (Ding et al., 2014; Martini et al., 2010). Bovendien is aangetoond dat prenatale angststoornissen het risico op postnatale depressies vergroten (Goodman et al., 2014a; Milgrom et al., 2008; Skouteris et al., 2009) en zijn er aanwijzingen voor een relatie tussen obesitas en angstgerelateerde klachten. Wiezer M. et al., 2020 beschrijven dat de aanwezigheid van depressie in de peripartumperiode ook een significante risicofactor is voor langdurige ZGBP.

De prevalentieschatting voor perinatale depressie is 19% (Howard et al., 2014), voor perinatale angst 13% (Howard et al., 2014). De cijfers van stress variëren van 12% tijdens de zwangerschap (Kingston et al., 2012) tot 8% postpartum (Bener et al., 2012). Hoewel onze rol binnen dit domein vooral signalerend zal zijn, kunnen we met de juiste adviezen wel het (zelf)vertrouwen van de zwangere vergroten en waar nodig een opening geven tot het zoeken van professionele hulp.

Bewegen is gezond

Het derde en laatste leefstijlaspect is sport en bewegen. Bewegen is gezond. Dat geldt ook voor zwangere vrouwen. Algemene richtlijnen geven aan dat 150 minuten inspanning per week met een gemiddelde intensiteit vele gezondheidsvoordelen biedt voor zwangeren (Wowdzia J.B. et al., 2020). Fysieke inspanning en oefentherapie in verschillende vormen verminderen de ernst van lage rugpijn en ZGBP. Ze verkleinen echter niet de kans op het ontwikkelen hiervan. Een uitzondering op 'gezond' bewegen is zwaar lichamelijk werk; hierbij is een aantoonbaar groter risico op ZGBP (Davenport et al., 2019).

'Fysieke inspanning en oefentherapie verminderen de ernst van lage rugpijn'

Sporten tijdens zwangerschap

Het effect van sporten tijdens de zwangerschap is lange tijd een discussiepunt geweest. De hypothese zou zijn dat vrouwelijke atleten vaker een goed ontwikkelde bekkenbodemu-sculatuur zouden hebben. Relaxatie zou deze doelgroep meer moeite kosten, waardoor het risico op een instrumentale bevalling, langdurige bevalling of een periaanaal ruptuur groter zou zijn. Een systematische review waarin is gekeken naar uitkomsten van de zwangerschap, partus en ontwikkeling van het (on)geboren kind, suggereert dat deelname aan training en competitie op elite-



niveau voor en tijdens de zwangerschap de kans op ZGBP met 62% vermindert en de kans op aankomen in gewicht tijdens de zwangerschap verkleint.

Ongunstige zwangerschapsuitkomsten zoals laag geboortegewicht, macrosomie, vroeggeboorte, sectio, instrumentele bevallingen, episiotomieën, lange duur van de bevalling, perianale rupturen, ZGBP, urine-incontinentie, miskramen, ontoereikende/overmatige prenatale gewichtstoename en depressies, zijn hierbij niet aangetoond. De hypothese lijkt dus ongegrond. Een aantekening daarbij is dat er weinig studies met sterke evidentie zijn en verder onderzoek van goede kwaliteit noodzakelijk is voor deze doelgroep (Wowdzia J.B. et al., 2020).

Invloed op het kind

Welke impact hebben deze leefstijlfactoren op het (on)geboren kind? De neurologische ontwikkeling van kinderen wordt bepaald door genetische, omgevings- en sociale factoren, die op complexe manieren op elkaar inwerken. Over het algemeen is erfelijkheid verantwoordelijk voor ongeveer 50% van de cognitieve, gedrags- en persoonlijkheidskenmerken. Dit impliceert dat de overige 50% toe te schrijven is aan omgevings- en/of levensstijlinvloeden. Over het algemeen wordt de foetale ontwikkeling beschouwd als de meest kwetsbare periode waarin belangrijke neurologische gebeurtenissen plaatsvinden.

Ongunstige invloeden

Er zijn verschillende onderzoeken die het verband hebben onderzocht tussen de BMI vóór de zwangerschap en de neurologische ontwikkeling van het kind. Zowel over- als ondergewicht kan ongunstig zijn voor de intra-uteriene omgeving en de ontwikkeling van de foetale hersenen. Dit kan leiden tot vertragingen in de cognitieve, gedrags- en motorische ontwikkeling (Polanska K., et al., 2015). Van depressie, angst en stress rondom de zwangerschap weten we dat deze een verband hebben met een suboptimale hechting tussen moeder en kind. Van de vrouwen met stressgerelateerde klachten wordt ongeveer 10-25% verwezen voor professionele hulp in verband met hechtingsproblemen (Odea G.A. et al., 2022). Verder is er een aantoonbaar verband tussen depressie en angst tijdens de zwangerschap en een verstoorde cognitieve ontwikkeling, taalontwikkeling, motorische ontwikkeling en gedragsproblemen van het kind, die kunnen voortduren tot in de adolescentie.

Signaleren en adviseren

Een proefschrift van dr. Slagt-Tichelman laat zien dat er vaak weinig aandacht is voor de overgang naar het moederschap en moeder-kindbinding. Zij benadrukt het belang van het stellen van meer open vragen over dit onderwerp vroeg in de zwangerschap, ook bij vrouwen die zwanger zijn van het tweede, derde of opeenvolgend kind. Kort samengevat heeft onze vakgroep op het domein van leefstijl-interventies veelal een adviserende en signalerende rol. Daarmee kunnen we van grote toegevoegde waarde zijn. Oprechte aandacht, durven doorvragen en adviseren met een positieve insteek kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de gezondheid en kwaliteit van leven van zowel de zwangere vrouw als het ongeboren kind.

Eenheid in taal en termen

ICS-terminologie

De werkgroep Terminologie: Nicole van Bergen, Petra van Nierop, Liesbeth Westerik-Verschuuren, Corine Adamse, Heidi Moosdorff-Steinhauser, Dorien Bennink, Daniëlle van Reijn en Kristel Bonten

De International Continence Society (ICS) heeft in 2021 een update gepubliceerd¹ betreffende de terminologie voor de beoordeling van de bekkenbodemspieren. Het afgelopen jaar heeft de werkgroep Terminologie de ICS-terminologie vertaald van het Engels naar goed Nederlands. Inmiddels is de terminologie ingevoerd in het bekkenfysiotherapeutisch bekkenbodemp-functieonderzoek (BFO).

Door de nieuwe terminologie te implementeren in heel bekkenfysiotherapeutisch Nederland, hanteert iedereen dezelfde termen en taal binnen de beroepsgroep en in multidisciplinaire communicatie. Dit draagt ook bij aan uniformiteit in het BFO. Het BFO wordt op de master-opleidingen SOMT en Avans+ gedoceerd. Dit is belangrijk voor de overdraagbaarheid binnen (internationaal) wetenschappelijk onderzoek: het maakt communicatie multidisciplinair uniform én transparant.

Voeten in de aarde

Tijdens het NVFB-congres van 2022 presenteerde dr. Marijke Slieker-ten Hove de nieuwe terminologie, waarna duidelijk werd 'dat we hier iets mee moeten' voor de Nederlandse bekkenfysiotherapie. Op uitnodiging van het NVFB-bestuur is de werkgroep gestart met een eerste fysieke bijeenkomst in november 2022. Het oorspronkelijke plan was om binnen één fysieke en twee online bijeenkomsten de vertaling af te ronden. Het vinden van een juiste vertaling waar alle werkgroepleden zich in konden vinden, had echter veel meer voeten in aarde. Een goede, liefst eenduidige, beschrijving kost veel tijd. Bij de ICS is een zorgvuldig proces van vele rondes doorlopen om tot de huidige terminologie te komen. De Engelse termen zijn niet een-op-een over te nemen in het Nederlands (*translation-cultural-adaptation*).

Over flink wat begrippen bleek discussie noodzakelijk. Dat gebeurde tijdens veelvoudige fysieke- en online overleggen. Dankzij intensieve inspanning van de werkgroep is de vertaling van de terminologie en het vaginaal en anorectaal BFO precies op tijd afgerond voor de start van het nieuwe studiejaar 2023. Hierdoor konden de nieuwe terminologie

en de aangepaste onderzoeksformulieren (vaginaal en anorectaal BFO) meteen worden geïmplementeerd bij aanvang van het nieuwe academische jaar.

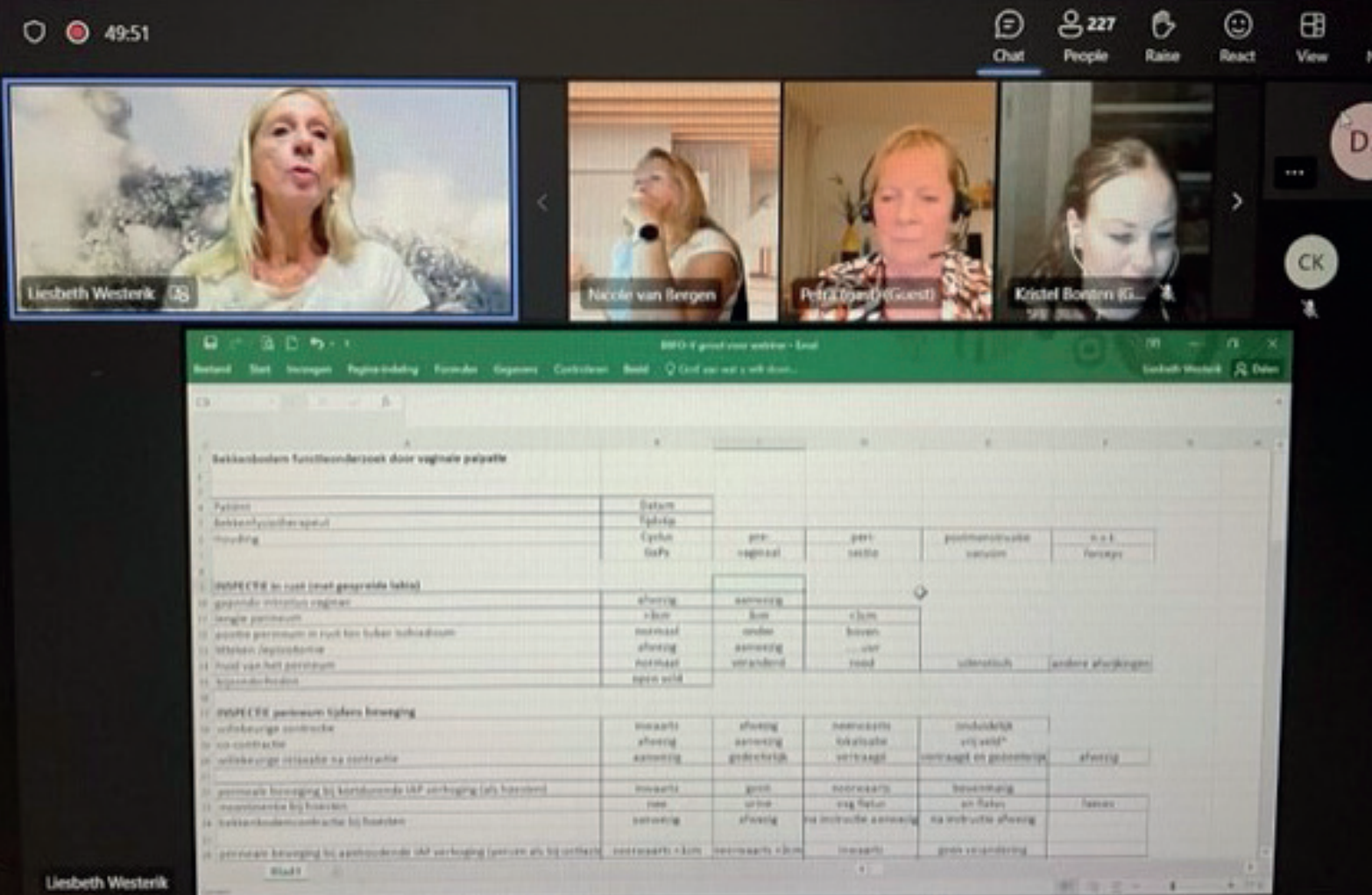
Voorbeelden van discussiepunten

Een grote verandering in de ICS-terminologie betreft *hypertonie van de bekkenbodem*. Deze term is volgens de huidige terminologie voorbehouden aan neurologische aandoeningen. De termen *overactiviteit* en *hypertonie* zijn vervangen door 'verhoogde tonus'. We hanteren de termen *verhoogde en verlaagde tonus* in plaats van *toegenomen en afgenomen tonus*.

Een ander voorbeeld is het Engelse woord *altered*. Dit is vertaald naar *veranderd*. Altered betekent zowel 'veranderd' als 'anders'. Er is gekozen voor 'veranderd', aangezien dit meer het proces beschrijft (veranderingen ten opzichte van een eerder onderzoeksmoment). Het woord 'anders' geeft meer de huidige situatie aan (dus anders dan 'normaal'). Onze vragen en knelpunten zijn voorgelegd aan de (co)auteurs van het oorspronkelijke artikel.

'Het advies vanuit de NVFB is dat alle bekkenfysiotherapeuten in Nederland dezelfde terminologie en hetzelfde bekkenfysiotherapeutisch onderzoek hanteren'





Dit najaar vonden twee speciale webinars plaats over de ICS-terminologie.

Een voorbeeld van de Nederlandse vertalingen van de ICS-terminologie:

hoesten				
reflexcontractie voelbaar	aanwezig	afwezig		
perineale beweging	inwaarts	afwezig	neerwaarts	
timing van de contractie	voor	tijdens	na	afwezig

INSPECTIE in rust			
huid van het perineum	normaal	veranderd	
peri-anale huid	normaal	veranderd	open veld
gapende anus	afwezig	aanwezig	
keyhole / sleutelgat deformiteit	afwezig	aanweziguur
lengte perineum	<3cm	3cm	>3cm
prolabering mucosa	afwezig	aanwezig	
hemorhoïden	afwezig	aanweziguur
skintags	afwezig	aanweziguur
anale fissuren	afwezig	aanweziguur

Net even anders

Er zijn ook een paar afwijkingen ten opzichte van het oorspronkelijke artikel. Er is bijvoorbeeld bij de perineale lengte 3 cm toegevoegd om ook de ‘gemiddelde’ waarde te kunnen scoren, waarbij het originele artikel alleen de opties < 3 cm en > 3 cm heeft (zie afbeelding). Een ander voorbeeld is dat er door de werkgroep gekozen is voor *anorectaal BFO* in plaats van *anaal BFO*. We onderzoeken het anorectale gebied. Een voorbeeld is dat de inspectie van de anus een onderdeel is van het BFO. In de Nederlandse vertaling is in de voetnoten terug te vinden wat niet precies overgenomen is.

Hoe wordt de nieuwe terminologie geïmplementeerd in de Nederlandse beroeps-groep bekkenfysiotherapie?

Er hebben dit najaar 2023 twee webinars plaatsgevonden met sprekers Petra van Nierop en Liesbeth Westerik-Verschuuren (zie afbeelding). Hierin zijn terminologie, stoornissen en BFO-formulieren besproken. Na het afronden van de webinars is het document ‘Terminologie en bijbehorende vaginale en anorectale BFO’ (voor NVFB-leden gratis) te verkrijgen op onze NVFB-website. Wie nog meer wil weten, kan ook een podcast luisteren met de auteurs van het oorspronkelijke artikel via: www.ics.org/podcast/14.

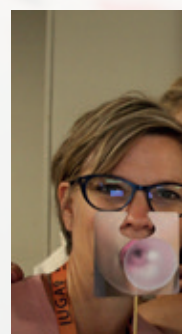
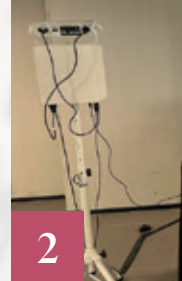
Referentie

¹ Frawley H, Shelly B, Morin M, et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. J. NeuroUrol Urodyn. 2021 Jun;40(5): 1217-1260.



Pessary	Image	Indication	Recommendations
Recessed*		Prevention: Supporting connective tissue integrity, SU treatment	Recommended for all women post-partum after end of vaginal discharge, sizes M and S, daily change
Cube, foam, e.g. Contain [®]		Treatment of anterior and posterior vaginal wall prolapse, uterine prolapse	after end of vaginal discharge, easy to use, daily change
Cube, silicone		Treatment of anterior and posterior vaginal wall prolapse, uterine prolapse	More difficult to use as foam cubes, stays in place better, daily change
Ring with support		Treatment of uterine prolapse	Daily change possible, can stay for several weeks
		Sil treatment	Including blocking in advanced stool incontinence

1 Een overzicht van de pessaria die worden aangeraden. Een aantal hiervan is (nog) niet op de Nederlandse markt verkrijgbaar.



IUGA: verslag van een

NVFB-bestuur

Den Haag was van 21 tot en met 24 juni jongstleden het toneel van het 48^e jaarcongres van de International Urogynecological Association (IUGA). Als NVFB-bestuur volgden we verschillende workshops en deden we (inter)nationale contacten op. Leuk om ook een redelijk aantal collega's uit het hele land te ontmoeten! Een verslag.

‘Zet een pessarium in’

De workshop *Pessary and medical devices* ging over de diagnose, preventieve behandeling en preventie van prolaps, stressincontinentie (SUI) en anale incontinentie (AI). Aan het woord kwamen vijf Duitse artsen: Kathrin Beilecke, Miriam Deniz, Markus Hübner, Juliane Marschke en Ralf Tunn.

De visie van deze urogynaecologen is: gebruik, net zoals bij een enkelband na inversietrauma, voor beter herstel na partus een pessarium (zie afbeelding 1). Het is tevens een preventieve interventie voor latere leeftijd. De vijf Duitse medisch specialisten zien deze interventie als meerwaarde bij de volgende indicaties: prolaps, incontinentie, als voorbereiding op prolapschirurgie, bij descensus in gravida, bij menstruatie en bij een verlaagde tonus na partus.

Er zijn tevens contra-indicaties aangegeven: acute vaginale infecties, vaginale bloedingen, erosie en lichen sclerosus. Vaginale atrofie in combinatie met antistollingsmedicatie is een relatieve contra-indicatie. De urogynaecologen gaven verder aan dat uit onderzoek naar voren komt dat actieve

bekkenbodentraining bij vrouwen met een descensus en/of prolaps significant effectiever is bij het gebruik van een pessarium.

‘Bekkenfysiotherapie van meerwaarde’

In de workshop *Assessment and management of vulvar disorders for the urogynaecologist* kwamen verschillende vulvaire aandoeningen langs. Sprekers Helen Bolton (Engeland), Felicity Gould (Australië), Ivilina Pandeva (Engeland) en Alice Rudd (Australië) bespraken hoe deze aandoeningen te herkennen zijn en welke behandelmogelijkheden er zijn. De behandelmethoden zijn voornamelijk gericht op interventies die artsen kunnen doen. Maar bekkenfysiotherapie kwam regelmatig voorbij en werd bij alle aandoeningen genoemd als meerwaarde. Goed voor ons als bekkenfysiotherapeuten om ons te verdiepen in de verschillende aandoeningen en deze te herkennen.

Genieten van Hollandse lekkernijen

Tijdens IUGA was de NVFB zichtbaar aanwezig met een stand. Nationale en internationale congresbezoekers konden hier terecht voor informatie over bekkenfysiotherapie in Nederland en de NVFB. Zo konden zij een aandenken maken in onze *photobooth* en genieten van Hollandse lekkernijen.

De stand is goed bezocht. Vooral de internationale bezoekers waren positief verrast over hoe omvangrijk bekkenfysiotherapie in Nederland is. Er zijn mooie verhalen uitgewisseld over hoe zorg rondom het urogenitale gebied in de verschillende landen geregeld is. Iets wat toch vaak terugkwam, is dat internationale gasten het bijzonder vonden dat wij als bekkenfysiotherapeuten zowel vrouwen, als mannen als kinderen behandelen. En hoe toegankelijk onze zorg is. Tevens werd het postpartumconsult erg geprezen.



De NVFB-stand waar bezoekers op de foto konden in de photobooth.



Djoeke, Mariska en Lauri namen op donderdagochtend deel aan de 5km-fun run (FIUGA) voor KiKa.



Bary Berghmans, algemeen fysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, klinisch epidemioloog en gezondheidswetenschapper, heeft een FIUGA award ontvangen voor zijn steun, begeleiding en invloed.

levendig congres

Andere stands

Er waren naast de NVFB-stand natuurlijk nog veel meer stands. Een greep uit de aanwezigen: *Bekkenbodem4All*, *VagiVital*, *Retifem*, *Contrelle*, *Maple*, *Echo* fabrikanten en *POP-Q*. Bij deze stands kon je informatie krijgen over de producten. Maar ook kon je ervaring opdoen met het plaatsen van een TVT-band op een model of via *virtual reality* (VR) een operatie oefenen.

Hollandse avond

Woensdagavond was een Hollandse avond op het strand in Scheveningen. Hier hebben we genoten van een barbecue en een drankje samen met veel Nederlandse collega's: urologen, urogynaecologen, gynaecologen en bekkenfysiotherapeuten. Een mooie manier van netwerken.

Nederlandse sprekers

Tijdens dit internationale IUGA-congres waren ook veel Nederlandse sprekers op het podium te bewonderen, waaronder: Heidi Moosdorff-Steinhaus, Bary Berghmans, Hedwig Neels, Jenneke Kalkdijk, Annemarie van der Steen en Bert Messelink. Ook Esther Vergeer was een keynote speaker, met een verhaal over onder andere omgaan met tegenslag en doorzettingsvermogen, met de belangrijke boodschap: *Words Matter*.

(Poster)presentaties

Op vrijdag hebben we veel abstracts gezien via posterpresentaties over wisselende onderwerpen. Deze waren gericht op de bekkenbodembodem, maar ook op (nieuwe) chirurgische interventies en de aanpak over de gehele wereld. Zo zijn er bijvoorbeeld veel verschillende manieren en onderzoeken om een TVT-bandje te plaatsen.

Ook zijn er volledige presentaties gevolgd, zoals van Matthew Barber. Deze Amerikaanse urogynaecoloog gaf een presentatie over de prevalentie, de vaginale anatomische functie, het meten en onderzoeken van een prolaps (via POP-Q) en de mate van ervaren hinder van de prolaps zoals onder andere de kwaliteit van leven. Zijn tip: gebruik vragenlijsten om je patiënt centraal te stellen bij hoe je iemand behandelt en wat je gaat behandelen.

Feest en bal

Op vrijdagavond heeft IUGA een groot internationaal feest georganiseerd in een strandtent in Scheveningen met onder andere de liveband *Crazy Piano's*. (Internationale) connecties zijn versterkt onder het genot van een hapje en een drankje. En op zaterdag sloten we het congres af in stijl met het Bekkenbodembodem4All-bal.

'Tijdens dit internationale congres waren er ook veel Nederlandse sprekers op het podium te bewonderen'

Systematische review

Effectiviteit van fysiotherapie bij kinderen met mictie- en/of defecatieklachten

dr. Marieke L. van Engelenburg-van Lonkhuyzen, en prof. dr. Rob A. de Bie, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Maastricht Universitair Medisch Centrum, Epidemiologie, Universiteit Maastricht

dr. Esther M.J. Bols, lectoraat Autonomie en Participatie van Chronisch Zieken, Academie voor Fysiotherapie, Zuyd Hogeschool, Heerlen

Mictie- en/of defecatieklachten (MDK) bij gezonde kinderen komen wereldwijd en op alle leeftijden veel voor.¹⁻⁷ Uit een Engelstalig systematisch literatuuronderzoek⁸ blijkt dat fysiotherapie bij kinderen van 4 tot 18 jaar met MDK effectiever is op zowel korte als lange termijn in vergelijking met standaard medische zorg of urotherapie.

Dit artikel vat het systematische literatuuronderzoek samen naar de behandeling van gezonde kinderen in de leeftijd van 4 tot 18 jaar met mictieklachten. Hierin is onderzocht of fysiotherapie na 6 en 12 maanden effectiever is in vergelijking met de standaard medische zorg gegeven door (kinder)arts of urotherapeut. Onder mictieklachten vallen urine-incontinentie overdag en 's nachts (enuresis), *frequency*, onder- of overactieve blaas, *disfunctional voiding* (DV) en urineweginfecties, defecatieklachten (obstipatie en fecesincontinentie) en disfunctioneel eliminatiesyndroom (DES). Daarnaast is onderzocht of behandeling met fysiotherapie bij kinderen met MDK leidt tot herstel na 6 en 12 maanden.

Methode

De elektronische databases *PubMed*, *Cochrane Library* en de *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro) zijn doorzocht vanaf 1966 tot 1 januari 2023. Alleen (quasi)-gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) zijn geïncludeerd, waarbij in ten minste één van de onderzoekarmen de behandeling bestond uit fysiotherapie (minimaal bestaande uit oefen-therapie). Deelnemers waren kinderen van 4 tot 18 jaar met MDK zonder neurologische, psychiatrische of congenitale problemen. De uitkomstmaat was het aantal kinderen hersteld van MDK. De methodologische kwaliteit van de studies is bepaald met de PEDro-lijst.⁹⁻¹²

Resultaten

Er zijn zestien RCT's geïncludeerd met in totaal 1.089 deelnemers van wie 45,4% jongens. De gemiddelde leeftijd was 9 jaar (standaarddeviatie 1,8, *zie tabel 1*). Acht studies onderzochten mictieklachten bij 478 deelnemers (50,8% jongens), vijf studies defecatieklachten bij 441 deelnemers (47,2% jongens) en 3 studies gecombineerd mictie- en defecatieklachten bij 170 deelnemers (25,3% jongens). Diagnosegroepen waren: urine-incontinentie,^{13, 14} enuresis,^{15, 16} onderactieve blaas,^{17, 18} DV,^{19, 20} obstipatie,²¹⁻²⁴ fecesincontinentie²⁵ en DES.²⁶⁻²⁸

‘Er is een belangrijke rol weggelegd voor bekken- en kinderfysiotherapeuten bij het behandelen van mictie- en defecatieklachten bij kinderen’

Fysiotherapeutische interventies:

- Oefentherapie (balanstraining, toilethouding)^{14, 19, 20, 22-24, 27, 28}
- Sensorische informatieverwerking (bewustwording van lichaamsgevoel/drang)^{14, 16, 22, 26, 27}
- Ontspannings- en ademhalingsoefeningen^{13, 20, 22-24}
- Bekkenbodemspiertraining (bewustwording, ontspanning en functionele training)^{13, 16-23, 25-28}
- Biofeedback: rectale ballon,²⁵ anale drukprobe¹⁵ of uroflowmetrie (met en zonder EMG-feedback)^{14, 19, 26, 16, 27}
- Elektrotherapie: transcutane posterieure tibiale zenuwstimulatie (TPTNS),²⁵ functionele elektrostimulatie (FES) met anale probe,¹⁵ interferentie (IF-FES)^{14, 17, 18, 21, 24, 28} of SHAM-(IF-FES)^{21, 24}

Tabel 1 Kenmerken van de geïncludeerde studies

Studie	MDK*	n	Jongens (%)	Leeftijd		Interventies	PEDro	
				gem	range		TS	MK
Abd El-Moghny 2018	MNE	90	85,6	10,1	8-12	FT versus FT+BFB FT versus FT+ET1 FT+BFB versus FT+ET1	6	G
Abdelrahman 2021	FNRFI	102	42,2	13,0	?	PFM versus BFB PFM versus ET1 BFB versus ET1	4	L
Campos 2013	NMNE	47	38,3	8,7	3-10	FT versus UT+anticholinergica	5	L
Kajbafzadeh 2011	DES	80	22,5	8,8	5-16	FT versus SMZ	2	L
Kajbafzadeh 2015	Onderactieve blaas	36	41,7	8,8	5-13	FT versus FT+ET2	5	L
Ladi-Seyedian 2014	Dysfunctional voiding	60	21,7	8,0	5-14	FT versus FT+ET2	7	G
Ladi-Seyedian 2015	Onderactieve blaas	50	54,0	8,9	5-16	FT versus SMZ	4	L
Ladi-Seyedian 2019	Urine-incontinentie	46	19,6	8,4	5-13	FT versus SMZ	7	G
Ladi-Seyedian 2020	DES	34	21,4	7,4	5-13	FT+BFB versus FT+ ET2	2	L
Samhan2020	Obstipatie ³	62	74,2	12,9	7-15	FT versus FT+ ET2	5	L
Sharifi-Rad 2018	Obstipatie ⁴	90	47,8	6,5	5-13	FT+ET2 (SHAM) versus FT+ET2ET2	8	E
van Engelenburg-van Lonkhuyzen 2016	Obstipatie ⁴	53	45,3	8,6	6-16	FT versus SMZ	8	E
van Kampen 2009	Enuresis	63	77,8	8,6	?	FT versus FT+BFB	6	G
van Summeren 2019	Obstipatie ⁴	134	38,8	7,6	4-17	FT versus SMZ ET2	4	L
Vasconcelos 2006	DES	56	33,9	10,5	5-15	FT (3 m) versus FT+BFB (2 m)	3	L
Zivkovic 2011	Dysfunctional voiding	86	47,1	7,1	5-13	FT versus SMZ ET2	5	L

MDK: mictie- en/of defecatieklachten, * primaire uitkomstmaat, zoals gedefinieerd door de onderzoeks-auteurs; PEDro: Physiotherapy Evidence Database-scale; TS: totaalscores, bereik 0-10; MK: methodologische kwaliteit; L: laag < 6 punten; G: goed 6-7 punten; E: excellent 8-10 punten; MNE: monosymptomatische enuresis; FT: fysiotherapie; BFB: biofeedback; ET: elektrotherapie; PFM: bekkenbodemspieren (pelvic floor muscles); FNRFI: functionele niet-retentieve fecale incontinentie; NMNE: non-monosymptomatische enuresis; DES: disfunctioneel eliminatiesyndroom; UT: urotherapie; SMZ: standaard medische zorg.

¹Functionele elektrische stimulatie

²Interferentie

³Bekkenbodemdysfunctie

⁴Volgens de Rome III-criteria

Tabel 2 Effectiviteit van fysiotherapie bij kinderen met mictie- en/of defecatieklachten na 6 en 12 maanden

			n	FU	RR	95%-BI	P-waarde
Herstel MDK: fysiotherapie vergeleken met SMZ of urotherapie							
Mictieklachten	urine-incontinentie		2	6	1,00	0,30-3,29	1,00
			4	12	0,34	0,19-0,61	0,0003*
	enuresis		2	6	0,63	0,22-1,81	0,39
			5	12	0,38	0,23-0,63	0,0002*
	urgency	-	0	6	-	-	-
			2	12	0,31	0,12-0,81	0,02-*
	overactieve blaas	plaspatroon	2	6	0,21	0,06-0,68	0,010*
			3	12	0,31	0,20-0,49	<0,00001*
		bekkenbodern	2	6	0,33	0,16-0,68	0,003*
			3	12	0,51	0,34-0,76	0,001*
	urine-weginfecties		2	6	0,33	0,11-0,97	0,04*
			4	12	0,38	0,23-0,63	0,0002*
Defecatieklachten	obstipatie		4	6	0,41	0,24-0,71	0,001*
			4	12	0,41	0,21-0,81	0,01*
	fecesincontinentie		2	6	0,12	0,03-0,42	0,001*
			0	12	-	-	-

			n	FU	RR	95%-BI	P-waarde
Herstel MDK na behandelingen met fysiotherapie (vergelijking baseline met FU)							
Mictieklachten	urine-incontinentie		4	6	0,29	0,17-0,49	<0,00001*
			6	12	0,20	0,12-0,32	<0,00001*
	enuresis		4	6	0,48	0,33-0,70	0,0002*
			7	12	0,46	0,36-0,59	<0,00001*
	urgency	-	0	6	-	-	-
			2	12	0,16	0,07-0,39	<0,00001*
	overactieve blaas	plaspatroon	2	6	0,16	0,06-0,43	0,0003*
			4	12	0,27	0,17-0,44	0,0002*
		bekkenbodern	7	6	0,34	0,23-0,47	<0,00001*
			6	12	0,26	0,16-0,41	<0,00001*
	urine-weginfecties		4	6	0,40	0,29-0,55	<0,00001*
			0	12	-	-	-
Defecatieklachten	obstipatie		4	6	0,41	0,24-0,71	0,001*
			4	12	0,41	0,21-0,81	0,01*
	fecesincontinentie		2	6	0,12	0,03-0,42	0,001*
			0	12	-	-	-

MDK = mictie- en/of defecatieklachten; n= aantal studies; SMZ: standaard medische zorg; FU: follow-upperiode (in maanden); RR: relatief risico; 95%-BI: 95% betrouwbaarheidsinterval.

*significant <0,05 (alle in voordeel fysiotherapie).

Interventies in de controlegroepen:

- Fysiotherapie

In negen studies werd de oefentherapie aangevuld met biofeedback of elektrotherapie.^{14-18, 20, 21, 24, 25, 27, 28}

- Standaard medisch zorg of urotherapie

In de overige zeven studies is fysiotherapie vergeleken met SMZ of urotherapie.^{16, 19, 20, 22, 23, 26, 29}

De methodologische kwaliteit van twee studies was uitstekend,^{21, 22} vier waren van goede kwaliteit^{14-16, 19} en de overige studies waren van lage kwaliteit.

Effecten van fysiotherapie

Mictieklachten (zie tabel 2): na 6 maanden werden voor zowel urine-incontinentie als enuresis geen verschillen tussen de verschillende behandelingen gevonden, respectievelijk [RR 1,00, 95%-BI (0,30-3,29); $p = 1,00$] en [RR 0,63, 95%-BI (0,22-1,81); $p = 0,39$]. Na 12 maanden vonden de onderzoekers significante verschillen in het voordeel van fysiotherapie voor urine-incontinentie [RR 0,34, 95%-BI (0,19-0,61); $p = 0,0003$], enuresis [RR 0,58, 95%-BI (0,42-0,80); $p = 0,001$] en urgency-incontinentie [RR 0,31, 95%-BI (0,12-0,81); $p = 0,02$]. Fysiotherapie had significant meer effect bij urineweginfecties, zowel op 6 maanden [RR 0,33, 95%-BI (0,11-0,97); $p = 0,04$] als op 12 maanden [RR 0,38, 95%-BI (0,23-0,63); $p = 0,0002$].

DV werd geobjectiveerd met een flowmeter. Significant meer kinderen die fysiotherapie kregen, hadden een normaal plaspatroon en normale bekkenbodemactiviteit, respectievelijk na 6 maanden [RR 0,21, 95%-BI (0,06-0,68); $p = 0,010$] en [RR 0,33, 95%-BI (0,16-0,68); $p = 0,003$] en na 12 maanden [(RR 0,31, 95%-BI (0,20-0,49); $p < 0,00001$] en [RR 0,51, 95%-BI (0,34-0,76); $p = 0,001$].

Defecatieklachten (zie tabel 2): na 6 en 12 maanden hadden significant minder kinderen uit de fysiotherapiegroepen nog obstipatie, respectievelijk [RR 0,41, 95%-BI (0,24-0,71); $p = 0,001$] en [RR 0,41, 95%-BI (0,21-0,81); $p = 0,01$]. Datzelfde gold na 6 maanden voor fecesincontinentie [RR 0,12, 95%-BI (0,03-0,42); $p = 0,001$]. Onvoldoende gegevens zijn beschikbaar voor de 12 maanden follow-up.

Op de vraag of kinderen met MDK herstellen na behandeling met fysiotherapie, bleek dat er verschillen waren tussen klachten bij aanvang en na 6 en 12 maanden. Significant meer kinderen waren hersteld van zowel urine-incontinentie [RR 0,29, 95%-BI (0,17-0,49); $p = <0,00001$] en [RR 0,20, 95%-BI (0,12-0,32); $p = <0,00001$], als enuresis [RR 0,48, 95%-BI (0,33-0,70); $p = 0,0002$] en [RR 0,46, 95%-BI (0,36-0,59); $p = <0,00001$], urineweginfecties [RR 0,33, 95%-BI (0,11-0,92); $p = 0,04$] en [RR 0,38, 95%-BI (0,23-0,63); $p = 0,0002$] en van urgency-klachten na 12 maanden [RR 0,31, 95%-BI (0,12-0,81); $p = 0,02$].

Na 6 en 12 maanden waren significant meer kinderen genezen van obstipatie ([RR 0,34, 95%-BI (0,23-0,47); $p = <0,00001$] en [RR 0,26, 95%-BI (0,16-0,41); $p = <0,00001$] en voor fecesincontinentie na 6 maanden [RR 0,40, 95%-BI (0,29-0,55); $p = <0,00001$]. Onvoldoende gegevens zijn beschikbaar voor de 12 maanden follow-up.

Significant herstel

Na 6 maanden zijn geen verschillen gevonden voor urine-incontinentie, overdag en 's nachts, maar was wel een trend zichtbaar van verbetering ten gunste van fysiotherapie bij enuresis. Significant meer kinderen hadden geen urgency-klachten meer na 6 maanden en significant meer kinderen waren hersteld van urineweginfecties. Na 12 maanden waren significant meer fysiotherapeutisch behandelde kinderen hersteld van alle mictieklachten en urineweginfecties. Na 6 maanden hadden significant meer kinderen uit de fysiotherapiegroepen geen obstipatie en fecesincontinentie meer. Datzelfde gold na 12 maanden voor obstipatie.

Herstellen kinderen met MDK na behandeling met fysiotherapie in de tijd? Er was geen vergelijking mogelijk met een groep zonder behandeling, want hierover zijn geen studies bekend. Vergeleken met baseline werden op 6 en op 12 maanden significante verschillen gevonden in herstel voor alle onderzochte mictie- en defecatieklachten. Voor zover bekend is dit het eerste systematische literatuuronderzoek op dit gebied, met 16 geïncludeerde studies.

Verzameling van klachten

Met een aantal aspecten dient rekening te worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten. Alleen studies met kinderen vanaf 4 jaar zijn geïncludeerd, ervan uitgaande dat zij dan zindelijk zijn volgens de ICCS en Rome-criteria. Er zijn geen subgroepen op basis van leeftijd gemaakt, hoewel het natuurlijke beloop de uitkomsten mogelijk heeft beïnvloed. Dit geldt vooral voor de studies met kinderen van 7 jaar en jonger.

Daarnaast is MDK een verzameling van klachten en de auteurs van de originele artikelen gebruikten niet altijd de gestandaardiseerde ICCS-definities of Rome-criteria, wat onderlinge vergelijking tussen studies lastiger maakt. Daarnaast varieerde de aard van bestudeerde fysiotherapie-interventies, hoewel elke klinische trial was gebaseerd op motor control oefentherapeutische interventies. Ten slotte hadden de geïncludeerde studies over het algemeen weinig deelnemers en bleek de methodologische kwaliteit in 63,5% van de studies laag.

‘Fysiotherapie bij kinderen vanaf 4 jaar lijkt een zinvolle behandeloptie voor MDK’

Conclusie

Hoewel meer goed opgezet onderzoek nodig is, lijkt fysiotherapie bij kinderen vanaf 4 jaar een zinvolle behandeloptie voor MDK vergeleken met standaard medische zorg. De verwachting is dan ook dat bekkenfysiotherapeuten of kinderfysiotherapeuten met gerichte aanvullende opleiding een belangrijke rol kunnen hebben in de behandeling van deze klachten.

Literatuur

1. Wright A. The Epidemiology of Childhood Incontinence. In: Franco I, Austin P, Bauer S, von Gontard A, Homsy Y, eds. *Pediatric Incontinence: evaluation and clinical management*. Oxford: Wiley Blackwell, 2015:37-60.
2. Velasco-Benitez CA, Collazos-Saa LI, García-Perdomo HA. A systematic review and meta-analysis in schoolchildren and adolescents with functional gastrointestinal disorders according to Rome iv criteria. *Arq Gastroenterol* 2022;Apr-Jun 59(2):304-313.
3. Dos Santos J, Lopes RI, Koyle MA. Bladder and bowel dysfunction in children: An update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem. *Can Urol Assoc J* 2017; Jan-Feb 11:S64-S72.
4. Burgers R, de Jong TP, Visser M, et al. Functional defecation disorders in children with lower urinary tract symptoms. *J Urol* 2013;189:1886-91.
5. Burgers RE, Mugie SM, Chase J, et al. Management of Functional Constipation in Children with Lower Urinary Tract Symptoms: Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol* 2013;190:29-36.
6. Aguiar LM, Franco I. Bladder Bowel Dysfunction. *Urol Clin North Am* 2018; Nov 45:633-40.
7. Sampaio C, Sampaio Sousa A, Fraga LGA, et al. Constipation and Lower Urinary Tract Dysfunction in Children and Adolescents: A Population-Based Study. *Front Pediatr* 2016;Oct 3:101.
8. van Engelenburg-van Lonkhuyzen ML, Bols EMJ, Chase J, et al. Physiotherapy in childhood bladder and bowel dysfunctions: a systematic review of randomised controlled trials. *Medical Research Archives* 2023;11.
9. Morton de NA. The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials: a demographic study. *Aust J Physiother* 2009;55:129-33.
10. Kamper SJ, Moseley AM, Herbert RD, et al. 15 years of tracking physiotherapy evidence on PEDro, where are we now. *Br J Sports Med* 2015;49:907-9.
11. de Morton NA. The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials: a demographic study. *Aust J Physiother* 2009;55:129-33.
12. Maher GG, Sherrington C, Herbert RD, et al. Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Phys Ther* 2003;83:713-21.
13. Campos RM, Gugliotta A, Ikari O, et al. Comparative, prospective, and randomized study between urotherapy and the pharmacological treatment of children with urinary incontinence. *Einstein (Sao Paulo)* 2013;11:203-8.
14. Ladi-Seyedian SS, Sharifi-Rad L, Kajbafzadeh AM. Pelvic floor electrical stimulation and muscles training: a combined rehabilitative approach for management of non-neuropathic urinary incontinence in children. *J Pediatr Surg* 2019;54:825-30.
15. Abd El-Moghny SM, El-Din MS, El Shemy SA. Effectiveness of Intra-anal Biofeedback and Electrical Stimulation in the Treatment of Children With Refractory Monosymptomatic Nocturnal Enuresis: A Comparative Randomized Controlled Trial. *Int NeuroUrol J*. 2018;22:295-304.
16. Van Kampen M, Lemkens H, Deschamps A, et al. Influence of pelvic floor muscle exercises on full spectrum therapy for nocturnal enuresis. *J Urol* 2009;182:2067-71.
17. Kajbafzadeh AM, Sharifi-Rad L, Ladi-Seyedian SS, et al. Transcutaneous interferential electrical stimulation for the management of non-neuropathic underactive bladder in children: a randomised clinical trial. *BJU Int*. 2016;117:793-800.
18. Ladi-Seyedian S, Kajbafzadeh AM, Sharifi-Rad L, et al. Management of non-neuropathic underactive bladder in children with voiding dysfunction by animated biofeedback: a randomized clinical trial. *Urology* 2015;85:205-10.
19. Ladi-Seyedian SS, Sharifi-Rad L, Ebadi M, et al. Combined functional pelvic floor muscle exercises with Swiss ball and urotherapy for management of dysfunctional voiding in children: a randomized clinical trial. *Eur J Pediatr* 2014.
20. Zivkovic V, Milica L, Stanković I, et al. The evaluation of combined standard urotherapy, abdominal and pelvic floor retraining in children with dysfunctional voiding. *J Pediatr Urol*. 2011;7:336-41.
21. Sharifi-Rad L, Ladi-Seyedian SS, Manouchehri N, et al. Effects of Interferential Electrical Stimulation Plus Pelvic Floor Muscles Exercises on Functional Constipation in Children: A Randomized Clinical Trial. *Am J Gastroenterol*. 2018;112:295-302.
22. van Engelenburg-van Lonkhuyzen ML, Bols EM, Benninga MA, et al. Effectiveness of Pelvic Physiotherapy in Children With Functional Constipation, Compared with Standard Medical Care. *Gastroenterology* 2017;152:82-91.
23. van Summeren JJGT, Holtman GA, Kollen BJ, et al. Physiotherapy for Children with Functional Constipation: A Pragmatic Randomized Controlled Trial in Primary Care. *J Pediatr*. 2019;12:pii: S0022-3476(19)31214-4.
24. Samhan A, Abdelbasset W, Elnaggar R. Clinical evaluation of the effectiveness of interferential current therapy in the treatment of children with pelvic floor dyssynergia-type constipation: a randomized controlled study. *Turk J Pediatr*. 2020;62:1002-11.
25. Abdelrahman EMea. Biofeedback versus bilateral transcutaneous posterior tibial nerve stimulation in the treatment of functional non-retentive fecal incontinence in children: A randomized controlled trial. 2021.
26. Kajbafzadeh AM, Sharifi-Rad L, Ghahestani SM, et al. Animated biofeedback: an ideal treatment for children with dysfunctional elimination syndrome. *J Urol* 2011;186:2379-84.
27. Vasconcelos M, Lima E, Caiáfa L, et al. Voiding dysfunction in children. Pelvic-floor exercises or biofeedback therapy: a randomized study. *Pediatr Nephrol* 2006;21:1858-64.
28. Ladi-Seyedian SS, Sharifi-Rad L, Kajbafzadeh AM. Management of Bladder Bowel Dysfunction in Children by Pelvic Floor Interferential Electrical Stimulation and Muscle Exercises: A Randomized Clinical Trial. *Urology* 2020;Jul 24:S0090-4295(20)30873-6.
29. Campos RM, Gugliotta A, Ikari O, et al. Comparative, prospective, and randomized study between urotherapy and the pharmacological treatment of children with urinary incontinence. *Einstein Journal* 2013;11:203-8.

Redactielid van het eerste uur Pytha Albers-Heitner

Van zwangerschapsgym tot bekkenfysiotherapie – geboorte en volwassenwording van een vakgebied

Ter gelegenheid van de vijftigste editie van het Bulletin leek het ons leuk om terug te kijken met een van de leden van de eerste redactie van ons beroepstijdschrift. We vonden Pytha Albers-Heitner, gepensioneerd gepromoveerd bekkenfysiotherapeut, gezondheids-wetenschapper en epidemioloog, graag bereid om met ons terug te gaan in de tijd.

Petra Tuunter MSc
hoofdredacteur NVFB
Bulletin

Hoe kwam je erop om bekkenfysiotherapeut te worden?

'Toen ik in 1983 zwanger werd, ontdekte ik wat voor problemen daar allemaal bij kunnen ontstaan. De zwangerschapscursus waaraan ik deelnam, beviel me niet echt, en het leek me dat dat anders moest kunnen. Tineke Fransman-van Santen was destijds de eerste die een nascholingscursus pre- en postpartum-educatie aanbood voor fysiotherapeuten om docent zwangerschapsbegeleiding te worden. Die heb ik meteen gevolgd. Daarna ben ik zwangerschapscursussen met partneravonden gaan geven, samen met de plaatselijke verloskundigen. Toch miste ik iets in de manier waarop we mensen begeleiden. Daarom ben ik een nascholingscursus tot Samsara zwangerschapsyogadocent gaan volgen bij Rita Beintema, de auteur van de boeken *Yoga en geboorte* en *Van vrouw tot vrouw*. Daar leerde ik hoe belangrijk het is om samen met de zwangere stil te staan bij wat je voelt zonder meteen te oordelen. Niet alleen maar 'doen' en je lijstje met oefeningen afdraaien, maar langer met één oefening durven bezig te zijn. Dit heeft mijn stijl van zwangerschapsbegeleiding echt veranderd.'



Pytha Albers-Heitner

'Het gaat erom dat je het als zorgprofessionals samen doet en elkaar op het juiste moment weet te vinden'

In 1993 ben ik gaan werken in de praktijk van Ellen Hawinkels, praktijk voor bekken- en bekkenbodempromotie en seksuologie in Waalre. Ellen is een van de pioniers in de bekkenfysiotherapie. Zo rolde ik langzaam dit 'vakgebied-in-ontwikkeling' in. In Antwerpen volgde

ik al snel de cursus 'pelvische re-educatie' bij hoogleraar urologie professor Wyndaele.

Geleidelijk drong de vraag zich op hoe *evidence based* het allemaal was. Denk aan het soort oefeningen, het inwendig handelen en het werken met myofeedback. En toen was daar een afsluitend symposium van de eerste deeltijdstudenten gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht. Daar studeerde ene Bary Berghmans, inmiddels welbekend als enorme voortrekker van de bekkenfysiotherapeutische onderbouw wereldwijd, af op 'stress urine-incontinentie bij vrouwen'.



Dat was voor mij de aanleiding om naast mijn werk als fysiotherapeut gezondheidswetenschappen te gaan studeren. Ik vond het heel inspirerend om te blijven leren tijdens mijn loopbaan. Zo had ik eerder al manuele therapie gestudeerd in Noorwegen, en een opleiding gedaan in de PNF-methode in de VS. Onder en dankzij het NVFB-bestuursvoorzitterschap van Ineke de Gee werd bekkenfysiotherapie ondertussen erkend als specialisme en kwam er een opleiding bekkenfysiotherapie. In 2004 kwam er een EVC-procedure (Eigen Verworven Competenties) waarmee degenen die al langer werkzaam waren, zoals ik, zich konden kwalificeren als 'geregistreerd bekkenfysiotherapeut'. Kortom, mijn weg naar het beroep van bekkenfysiotherapeut was een tamelijk eclecticisch geheel.'

Hoe werd je lid van de eerste redactie van het Bulletin?

'Rond 1995 waren Ellen en ik actief in het veld en er waren nog niet zoveel fysiotherapeuten die zich bezighielden met bekkenbodemp Problemen, dus het wereldje was klein. Ineke als voorzitter van het bestuur verzamelde betrokken bekkenfysiotherapeuten om zich heen, om dingen op poten te zetten. Met bestuurslid Ellen Aalpoel hadden we de eerste bijeenkomst als redactie. Het was een vakgebied in ontwikkeling en er was gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing. De communicatie tussen vakgenoten moest verbeterd worden. Congressen werden in die tijd matig bezocht en op ledenvergaderingen kwamen niet veel mensen af.'

Hoe kwam je ertoe om te gaan promoveren?

'Als je eenmaal in zo'n onderzoeksveld zit, dan rol je vanzelf, of je het wilt of niet, in zo'n promotieonderzoek. Liefst hadden we de (kosten)effectiviteit van bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie vergeleken met de gebruikelijke zorg. Het was echter zoeken naar wat er leefde, en voor welke onderzoeksvraag gelden te verwerven waren. Uiteindelijk heb ik een onderzoek gedaan naar de (kosten)effectiviteit van de inzet van een praktijkondersteuner met kennis van urine-incontinentie in de huisartsenpraktijk.'

In het beroepsveld van bekkenfysiotherapeuten riep dit aanvankelijk wel enige weerstand op, omdat het niet specifiek over de inzet van bekkenfysiotherapie ging. Maar wat ik heb geleerd, is dat het er uiteindelijk om gaat dat je het als zorgprofessionals samen doet en elkaar op het juiste moment weet te vinden – niet iedere patiënt hoeft naar de bekkenfysiotherapeut. De kunst is om te weten welke mogelijkheden er zijn, een groot netwerk te hebben en effectief te verwijzen. Dankzij de toegenomen evidentie van de toegevoegde waarde van bekkenfysiotherapie ontstonden de multidisciplinaire bekkenbodemp teams in de ziekenhuizen. Ook gaven we cursussen aan huisartsen met specialisten samen, en hadden we zogenaamde *bedside*-sessies. Dan bespraken we met specialist en huisarts een casus en bleek vaak dat de patiënt helemaal niet bij de specialist had hoeven komen. Voordien zeiden huisartsen over urineverlies vaak dat er niets aan te doen was.'

'Wat ik heel prettig vond, was om samen te werken met verschillende specialismen, bij elkaar in de keuken te kijken en elkaar te waarderen om wat je kunt. Als bekkenfysiotherapeut had ik bijvoorbeeld te maken met mijn promotor professor dr. Toine Lagro-Jansen, inmiddels emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde in Nijmegen, van wiens hand de standaard over urine-incontinentie voor huisartsen is. Aanvankelijk was ook hoogleraar urologie professor Philip (die dit voorjaar nog sprak op het NVFB-congres, *red.*) bij mijn onderzoek betrokken, naast mijn tweede promotor hoogleraar Medical Technology Assessment professor Hans Severens. Mijn copromotoren waren dr. Bary Berghmans en huisarts dr. Ron Winkens.'

Wat waren de uitdagingen in het vakgebied in die tijd?

'Zoals ik al noemde, stond de wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied nog in de kinderschoenen en de evidence based richtlijnen in de bekkenfysiotherapie en landelijke samenwerkingsafspraken zoals we die nu kennen, zijn pas in de loop der jaren tot stand gekomen.'

Samenwerking was belangrijk: elkaar vinden, en erkenning zien te krijgen voor ons vakgebied, dat waren geweldige uitdagingen.'

Vijf jaar geleden ben je met pensioen gegaan. Hoe heb je de ontwikkeling van het vakgebied tot dat moment ervaren?

'Het is een heel energerende tijd geweest. Je kunt je niets mooiers voorstellen dan zo'n hele ontwikkeling van zwangerschapsgym tot erkende bekkenfysiotherapie meemaken. Onze beroepsvereniging heette aanvankelijk *Nederlandse vereniging voor pre- en postpartum educatie*. Inmiddels is het vakgebied veel breder geworden. Ging het aanvankelijk vooral om urine-incontinentie, later kwamen daar verzakkingen, buik-, bekken-, darm- en seksuologische problematiek bij. Mede door die verbreding hebben we als bekkenfysiotherapeuten veel erkenning gekregen, zowel van huisartsen als van specialisten. Wat wel bleef 'steken' was het grote verschil in beloning tussen specialisten en bekkenfysiotherapeuten, ook al werkten die als gelijkwaardige teamleden samen. Maar het belangrijkste was voor mij toch de mogelijkheid om me te blijven ontwikkelen, en die was er mede door deze samenwerking.'

Heb je aanbevelingen of tips voor de huidige bekkenfysiotherapeuten?

'Ik kan niet beoordelen hoe het nu is, want ik ben immers al een aantal jaren uit het vak. Mijn ervaring was wel dat mensen soms zo druk bezig waren met de onderbouwing van wat ze deden, dat er te weinig aandacht uitging naar de praktische vaardigheden. Maar misschien is daarin de laatste jaren meer balans gekomen. In de begintijd was er juist veel aandacht voor praktische vaardigheden, met name voor het hele inwendig handelen, waar nog geen protocol voor bestond. We moesten zelf en met elkaar uitvinden hoe wij dachten dat dat moest worden gedaan. Vaak zochten we als collega's elkaar op om samen te oefenen en onze vaardigheden te ontwikkelen. Over nut en noodzaak van het inwendig handelen en het gebruik van myofeedback is destijds veel discussie geweest binnen de beroepsgroep. Deze (be)handelingen waren nieuw en ongebruikelijk. Het Bulletin vervulde dan ook een belangrijke rol in de communicatie over deze ontwikkelingen onder bekkenfysiotherapeuten.'

Waar vind je dat meer onderzoek naar gedaan zou moeten worden?

'Preventie. Helaas komen bekkenfysiotherapeuten vaak pas aan de beurt als er iets aan de hand is; we mogen vrijwel alleen curatief werken. Het postpartumconsult bekkenfysiotherapie van de NVFB zet wél in op preventie. Maar zwangeren en kersverse moeders blijken een lastige doelgroep. Enerzijds worden vrouwen al overspoeld met informatie tijdens hun zwangerschap. Anderzijds, zo bleek uit het promotieonderzoek van dr. Heidi Moosdorff-Steinhauser, is peripartum urine-incontinentie een veelvoorkomend symptoom, dat echter wordt onderschat door zowel de vrouwen zelf als de zorgprofessionals. Toch is het een belangrijke groep die kans maakt op problemen op

bekken(bodem)gebied in hun latere leven. Het zou mooi zijn als de vrouwen zelf en alle betrokken professionals, zoals verloskundigen, de mogelijkheid tot het postpartumconsult weten te vinden en kunnen aanbevelen. En verder zou het prachtig zijn om vrouwen die deelnemen aan het postpartumconsult – als cohort – te blijven volgen om het uiteindelijke preventieve effect te kunnen beoordelen. De bekostiging van dergelijk onderzoek vormt de grootste uitdaging.'

Lees je het Bulletin nog wel eens?

'Nee, sinds mijn pensioen ben ik geen lid meer van de beroepsvereniging. Maar ik zie uit naar de vijftigste editie.'

'Je kunt je niets mooiers voorstellen dan zo'n hele ontwikkeling van zwangerschapsgym tot erkende bekkenfysiotherapie meemaken'

Een greep uit de covers van de afgelopen decennia.



JAARPLAN 2024

ONTWIKKELING WETENSCHAPSBELEID (€ 3.000) RUNNING	VOORLICHTING MASTER BEKKENFYSIOTHERAPEUTEN SOMT EN AVANS (€ 3.300) NIEUW	BEROEPSPROFIEL ADDENDUM KINDERBEKKENFYSIOTHERAPIE (€ 1.500) RUNNING	UPDATEN ENTRUSTABLE PROFESSIONAL ACTIVITIES (EPA'S) BEKKENFYSIOTHERAPIE (€ 2.000) RUNNING
IMPLEMENTATIE INTERNATIONALE TERMINOLOGIE (€ 1.500) RUNNING	NVFB ACADEMY (€ 3.000) RUNNING	ONTWIKKELING FACTSHEETS (€ 2.500) RUNNING	PROJECT ARTIKEL 14 (€ 500) RUNNING
NVFB-AMBASSADEURS IN DE REGIO (€ 2.500) RUNNING	NVFB ON TOUR LEDENWERVING (€ 2.000) RUNNING	LEDENWERVING (€ 3.500) RUNNING	BEZOEK LEDEN AAN INTERNATIONALE CONGRESSEN (€ 1.000) RUNNING
BEKKENFYSIOTHERAPIE OP DE OPLEIDING FYSIOTHERAPIE (€ 750) RUNNING	VOORLICHTING HUISARTSEN (€ 1.000) RUNNING	BIJSCHOLING ZWANGERSCHAPSDOCENTEN (€ 1.000) RUNNING	OVERGANGSCONSULT (€ 5.000) NIEUW

WETENSCHAPSBELEID (€ 3.000)

Het wetenschappelijk onderzoek binnen de bekkenfysiotherapie is in volle gang, maar er is nog niet op elk domein van de bekkenfysiotherapie een promovendus. Voor de komende vijf jaar is de wens dit te volbrengen door het Science Netwerk verder te ontwikkelen en een stappenplan op te stellen dat bij de onderzoeksvisie hoort om dit plan daadwerkelijk uit te voeren. Dit moet resulteren in een wetenschappelijke infrastructuur.

Nicole van Bergen en Kristel Bonten

RUNNING

VOORLICHTING OVER DE NVFB AAN MASTER BEKKENFYSIOTHERAPEUTEN SOMT EN AVANS (€ 3.300)

Er is onvoldoende aanwas van nieuwe leden. Een stabiel ledenaantal willen we bereiken door voorlichting te geven over het nut van de vereniging (NVFB) aan nieuwe bekkenfysiotherapeuten die de opleiding SOMT of AVANS+ volgen.

Mariska Droop en Djoeke Saaltink

NIEUW

ADDENDUM KINDERBEKKENFYSIOTHERAPIE (€ 1.500)

In 2023 is het beroepsprofiel Bekkenfysiotherapeut goedgekeurd door de ALV van de NVFB en het KNGF. Een deel van het addendum Kinderbekkenfysiotherapie is opgenomen in het herziene beroepsprofiel. Dit maakt een aanpassing van het addendum nodig.

Nicole van Bergen, Bernadette Berendes-van Dijk en Tine van den Bos

RUNNING

UPDATEN ENTRUSTABLE PROFESSIONAL ACTIVITIES (EPA'S) BEKKENFYSIOTHERAPIE (€ 2.000)

In 2021 zijn de 'Minimale opleidingseisen master bekkenfysiotherapie' opgeleverd. De implementatiefase loopt. Het herziene beroepsprofiel is in 2023 opgeleverd en leidt tot enkele aanpassingen in de minimale opleidingseisen. In 2025 studeren de eerste studenten volgens deze eisen af. De NVFB en NVFK hebben ook de wens om minimale opleidingseisen voor de kinderbekkenfysiotherapeuten te formuleren.

Nicole van Bergen, Elisabeth van der Spek-Mes en Kristel Bonten

RUNNING

IMPLEMENTATIE INTERNATIONALE TERMINOLOGIE (€ 1.500)

In 2023 is de ICS-terminologie voor het inwendig vaginaal of anaal onderzoek vertaald en is er één landelijk onderzoeksprotocol ontwikkeld. In 2024 wil de NVFB hetzelfde doen voor de echo en EMG.

Nicole van Bergen, Petra van Nierop, Heidi Moosdorff-Steinhauser, Liesbeth Westerik-Verschuuren, Corine Adamse, Judith Jesterhoudt, Wilma Tempelaar en Kristel Bonten

RUNNING

NVFB ACADEMY (€ 3.000)

De NVFB wil meer webinars geven om de overdracht van kennis te bevorderen. Een webinar is een manier om veel mensen van kennis te voorzien en een mogelijkheid tot geaccrediteerde scholing. Met de oprichting van de NVFB Academy wil de NVFB de mogelijkheid om collega's te scholen beter benutten. Tegelijkertijd wordt het lidmaatschap er aantrekkelijker van.

Kristel Bonten en Marloes Reijman

RUNNING

ONTWIKKELING FACTSHEETS (€ 2.500)

Het bewijs dat onderzoeken binnen ons vakgebied opleveren, willen we implementeren via onder meer *factsheets*. Deze geven een helder overzicht van de stappen in de diagnostiek en behandeling bij de beschreven aandoening.

Kristel Bonten en Nicole van Bergen

RUNNING

PROJECT ARTIKEL 14 (€ 500)

De naam bekkenfysiotherapeut moet een beschermde titel worden. De aanvraag voor erkenning van de titel bekkenfysiotherapeut is geschreven en ligt klaar om bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in te dienen. Op dit moment ligt het proces stil. Er is een klein bedrag begroot, zodat we het kunnen oppakken zodra we groen licht krijgen. Het doel is het erkennen en beschermen van de titel bekkenfysiotherapeut.

Djoeke Saaltink, Bernadette Berendes-van Dijk en Tine van den Bos

RUNNING

NVFB-AMBASSADEUR IN DE REGIO (€ 2.500)

Inzicht krijgen in de verschillende groepen bekkenfysiotherapeuten in de diverse regio's. Via ambassadeurs contact leggen en houden met de groepen, zodat er korte lijnen zijn met het bestuur en de regio.

Marloes Reijman

RUNNING

NVFB ON TOUR - LEDENWERVING (€ 2.000)

De NVFB wil graag leden binden aan de vereniging en zo draagvlak voor het beleid creëren. Door vier werkbezoeken te organiseren, kunnen leden tussentijds input geven en kan het bestuur leden informeren over het beleid van de vereniging.

Marloes Reijman

RUNNING

JAARPLAN
2024**LEDENWERVING (€ 3.500)**

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

Marloes Reijman

RUNNING

BEZOEK LEDEN AAN INTERNATIONALE CONGRESSEN (€ 1.000)

De NVFB wil haar leden de mogelijkheid geven aan internationale congressen deel te nemen om hen directer te betrekken bij internationale ontwikkelingen. Leden kunnen een gemotiveerde aanvraag indienen met als verplichte tegenprestatie het schrijven van een verslag voor het Bulletin. De NVFB vergoedt dan een deel van de kosten voor het congres.

Djoeke Saaltink

RUNNING

BEKKENFYSIOTHERAPIE OP DE OPLEIDING FYSIOTHERAPIE (€ 750)

Het is belangrijk om meer aandacht te krijgen voor de specialisatie bekkenfysiotherapie, zodat meer afgestudeerde fysiotherapeuten kiezen voor de masteropleiding bekkenfysiotherapie. Om dit te bereiken, is de NVFB op minimaal drie hogescholen aanwezig met informatie over het vak bekkenfysiotherapie.

Kristel Bonten, Elisabeth van der Spek-Mes, Everdina Veenema, Corine Adamse, Dorien Bennink, Celine ter Beek, Lisanne Knol, Saskia Biemans

RUNNING

VOORLICHTING HUISARTSEN (€ 1.000)

De verwijzende rol van huisartsen wordt nog niet optimaal benut. Met het organiseren van geaccrediteerde voorlichtingsmomenten voor huisartsen wil de NVFB de samenwerking met huisartsen verbeteren en verwijzing bevorderen. Voor 2024 is de ambitie vier voorlichtingsbijeenkomsten te houden.

Djoeke Saaltink, Mayke de Blauw en Everdina Veenema

RUNNING

BIJSCHOLING ZWANGERSCHAPSDOCENTEN (€ 1.000)

NVFB-leden hebben niet altijd zicht op het cursusaanbod voor zwangeren in de regio. Het blijkt niet voor elke bekkenfysiotherapeut eenvoudig om contact te krijgen met cursisten en een netwerk op te bouwen. Correcte begeleiding van zwangeren en postpartum vrouwen is van belang. Daarvoor is een goed netwerk tussen verschillende disciplines nodig. Nauw contact zorgt voor betere samenwerking en snellere verwijzing. Een ontwikkelde scholing die in de regio gegeven kan worden, biedt uitkomst.

Djoeke Saaltink, Mayke de Blauw en Everdina Veenema

RUNNING

OVERGANGSCONSULT (€ 5.000)

Na het succesvolle product postpartumconsult starten we in 2024 met een nieuw product: het overgangscconsult.

Nicole van Bergen en Petra van Nierop

NIEUW

Podcast bespreking



Esther Reijers MSc
redactie NVFB Bulletin

+++

WoW! Vrouw

Huisarts Hiltje Oude Luttikhuis wil met deze podcast andere vrouwen inspireren met verhalen van gewone vrouwen die buitengewone dingen doen om andere vrouwen te helpen en genderongelijkheid en seksisme de wereld uit te helpen. Voor deze podcastbespreking heb ik geluisterd naar de aflevering van 8 maart 2023, waarin zij een interview houdt met Elise van Alderen, arts, seksuoloog en auteur van het boek *Wellust*.

In het interview krijgt de luisteraar diverse inzichten aangereikt. Bijvoorbeeld de invloed van de geschiedenis en de huidige maatschappij op seksualiteit, het belang van kennis omtrent de anatomie van de vrouwelijke geslachtsorganen en hun functie bij de vrouwelijke seksualiteit. Maar ook het belang van je bewust zijn van je lichaam, weten wat je fijn vindt en wat je grenzen zijn. In het gesprek benadrukken beide artsen dat er geen vorm van seks is die meer gewaardeerd zou moeten worden dan een andere variant. Elke seksuele ervaring staat op zich en mag en kan op elk moment klaar zijn: er hoeft niet naar een van tevoren vastgesteld doel te worden gewerkt. Er is dus ook niets mis met hoe iemand seks beleeft, want er is geen norm op seksueel gebied waaraan we moeten voldoen.

Ik denk dat het beluisteren van deze podcast vrouwen kan bemoedigen, inspireren en motiveren om zich op welke manier dan ook verder te ontwikkelen in hun eigen seksualiteit wanneer zij daarin geïnteresseerd zijn of daar problemen mee ervaren. De enige kanttekening is dat het gesprek voor lager opgeleide mensen op sommige momenten misschien wat lastiger te volgen is.

De podcast is te beluisteren op de website www.wowvrouw.nl, Spotify, de Apple podcast app en podcastluisteren.nl.



+++

Hard of zacht, geurloos of stinkend: wat is de beste drol?

Ter ere van de Nationale Poepdag hield de *NOS Jeugdjournaalpodcast* van 12 april jongstleden een interview met kinderarts maag-, lever-, darmziekten Tim de Meij, werkzaam op de poep-poli van het AMC Amsterdam. Het is een gezellig gesprek, afgewisseld met allerlei vragen van kinderen over poep, en daardoor leuk om naar te luisteren. Alle belangrijke feiten en weetjes over poep passeren de revue: het belang van voedingsvezels, genoeg drinken en beweging, wanneer is poep(en) gezond en wanneer niet, hoe gaan andere mensen om met poepen in verschillende situaties en wat vinden ze ervan? Deze podcast kan helpen om kinderen die het moeilijk vinden om over poep te praten, hier wat losser mee te laten omgaan. Daarnaast is het denk ik een goede podcast om de informatie over poep(en) die je als kinderbekken-fysiotherapeut geeft, op een leuke manier beter te laten beklijven.

Deze podcast is te beluisteren via Spotify, de Apple podcast app, Google podcasts en www.zapp.nl.

Tip jouw
favoriete
luistershow

Wat vind jij een interessante of inspirerende podcast? Geef het aan ons door via bulletin@nvfb.nl. Wellicht lees je de review erover in het volgende Bulletin!

Onder de leden

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

Andrea Eggen MSc
redactie NVFB Bulletin

Titia Bal-van der Splinter

Wat is jouw achtergrond?

'Sinds 2004 ben ik fysiotherapeut en tot 2021 heb ik gewerkt in de verpleeghuissetting. Daarnaast werkte ik als oedeemtherapeut. Hier haalde ik veel voldoening uit, maar ik was toe aan een nieuwe impuls binnen de fysiotherapie. Samen met mijn partner Martijn heb ik twee kinderen, Gideon (9 jaar) en Feline (7 jaar). Mijn collega Rianne Huijerman-Blankers was op zoek naar een bekkenfysiotherapiecollega en vroeg mij bij het schoolplein of ik daar interesse in had. Die kans heb ik met beide handen aangegrepen. Ik zit nu in het laatste jaar van de opleiding tot bekkenfysiotherapeut aan de SOMT. Sinds kort zit ik ook in de redactie van dit bulletin. Dit is het tweede nummer waar ik aan meewerk.'



Titia Bal-van der Splinter

Waar werk je?

'Op dit moment werk ik als fysiotherapeut bij de Geeresteingroep in Woudenberg. Daarnaast heb ik mijn eigen acupunctuurpraktijk Pelvita in Driebergen-Rijsenburg, in het pand van BFT Heuvelrug van Lot Hulsing en Margriet van Wezenburg.'

Wat maakt jouw praktijk/behandelingen speciaal?

'Dankzij de ervaring die ik in het verpleeghuis heb opgedaan, liggen er veel behandelopties binnen mijn mogelijkheid. Mede door de opleiding klassieke Chinese acupunctuur zijn mijn behandelingen holistisch. Dit draag

ik ook uit bij de (bekkenbodem)fysiotherapie. In mijn acupunctuurpraktijk ligt het accent van de consulten op gynaecologie en pre-/postpartumklachten. Maar ik zie ook goede resultaten van acupunctuur bij menstruatieklachten, endometriose en urineweginfecties.'

Welke opleiding of cursus vind jij een aanrader voor iedere bekkenfysiotherapeut?

'Toen ik in het verpleeghuis werkte, heb ik de NPI-scholing *Functiestoornissen van de bekkenbodem in de geriatrie* gedaan. Deze scholing heeft mijn interesse gewekt voor het bekkengebied. Omdat er nog steeds een grote behoefte is aan bekkenfysiotherapeuten, wil ik aanraden om algemene fysiotherapeuten meer te enthousiasmeren voor het bekkengebied en de bekkenfysiotherapieopleiding.'

Welke rubrieken in het Bulletin lees je graag?

'Met veel interesse lees ik het *Critically Appraised Topic*. Verder neem ik het Bulletin van voor naar achteren door omdat deze specialisatie nog vrij nieuw is voor mij. Ik leer er elke keer weer van. Zelfs van de advertenties!'

Naar welk onderwerp zou meer onderzoek gedaan moeten worden?

'In het verpleeghuis wordt er niet veel gedaan aan bekkenbodemerelateerde klachten, terwijl de geriatrische patiënten buiten het verpleeghuis een heel behandeltraject aangeboden krijgen. En met succes. Samen met een collega-fysiotherapeut vanuit het verpleeghuis, die nu physician assistant Ouderenzorg is geworden, heb ik me hier echt over verbaasd. Dit mag wat mij betreft veel meer onderzocht worden. Daarom ben ik ook benieuwd naar het lopende onderzoek van Heidi Moosdorff-Steinhaus en Dorien Bennink met betrekking tot Parkinson: *Wat is het effect van bekkenfysiotherapie met elektrostimulatie op blaasklachten bij mensen met de ziekte van Parkinson?*'

Heb je tips voor de NVFB?

'De NVFB is de beroepsvereniging van en voor alle bekkenfysiotherapeuten in Nederland. In mijn ogen is het jammer dat er een tweedeling is onder de bekkenfysiotherapeuten die aangesloten zijn bij het Stichting Keurmerk Fysiotherapie en niet bij het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF). De Keurmerk-therapeuten missen nu vaak de beroepsvereniging, vanwege de financiële drempel die er is om aan te sluiten bij het KNGF en de NVFB. Het hoeft overigens niet duur te zijn: het aspirant-lidmaatschap kost mij 4,16 euro per maand. Dan moet je wel lid zijn van het KNGF. Dat kost met het loondienstmeedoepakket 15 euro per maand.'

Waarom ben je lid van de NVFB?

'Na mijn stage bij Nicole van Bergen in Bennekom ben ik ervan overtuigd dat aansluiting bij de NVFB waardevol is, naast mijn lidmaatschap bij het Keurmerk. Zij vertelde dat de NVFB veel heeft gedaan voor het groter en meer zichtbaar maken van de bekkenfysiotherapie. Maar ik heb ook veel aan de praktische informatie op de NVFB-website.'

Goeban Jelani

Wat is jouw achtergrond?

‘Vaak vragen mensen naar de achtergrond van mijn naam: ik ben geboren in Afghanistan. Sinds mijn negende woon ik hier en veel familieleden gingen in de gezondheidszorg werken omdat daar vaak werk in is. Zo ben ik op het idee gekomen om fysiotherapeut te worden. In 2011 heb ik mijn diploma fysiotherapie aan de Hanzehogeschool in Groningen behaald. Vervolgens heb ik bij verschillende eerstelijnspraktijken gewerkt, waar ik als algemeen fysiotherapeut naast de alledaagse klachten ook bekkenproblematiek tegenkwam. Dat wekte mijn interesse. Daarom ben ik mij gaan verdiepen in het bekkengebied.’

Waar werk je?

‘Sinds 2021 werk ik met veel plezier als geregistreerd bekkenfysiotherapeut bij Fysio Van der Knaap & Postmus, een particuliere eerstelijnspraktijk. Binnen de praktijk zijn achttien therapeuten (met diverse specialismen), twee sportinstructeurs en twee administratief medewerkers werkzaam. De praktijk heeft meerdere vestigingen in Assen, onder andere in een gezondheidscentrum. Ik werk in drie verschillende vestigingen. Er is een goede samenwerking tussen huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen en de andere paramedici in het gezondheidscentrum. Ik mag bij de huisartsen zelfs storen tijdens het spreekuur om te overleggen.’

Wat maakt jouw praktijk/behandelingen speciaal?

‘Ik zorg ervoor dat mijn patiënten zich op hun gemak voelen en dat er een vertrouwensband ontstaat. Dat is essentieel, want bij de behandeling gaat het vaak om een intiem gebied. Daarnaast kan ik alles goed aan mijn patiënten uitleggen. Wat ik belangrijk vind, is dat ze zich bewust worden van de instandhoudende factoren voor hun klachten. Bewustwording helpt bij verandering.’

Welke opleiding of cursus zou jij iedere bekkenfysiotherapeut aanraden?

‘De NIMOC-methode pas ik vaak toe en daar behaal ik goede resultaten mee. Dus ik zou zeggen: stuitcursus!’

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

‘De rubriek *Wetenswaardigheden* vind ik erg interessant en lees ik als eerste. Voor de rest van het blad moet ik toch even tijd vrijmaken om het rustig te kunnen lezen. Verder zou ik het handig vinden als er een overzicht van de cursussen en bijscholingen in het Bulletin zou staan.’

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

‘Kaakklachten in relatie tot de bekkenbodem. In onze praktijk werken twee orofaciale fysiotherapeuten en we merken dat patiënten naast bekkenbodemklachten ook vaak kaakklachten hebben. Er zijn echter weinig studies gedaan op dit gebied.’

Heb je tips voor de NVFB?

‘Meer bekendheid voor ons vak zou fijn zijn, vooral bij huisartsen en specialisten die met bekken en bekkenbodem te maken hebben. Er zou eens een stuk over bekkenfysiotherapie in hun vakblad geschreven kunnen worden.’

Waarom ben je lid van de NVFB?

‘Als enige bekkenfysiotherapeut in onze praktijk voel ik me soms ‘eenzaam’ op mijn eilandje. Meer wetenschappelijke informatie op het bekkengebied vind ik erg fijn. Naast bijscholingen, intervisie en intercollegiaal overleg fysiotherapie (IOF), houdt het NVFB-bulletin mij up-to-date.’

‘Als enige bekkenfysiotherapeut in onze praktijk voel ik me soms ‘eenzaam’ op mijn eilandje. Meer wetenschappelijke informatie op het bekkengebied vind ik erg fijn’



Goeban Jelani

interview

Dermatoloog Colette van Hees

‘Laat vrouwen niet blijven rondlopen met klachten!’

Petra Tuunter MSc
hoofdredacteur NVFB Bulletin

Vanuit haar werk als dermatoloog in het Erasmus MC in Rotterdam is Colette van Hees medeoprichter van het Vulva Zorgnetwerk in de regio Rotterdam-Rijnmond. Ze is gespecialiseerd in vulvaire aandoeningen en tropische dermatologie. Een gesprek met een verbinder met oog voor de hele patiënt.

Hoe kwam je ertoe om je te specialiseren in dermatologie?

‘Het is het leukste vak dat er is! Je ziet patiënten van alle leeftijden. Daarnaast behandel je breed, voor alle klachten aan de buitenkant van het lichaam én de slijmvliezen. Bovendien is dermatologie heel zichtbaar: je kunt direct diagnostiek doen door (uitvergroet) te kijken of een biopst te nemen. Daarnaast hebben huidaandoeningen een enorme invloed op hoe iemand zich voelt. Mensen gaan verschillend om met de invloed die hun huidziekte heeft op het uiterlijk, maar ook met andere klachten die bij de aandoening horen. Het is fijn om daar iets in te kunnen verbeteren. Van de puber met acne tot mensen met anogenitale klachten. Want wát een invloed heeft die laatste aandoening op de kwaliteit van leven, de seksualiteit en het zelfbeeld.

Met dat zelfbeeld gaan mensen heel verschillend om. De één is heel ontspannen en kan gemakkelijk naar het eigen geslachtsdeel kijken en daar met een ander over praten. Maar er zijn ook vrouwen die een afkeer hebben van hun vulva en er bijvoorbeeld zelf nog nooit naar hebben gekeken. De penis is wat dat betreft gemakkelijker, die kun je direct zien. Mannen kennen hun geslacht doorgaans dan ook goed. Maar voor vrouwen is het lastiger en voor veel vrouwen rust er nog steeds een taboe op. Ik vind het belangrijk dat mensen met een huidaandoening zichzelf beter leren kennen en dat zij door hun klachten beter te begrijpen daar in de toekomst anders mee omgaan.’



Dermatoloog Colette van Hees, medeoprichter van het Vulva Zorgnetwerk

Je hebt enige tijd in Zimbabwe gewerkt – wat bracht je daar?

‘Een periode in Afrika werken was iets wat ik altijd al wilde. Toen ontmoette ik mijn man, die dat ook wilde. Zo zijn we samen gaan zoeken naar een baan. Uiteindelijk heb ik vier jaar in Zimbabwe gewerkt. Inmiddels is tropische dermatologie, naast vulvazorg, mijn tweede interessegebied.’

Wat was de aanleiding voor het oprichten van het Vulva Zorgnetwerk?

‘Toen ik terugkwam uit de tropen werd me in het Reinier de Graaf Gasthuis gevraagd om een vulvaspreekuur te starten, samen met gynaecoloog Bram te Harmsel. Dat liep al snel storm: er ontstond een lange wachttijd. Er waren destijds weinig gespecialiseerde vulvasprekuren en niemand kende elkaar. Daarom begonnen we de werkgroep

Vulvopathologie. In 2009 hebben we de Nederlandse Vereniging voor Vulvopathologie opgericht. Er zijn ondertussen zo'n vijftig vulvapatiënten.

Via de stichting BeterKeten zijn we een stap verdergegaan. Het Erasmus MC heeft samen met een aantal ziekenhuizen in de omgeving de stichting BeterKeten opgericht. De druk op de vulvazorg neemt nog steeds toe en er is nog veel te winnen, onder andere wat betreft continuïteit van zorg. Terwijl het niet moet uitmaken in welk ziekenhuis je als patiënt komt: je moet overal dezelfde zorg krijgen en gemakkelijk verwezen kunnen worden om zo dicht mogelijk bij huis zorg te ontvangen. Drie jaar geleden hebben we een pitch gedaan met de vraag of BeterKeten ons kon ondersteunen bij het opzetten van een netwerk voor de vulvazorg. We hebben vervolgens contact gezocht met de specialisten in de ziekenhuizen in de regio. Het is heel prettig om elkaar te kennen, een gezamenlijke werkwijze te hebben, van elkaar te weten wie welke verrichtingen doet en zo gemakkelijk te kunnen verwijzen.'

'Ik vind het belangrijk dat mensen met een huidaandoening zichzelf beter leren kennen en dat zij door hun klachten beter te begrijpen daar in de toekomst anders mee omgaan'

Zijn er ook andere zorgverleners bij betrokken?

'Zeker: ondertussen zijn we via de beroepsverenigingen op zoek gegaan naar bekkenfysiotherapeuten en seksuologen die geïnteresseerd zijn in dit type zorg. Zo is Tine van den Bos, voorzitter van stichting Bekkenbodem4All, vanaf de start van de vulvapatiënt in het Reinier de Graaf Gasthuis betrokken geweest. Onlangs hebben we een bijeenkomst gehad waarin we, om van elkaar te leren, casuïstiek hebben besproken. Daar was ook een flink aantal bekkenfysiotherapeuten en seksuologen bij aanwezig. Er komen dan verrassende vragen – ik begin inmiddels een idee te krijgen van wat bekkenfysiotherapeuten precies doen. Dit geeft mij bijvoorbeeld inzicht in wanneer ik iemand beter kan verwijzen naar een seksuoloog of juist naar een bekkenfysiotherapeut, en waar de overlap zit. Andersom leren bekkenfysiotherapeuten van ons bij over huidziekten en over de zin en onzin die er rondgaat over de behandeling, zoals de angst voor het gebruik van hormoonzalf. Kortgeleden is ook onze website gelanceerd: <https://anogenitaalzorg-netwerk.nl>. Daar vind je handige informatie voor de patiënt. Ook <https://vulvapatiënt.nl> is een informatieve website.'

Wat vind je interessante ontwikkelingen?

'Ik verwacht dat de komende jaren duidelijk wordt wat de rol wordt van HPV-vaccinatie tegen het ontwikkelen van voorstadia van vulvakanker en vulvakanker bij volwassenen. We weten dat al van meisjes die gevaccineerd worden, maar de vraag is hoe goed het vrouwen helpt die de aandoening al hebben. En wat ik zelf erg mis is kennis over

welke systemische therapieën, tabletten dus, na de zalven, het meest effectief zijn bij lichen sclerosus en lichen planus. Ook wordt er hopelijk meer bekend over effectiviteit bij lichen van nieuwe middelen, zoals *biologics*, *targeted therapy* en meer toegepaste ontstekingsremmers. Die bestaan al voor de behandeling van psoriasis, eczeem, de ziekte van Crohn en vormen van kanker. Verder zou ik graag zien dat er meer bewustwording komt, waardoor vrouwen niet verlegen zijn om naar de arts te stappen met klachten. Sinds 2012 zijn er richtlijnen voor lichen sclerosus en lichen planus. Ik hoop dat de bekendheid van deze aandoeningen onder huisartsen, maar ook onder bekkenfysiotherapeuten, gaat toenemen.'

Zijn er ook inhoudelijke ontwikkelingen op het gebied van lichen sclerosus?

'De Stichting Lichen Sclerosus houdt jaarlijks een webinar waar altijd veel belangstelling voor is. Je kunt daarover informatie vinden op hun website: www.lsnederland.nl. Verder vind ik het promotieonderzoek van Beth Morel interessant, naar de ontwikkeling van lichen sclerosus vanaf de kindertijd. En nog altijd relevant is het onderzoek van alweer enige jaren geleden waaruit blijkt dat het zinnig is om zelf te blijven gebruiken bij lichen sclerosus in plaats van het smeren te onderbreken als er geen klachten zijn. Dat is al enige tijd bekend, maar nog lang niet overal doorgedrongen. Het blijkt uit onderzoek dat onderhoudsbehandeling voorkomt dat er klachten zijn, dat de vorm van de vulva verandert of dat er een voorstadium van kanker ontstaat.'

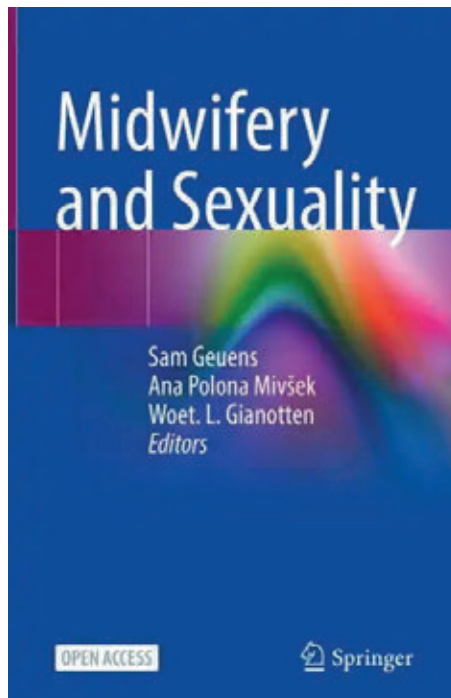
Heb je nog advies voor bekkenbodempfysiotherapeuten?

'Bij aandoeningen als lichen sclerosus, maar ook bij eczeem of bijvoorbeeld psoriasis kunnen vrouwen bekkenbodemp Problemen ontwikkelen. Bekkenfysiotherapeuten hoeven niet alle aandoeningen te kennen, als ze zich er maar van bewust zijn dat er leef- en behandelregels bij horen. En als het niet goed gaat, moedig vrouwen dan aan om terug te gaan naar hun arts of als ze niet tevreden zijn, een andere arts te zoeken. Laat vrouwen niet blijven rondlopen met klachten en zorg dat zij geen genoegen nemen met een onvoldoende behandelde aandoening.'

'Dankzij het netwerk heb ik inzicht in wanneer ik iemand beter kan verwijzen naar een seksuoloog of juist naar een bekkenfysiotherapeut'



Boek be- spre- king



Midwifery and Sexuality

Auteurs: Sam Geuens, Ana Polona Mivšek en Woet L. Gianotten

Omvang: 368 pagina's

Uitgeverij: Springer

ISBN 978-3-031-18432-4

**Prijs: gratis (e-book),
€ 64,99 (hardcover)**

Petra Tuunter MSc
hoofdredacteur NVFB Bulletin

De redactie werd gewezen op het gratis te downloaden boek onder redactie van klinisch seksuoloog Sam Geuens, verloskundige en onderzoeker dr. Ana Polona Mivšek en arts en psychotherapeut Woet Gianotten. Het bevat bijdragen van 36 experts uit 14 landen over de integratie van seksuele gezondheid in de zorg voor zwangere en postpartum stellen, en richt zich op verloskundigen. De materie is echter ook zeer relevant voor de bekkenfysiotherapeutische praktijk.

Synopsis

De verloskundige kan een vitale rol spelen in het bekrachtigen van vrouwen en het adviseren op het gebied van seksualiteit, schrijven de redacteurs in het voorwoord. De meeste nieuwe ouders ervaren een vermindering van seksueel welzijn in de eerste vier jaar na de geboorte van hun kind. De onvrede die veel jonge vaders ervaren op seksueel gebied, kan gemakkelijk een bedreiging worden voor het voortbestaan van de relatie en het welzijn van de ouders, en dus ook voor het welzijn van het kind. De verloskundige kan een belangrijke vraagbaak zijn bij het voorkomen of oplossen van problemen op het vlak van seksualiteit, maar moet daar dan wel voor zijn opgeleid. Het boek wil in die educatie voorzien.

Het boek is ingedeeld in vijf modules. De eerste geeft algemene informatie over seksualiteit. De volgende twee behandelen de fasen van seksuele ontwikkeling en voortplanting. Module 2 beschrijft de natuurlijke, fysiologische, gezonde ontwikkeling en module 3 gaat in op problemen daarin.

De vierde module focust op algemene thema's, zoals de mannelijke partner en andere culturen en de laatste module adresseert de integratie van seksuele gezondheid in het onderwijs en de praktijk van de verloskundige.

De verloskundige kan een vitale rol spelen in het bekrachtigen van vrouwen en het adviseren op het gebied van seksualiteit, schrijven de redacteurs in het voorwoord

Oordeel

De up-to-date bijdragen van bekende namen, zoals bekkenfysiotherapeuten Liesbeth Westerik en Marjolein Lutke Holzik en seksuoloog Woet Gianotten, en mogelijk minder bekende experts, zoals seksuoloog Suaad Abdulrehman, gespecialiseerd in FGM (*female genital mutilation*) en – wellicht wel weer beter bekend – Erna Beers, specialist op het gebied van farmacoseksuologie, vormen een schat aan informatie.

Het is een rijk boek, dat zowel uitnodigt om het van begin tot eind te lezen als om op terug te grijpen voor specifieke vraagstukken uit de praktijk – óók die van de bekkenfysiotherapeut.

Samenvatting van een kwalitatief onderzoek

Hulpzoekgedrag van Turkse en Marokkaanse vrouwen voor bekkenbodemplachten

In haar thesis heeft bekkenfysiotherapeut Vicky Derks het hulpzoekgedrag van Turkse en Marokkaanse vrouwen voor bekkenbodemplachten in kaart gebracht. Ook deed zij onderzoek naar de barrières die deze vrouwen ervaren bij hulp zoeken en de kennis die zij hebben over de behandelmogelijkheden.

Vicky Derks MSc
bekkenfysiotherapeut

Bekkenbodemplagerelateerde klachten, zoals mictie- en defectatie-, prolaps- en seksuele klachten, hebben een hoge prevalentie bij vrouwen. Zij hebben een negatief effect op de kwaliteit van leven. Dat kan onder andere leiden tot verlies aan zelfvertrouwen en eigenwaarde. Meerdere richtlijnen bevelen conservatieve behandeling van deze klachten aan met bekkenfysiotherapie. Veel vrouwen zoeken echter geen hulp voor deze klachten.

Aanleiding

Mensen met een migratieachtergrond hebben een minder goede gezondheid en een minder goede toegang tot de gezondheidszorg dan niet-migranten. Dat komt bijvoorbeeld door beperkte communicatie en inadequate verwachtingen van zorgverleners. Voor zover bekend is er geen onderzoek gedaan naar het hulpzoekgedrag van migranten voor bekkenbodemplachten.

Semi-gestructureerde interviews

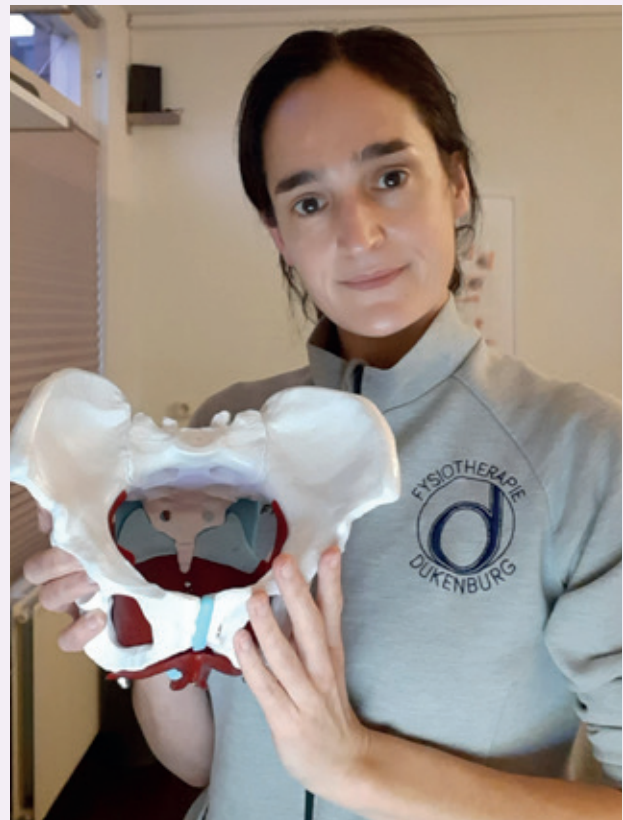
Dit onderzoek is uitgevoerd onder Turkse en Marokkaanse vrouwen uit de wijk Dukenburg in Nijmegen. Vrouwen die de Nederlandse taal onvoldoende beheersten en geen mogelijkheid hadden om een vrouwelijk familielid als tolk in te schakelen, zijn geëxcludeerd. Een beperking van dit onderzoek was dat enkel participanten die meer dan tien jaar in Nederland waren en Nederlands spraken, bereid waren deel te nemen.

Participanten zijn benaderd via migranten- en thuiszorgorganisaties, verloskundigen en huisartsen in de wijk en tijdens koffiemiddagen voor migranten in de wijk.

Gegevens zijn verzameld met semi-gestructureerde interviews tot saturatie was bereikt. De interviews werden verbatim (letterlijk) getranscribeerd en geanalyseerd aan de hand van thematische analyse. Dit kwalitatieve onderzoek is voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie Utrecht (METC Utrecht) ter goedkeuring van niet medisch-wetenschappelijk onderzoek (NWMO) met mensen.

Redenen om (geen) hulp te zoeken

Tussen december 2021 en april 2022 zijn twaalf interviews



Vicky Derks

afgenomen met zes Turkse en zes Marokkaanse vrouwen. De interviews duurden gemiddeld 40 (30-51) minuten. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 48,8 (37-69) jaar. Deelnemers woonden gemiddeld 32,4 (10-51) jaar in Nederland en hadden mediaan 3 (2-6) zwangerschappen doorgemaakt. Alle participanten hadden ervaring met bekkenbodemplachten. Er zijn vier thema's naar voren gekomen om wel of geen hulp te zoeken: 1) interculturele communicatie, 2) bekendheid behandelopties, 3) cognities en 4) gevoelens.

Interculturele communicatie

De eerste generatie migranten had weinig kennis van het lichaam, een taalbarrière en beperkte kennis en begrip van de Nederlandse cultuur. Deze vrouwen voelden zich vaak niet begrepen door de zorgverlener. Dit stond het hulp

zoeken voor bekkenbodemplachten in de weg. Tweede-generatieparticipanten zaten tussen twee culturen in. Zij beleefden de barrière in mindere mate dan hun ouders, omdat zij de Nederlandse taal en cultuur beter vaardig waren en meer wederzijds begrip ervoerden.

‘De eerste generatie, die zijn een beetje verlegen. Ook met kinderen, ook met andere mensen en zo. Die praten niet echt gauw over dat soort onderwerpen. Die hebben een soort schaamte. Ze zijn ook niet gewend weet je wel. Ik weet van Arabieren over het algemeen ze zijn allemaal hetzelfde, ook Turken en Egyptenaren.’

(Participant 9, Marokkaans)

Bekendheid behandelopties

De meerderheid van de participanten had geen advies of verwijzing naar bekkenfysiotherapie gekregen voor hun bekkenbodemplachten. Ook kregen zij op geen enkele andere wijze informatie over de behandel mogelijkheden van bekkenbodemplachten.

‘Ik denk ook dat de meeste Turkse vrouwen en vooral de generatie boven ons, ook mijn generatie, niet weten wat het is of dat je met die klachten iets kan doen.’ (Participant 3, Turks)

Participanten hadden behoefte aan eenvoudige voorlichting over bekkenfysiotherapie in de eigen taal. Enkele participanten waren bekend met bekkenfysiotherapie. Zij zijn verwezen door de huisarts of fysiotherapeut.

Cognities

Religieuze overtuigingen beïnvloedden het hulpzoekgedrag voor bekkenbodemplachten van de participanten. Allen gaven de voorkeur aan een vrouwelijke zorgverlener. Socioculturele overtuigingen, zoals alles voor de gemeenschap doen en jezelf niet op nummer één zetten, belemmerden het hulp zoeken voor bekkenbodemplachten. Participanten dachten dat urine-incontinentie hoort bij zwangerschap en ouder worden, zien deze klachten niet als een ziekte en zochten daarom geen hulp.

Gevoelens

Naarmate de bekkenbodemplachten meer impact op het dagelijks leven hadden, zochten participanten eerder hulp. Zij gaven daarbij aan dat bij de eerste en tweede generatie

‘Ja, we praten er onderling wel over, meestal ook wel geïnteresserd, maar ik weet niet of het als een echte ziekte of kwaal wordt gezien. Het is meestal zo, het hoort erbij en je wordt ouder dus alles werkt minder.’ (Participant 1, Turks)

migranten schaamte een belangrijke reden was om geen hulp te zoeken. Wantrouwen ten aanzien van zorgverleners speelde een belangrijke belemmerende rol bij hulp zoeken.

Verbanden

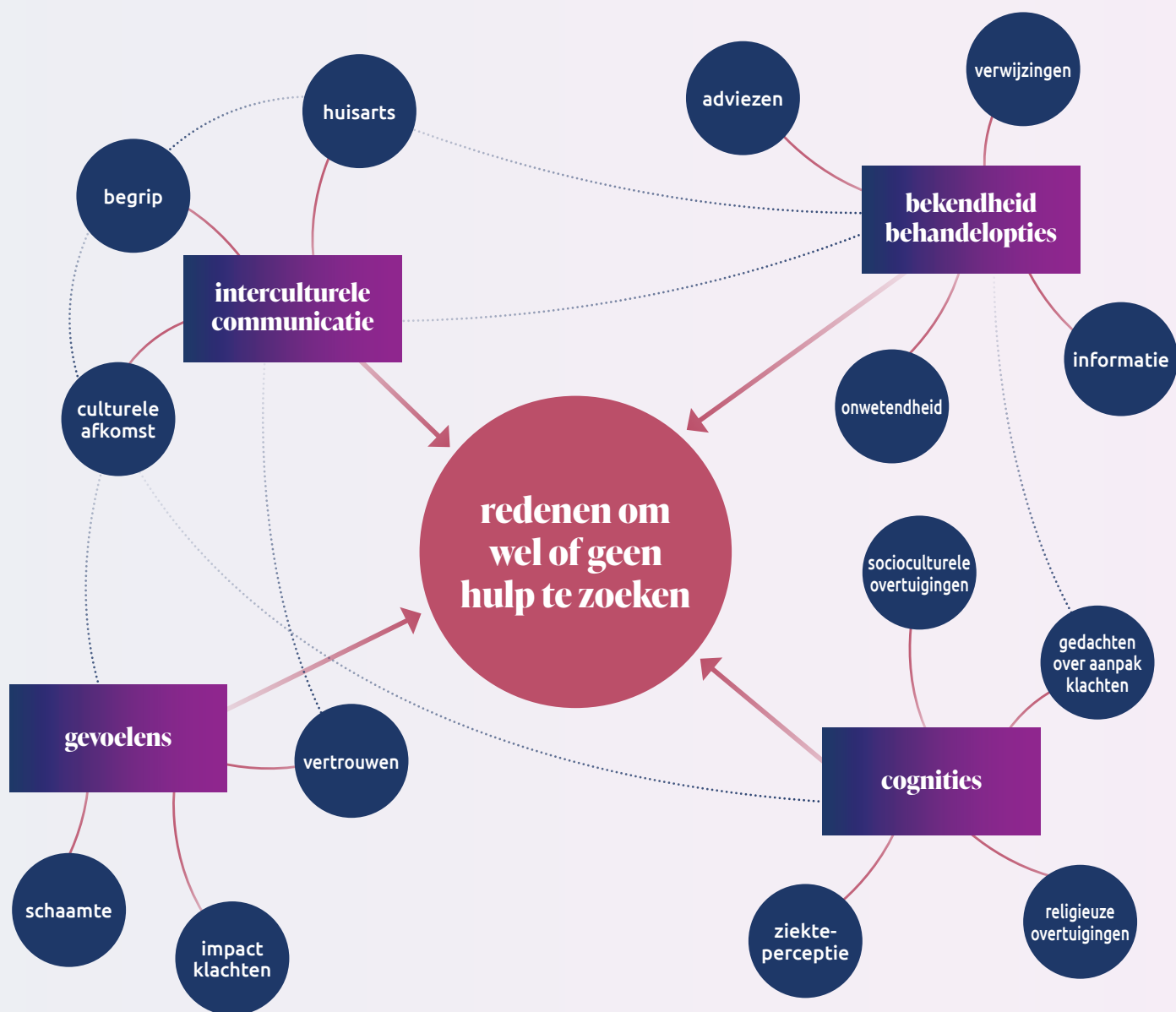
Er zijn verbanden te leggen tussen de vier thema's. Bij hulp zoeken voor bekkenbodemplachten ervoerden de doelgroepen drempels die cultureel bepaald waren (*gevoelens* en *cognities*) of hadden ze te maken met de positie waarin migranten verkeren (*interculturele communicatie*). Schaamte stond het hulp zoeken in de weg. De taalbarrière en matige culturele competenties van zowel cliënt als zorgverlener zorgden voor *gevoelens* van wantrouwen en onbegrip bij de cliënt. Ook dit belemmerde het hulp zoeken. Hierdoor raakten participanten niet *bekend met behandelopties*. Daarnaast werd vaak gedacht dat bekkenbodemplachten hoorden bij zwangerschap en ouderdom en werden deze klachten niet als ziekte gezien (*cognities*). Verder was er veel onwetendheid over de behandelopties van bekkenbodemplachten (*bekendheid behandelopties*). Hierdoor zochten deelnemers geen hulp en was het niet mogelijk bekkenfysiotherapeutische zorg aan te bieden (zie figuur 1 op de volgende pagina).

Sleutelrol voor samenwerking

De Nederlandse overheid stelt dat alle burgers recht hebben op toegang tot de gezondheidszorg die ze nodig hebben. Vanwege de aard en locatie van bekkenbodemplachten is persoonsgerichte zorg hierbij uitermate belangrijk. Voor het succesvol implementeren van bekkenbodemplachten spelen de lokale gemeenschap, migranten- en vluchtelingengemeenschappen en partners dan ook een sleutelrol. Goede samenwerking tussen deze partijen kan een belangrijke bijdrage leveren aan het bieden van passende zorg met bekkenfysiotherapie aan migranten met bekkenbodemplachten.

Conclusie

Participanten worden belemmerd in hulp zoeken voor bekkenbodemplachten door onwetendheid, culturele afkomst en beperkte interculturele communicatie met zorgverleners. Voorlichting aan deze doelgroep en verbetering van culturele competenties van zorgverleners kunnen hulp zoeken bij bekkenbodemplachten faciliteren en ervoor zorgen dat meer vrouwen gebruik kunnen maken van bekkenfysiotherapeutische behandeling.



Figuur 1: relaties tussen de thema's

Referenties

- Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2019;31(6):485–93. doi:10.1097/GCO.0000000000000584.
- Lebano A, Hamed S, Bradby H, et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1039. Published 2020 Jun 30. doi:10.1186/s12889-020-08749-8.
- Nederlandse Vereniging voor de Verenigde Naties (NVVN). Goede gezondheidszorg voor iedereen, overal. <https://www.nvvn.nl/goede-gezondheidszorg-voor-iedereen-overal/>. Gepubliceerd 09-04-2018. Bezocht 10-04-2022.

Het volledige proefschrift is op te vragen via: vickyderks@hotmail.com

Gastro-intestinaal chirurg Maarten van Heinsbergen 'Onderling contact bij LARS-problematiek maakt de zorg beter'

Petra Tuunter MSc
hoofdredacteur NVFB Bulletin

Op de LARS-poli van het VieCuri Medisch Centrum in Noord-Limburg ziet gastro-intestinaal chirurg dr. Maarten van Heinsbergen mensen met klachten die zijn ontstaan na een endeldarm-operatie. Hij is ook gepromoveerd op de invloed van operaties op de kwaliteit van leven van oncologiepatiënten.

Hoe ben je ertoe gekomen om GI-chirurg te worden en je te specialiseren in LARS, het Low Anterior Resectie-syndroom?

'Ik ben me al als student gaan verdiepen in LARS. Tijdens mijn coschappen kwam ik een heel fascinerend iemand tegen, een gastro-intestinaal chirurg. Hij was zó geboeid door de kwaliteit van leven van oncologische patiënten en alles wat er daarna kwam, dat ik besepte dat een chirurg niet alleen iemand is die bezig is met dat 'kunstje', maar ook met de vraag hoe patiënten het doen ná zijn operatie. Dat was voor mij een eyeopener. Ik ben me toen gaan verdiepen in wetenschappelijk onderzoek op het vlak van dikkedarmkanker en colorectaalcarcinoom, en onderzoek gaan doen naar LARS. Een jaar later kwam ik in opleiding tot chirurg. Omdat ik me al aan het specialiseren was in LARS, werd GI-chirurgie automatisch het meest interessant voor mij.'

Op 30 juni van dit jaar ben je gepromoveerd – nog gefeliciteerd!

'Ja, dank je wel! Mijn promotieonderzoek gaat met name over LARS. Toen ik begon met mijn onderzoek, rond 2016, was LARS nog niet zo bekend. De eerste studies naar het syndroom werden pas rond 2014 gedaan in Denemarken. Toen beseften hier en daar enkele chirurgen dat hun operatieve ingrijpen best wat consequenties konden hebben. Vanuit dat perspectief zijn we gaan kijken welke mensen last hebben van het LARS, wat de risicofactoren zijn en of deze klachten bijvoorbeeld ook voorkomen bij een darmresectie hoger dan op de sfincter. Het bleek dat best veel mensen na een darmresectie, ook al was dat op hoger niveau, last hadden van deze vervelende klachten.'

Van daaruit zijn we onderzoek gaan doen naar mogelijke behandelstrategieën, en hebben we een pilot opgezet met een behandelplan, waarin we vooral nadruk legden op het multidisciplinaire karakter door een diëtiste en een bekkenfysiotherapeut en een psycholoog erbij te betrekken. Na de pilot bleek dat de mensen in de multidisciplinaire behandeling het veel beter deden op kwaliteit van leven dan zij die die de gebruikelijke zorg kregen. Ze hadden ook veel minder LARS-klachten. Dit gaf aanleiding om de LARS-poli te starten, nu inmiddels anderhalf jaar geleden.'

Wat gebeurt er op de LARS-poli?

'De poli is bedoeld voor patiënten die pas geopereerd zijn aan hun sigmoïd of rectum. Zij worden standaard door onze colon-care verpleegkundige, ofwel de LARS-verpleegkundige, opgebeld op een aantal vaste tijdstippen na de operatie. Dan wordt hun kwaliteit van leven beoordeeld, maar ook wordt er aan de hand van een vragenlijst heel specifiek gevraagd naar LARS-klachten.'

'Is er sprake van sfincter- of bekkenbodempromotiek, dan verwijzen we naar de bekkenfysiotherapeut'

Mensen met een hoge LARS-score worden uitgenodigd op de poli. We proberen zo in een heel vroeg stadium de klachten onder controle te krijgen. Vaak is het zo dat mensen last hebben van een heel hoge frequentie van de ontlasting, of van heel dunne ontlasting, of een combinatie van die twee. Vaak vermindert de aanpak van die twee zaken de klachten al, door de ontlasting wat vaster te maken of de frequentie wat lager. Is er sprake van sfincter- of bekkenbodempromotiek, dan verwijzen we naar de bekkenfysiotherapeut. De diëtiste wordt er standaard bij betrokken om te zorgen dat de mensen dieetaanpassingen krijgen die rekening houden met hun veranderde darm.'

Zien jullie ook andere patiënten?

'Zeker, we zijn er ook voor patiënten die uit het hele land verwezen worden naar de LARS-poli. Vaak zijn dat mensen die ten einde raad zijn, last hebben van een bepaald klachtenpatroon en zich herkennen in de verhalen van

lotgenoten. Zo komen ze via hen bij ons terecht; we maken nog niet echt reclame voor de poli.

Deze begeleiding gebeurt vaak op afstand. We proberen een bekkenbodempfysiotherapeut in de eigen regio te benaderen, terwijl we ervoor zorgen dat de patiënt op regelmatige basis – maar ook niet te vaak – bij ons op de poli komt, zodat we een vinger aan de pols kunnen houden. Soms zien we mensen die 20 of 25 jaar geleden een resectie ondergingen, die geen normaal ontlastingspatroon hebben en daarmee dus ook niet normaal kunnen deelnemen aan het sociale of professionele leven. Die komen er dan achter dat ze met een paar simpele tabletten of zakjes, of wat bekkenfysiotherapie, weer een relatief normaal leven kunnen leiden. Dat zijn echt heel dankbare momenten.'

Wat vind je op dit moment interessante ontwikkelingen?

'Op oncologisch vlak vind ik de vooruitgang van immunotherapie heel indrukwekkend. Het feit dat bepaalde subvormen van kanker heel goed reageren op bepaalde therapie, waardoor de chirurgie bijna overbodig wordt, vind ik een heel interessante theorie. Dat mensen zo minimaal-invasief mogelijk van hun aandoening afkomen, en dat we dus ook geen ingrepen doen waar mensen 20 jaar last van hebben.

Op het vlak van bekkenfysiotherapie denk ik dat er veel winst te behalen is voor de geopereerde patiënt. Er is een aantal onderzoeken dat de meerwaarde van bekkenfysiotherapie bij LARS-patiënten nog niet helemaal naar voren laten komen. Ik denk dat dit komt doordat alle patiënten met LARS daarin bij elkaar zijn genomen, terwijl ik vermoed dat niet alle patiënten baat hebben bij bekkenfysiotherapie. Je moet dus een goede voorselectie doen.'

Waar vind je dat meer aandacht voor zou moeten zijn?

'Ik denk dat het zinvol is om patiënten frequenter te zien en meer contact te houden met bijvoorbeeld een bekkenfysiotherapeut of een gespecialiseerd verpleegkundige. Heel vaak zie je dat bepaalde maatregelen worden ingezet bij deze patiëntengroep, en dat die dan voor drie maanden op pad worden gestuurd. Maar als een patiënt



Maarten van Heinsbergen

iets geprobeerd heeft, en na een week werkt het niet, dan stopt die ermee. Dan komt zo iemand na drie maanden terug bij de dokter met de mededeling dat 'het niet heeft gewerkt'. De nuance zit hem dan vaak in het aanpassen van de dosis. Als je in zo'n situatie iedere twee weken contact hebt, blijkt dat je na zes weken al een goede instelling hebt gevonden, en dat klachten daarna perfect onder controle zijn. De keuze voor frequenter en korter

contact, niet noodzakelijk met een arts, kan de zorg goedkoper en effectiever maken, denk ik.'

Wat zou je bekkenfysiotherapeuten willen meegeven?

'Schroom niet om de arts te bellen. Mijn ervaring is dat niets zo interessant is als samen sparren en overleggen over een patiënt. Ik weet vrij weinig van bekkenfysiotherapie, en fysiotherapeuten weten vaak niet alles over de ingrepen die wij hebben uitgevoerd. Soms is de therapeut terughoudend met therapie in de angst iets kapot te maken, en andersom zijn wij soms terughoudend met bekkenfysiotherapie, omdat we denken dat geen meerwaarde heeft. Onderling contact daarover vind ik fijn, om op die manier samen te werken voor de patiënt.

Mocht je patiënten treffen met LARS-klachten die geen ingang vinden bij hun eigen arts of specialist: ze zijn altijd welkom om bij ons het gesprek aan te gaan. Dat betekent niet dat wij een bepaalde behandeling overnemen. Het enige wat wij doen is informatie geven en een richting in sturen in hun eigen regio. Vaak helpt het al dat mensen inzicht krijgen in hun problematiek. Op het moment dat ze begrijpen wat er mis is en waarom ze bepaalde klachten hebben, kunnen ze in hun eigen regio de adviezen invullen. Samen kunnen we het beter maken.'

HET BEKKEN IN DE OSTEOARCHEOLOGIE

Kiki Gaarhuis
archeoloog bij onderzoeksbureau RAAP

Niet alleen in de bekkenfysiotherapie speelt het bekken een belangrijke rol. Binnen de osteoarcheologie, de studie van het menselijk skelet in een archeologische context, is er voor dit lichaamsdeel eveneens een essentiële rol weggelegd.

Het bekken, of *ossa coxae*, wordt onder andere gebruikt om bij menselijke resten de sekse en de leeftijd in te schatten. De *ossa coxae* zijn niet het enige middel, maar wel het meest betrouwbare en accurate middel. Dit is omdat het vrouwelijke en mannelijke bekken, vanuit evolutionair en natuurlijk perspectief, een verschillende functie hebben.

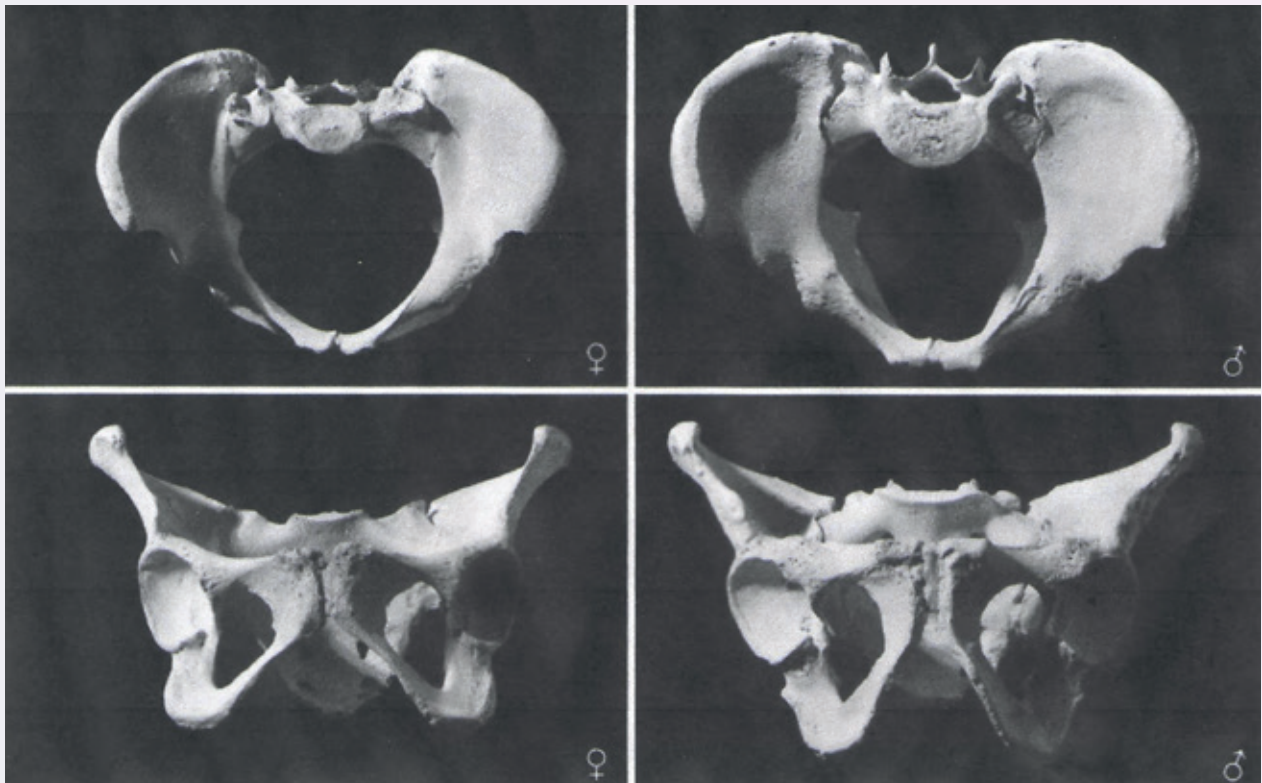
Seksuele dimorfismes

Tijdens de menselijke evolutie heeft selectiedruk voor seksuele dimorfismes gezorgd die zichtbaar zijn in het bekken. Zo is de bekkeningang bij vrouwen wijder dan bij mannen, zijn de *incisura ischiadica major* bij vrouwelijke *ossa coxae* breder dan bij mannen, is het *os pubis* inclusief de *ramus*

superior langer bij vrouwen, vormt de *subpubic angle* bij vrouwen een grotere hoek en is het *acetabulum* over het algemeen kleiner bij vrouwen dan bij mannen.

Accurate geslachtsbepaling

Door de jaren heen zijn er vele methoden ontwikkeld voor de geslachtsbepaling van het bekken. De meest accurate en bekendste hiervan is de door T.W. Phenice in 1969 ontwikkelde *Phenice-methode*. Hierbij worden drie onderdelen van het bekken beoordeeld op hun aan- of afwezigheid: de *ventral arc*, *subpubic concavity* en het mediale aspect van de *ischiopubic ramus*. Deze methode wordt vaak aanvullend gebruikt op de methode van de *Workshop of European Anthropologists*. Hierbij worden bepaalde skeletale elementen beoordeeld op een schaal van -2 (vrouwelijk) tot en met +2 (mannelijk). Deze methoden zijn alleen te gebruiken voor de resten van volwassenen, omdat de beenderen van kinderen nog niet genoeg ontwikkeld zijn om een onderscheid te kunnen maken tussen mannelijk of vrouwelijk. Daarom wordt DNA-analyse gebruikt om de sekse van kinderskeletten te bepalen (White & Folkens, 2005; Phenice, 1969).



Het vrouwelijk bekken (links) en het mannelijk bekken (rechts).

Bron: White TD, Black MT & Folkens PA (2011). *Human Osteology*. London: Academic Press.

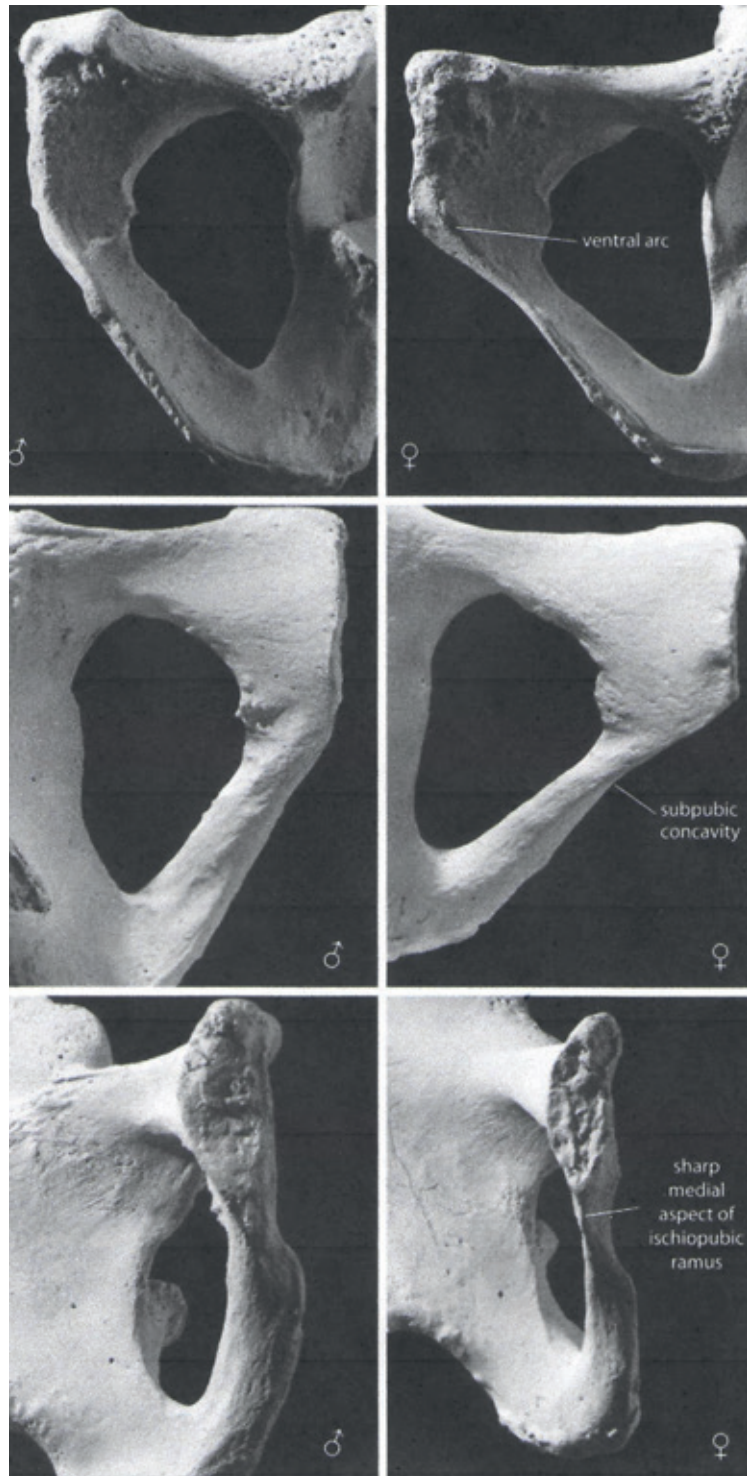
‘Het bekken is een accuraat hulpmiddel om bij menselijke resten de sekse en de leeftijd in te schatten’

Afgevlakt oppervlak

Aan de hand van het bekken is binnen de osteoarcheologie ook de leeftijd van een individu te bepalen. Bij het inschatten van leeftijd wordt onder andere gekeken naar het oppervlak van de *symphysis pubis*. Op jonge leeftijd is het oppervlak van de symphysis pubis hobbelig met horizontale ruggen en tussenliggende groeven. Na verloop van tijd beginnen deze te verslijten en wordt het oppervlak steeds vlakker en uiteindelijk ontstaat er een depressie in het oppervlak. Aan de hand van de mate waarin het oppervlak is afgevlakt, wordt de leeftijd ingeschat (White & Folkens, 2005).

Zwangerschap

Kan het bekken ons ook vertellen of een individu een kind heeft gebaard of niet? Een zwangerschap en geboorte hebben een grote invloed op het lichaam en de hormoonhuishouding ervan. Om inzicht te krijgen in vruchtbaarheid, hebben meerdere onderzoekers gezocht naar aanwijzingen voor markeringen van geboorte of zwangerschap in het menselijke skelet. Tekenen van zwangerschap en geboorte zijn het ontspannen van de gewrichtsbanden van het bekken en de druk op het bekken tijdens de geboorte tot het ontstaan van kuiltjes (pitting) in de *preauricular sulcus* en het posterior lichaam van de os pubis (dorsal pits). Deze blijken echter ook voor te kunnen komen bij enkele mannen en ook bij vrouwen die geen kinderen hebben gekregen. Er zijn dus geen betrouwbare skeletale tekenen die aanwijzingen geven voor zwangerschap en/of geboorte.



De drie onderdelen van het bekken die bij de Phenice-methode worden gebruikt.
Bron: White TD, Black MT & Folkens PA (2011). *Human Osteology*. London: Academic Press.

Vier wetenswaardigheden over het bekken

- Het mannelijk *ilium* is in sommige gevallen zo komvormig dat als je er rijst mee op zou scheppen, het er in zou blijven liggen.
- Als de heup uit de kom raakt en niet terug wordt gezet, ontstaat uiteindelijk een tweede heupkom.
- Pas op 23-jarige leeftijd is het bekken volgroeid.
- Er bestaat een geboorteafwijking waarbij de *os pubis* niet ontstaat: een gespleten bekken.

Vijf vragen over het beroepsprofiel bekkenfysiotherapie

De fysiotherapie werkt sinds 2021 met een algemeen beroepsprofiel. Wat hebben beroepsbeoefenaars, zorgverleners en patiënten daaraan? En hoe zorgt de schrijfgroep bekkenfysiotherapie voor een goede aanvulling voor de gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut?

#1 Wat is het doel van het beroepsprofiel?

Het is belangrijk dat fysiotherapeuten hun beroep uitoefenen binnen het kader van het beroepsprofiel. Dit waarborgt de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Daarom staan de context, kennis, vaardigheden, verantwoordelijkheden en competenties van de fysiotherapeut beschreven in een beroepsprofiel. Het is ook een kader voor patiënten, opleidingen, accrediterende instanties, andere zorgprofessionals, onderzoekers en beleidsmakers. Hierdoor weten partijen wat ze kunnen verwachten van een fysiotherapeut en welke competenties deze beheerst binnen een specifiek vakgebied. Dit kan bijdragen aan een betere samenwerking tussen zorgprofessionals en aan een hogere kwaliteit van zorg.

#2 Wat doet de schrijfgroep bekkenfysiotherapie?

Per specialisatie houdt een schrijfgroep zich bezig met het schrijven van aanvullingen op het profiel van de algemeen fysiotherapeut. Deze aanvullingen betreffen datgene waarin de specialist zich onderscheidt van de algemeen fysiotherapeut.

#3 Het beroepsprofiel is opgedeeld in vier modules. Kunnen jullie kort per module aangeven wat het inhoudt?

Module 1:

Context waarin de bekkenfysiotherapeut werkt en zich begeeft

Hierin staat wat ons vak inhoudt, op welke gebieden in het lichaam wij werkzaam zijn en welke patiëntengroepen wij behandelen. Vooral de diversiteit van het vak bekkenfysiotherapie is nog onbekend onder patiënten, collega's en behandelaren. De zwangeren met bekkenpijn kent iedereen wel, maar wat we verder doen vaak niet.

Module 2:

Het vakgebied bekkenfysiotherapie

In dit gedeelte staan alle bekkenfysiotherapeutische handelingen beschreven. Maar ook hoe de behandeling eruitziet en over welke behandelmogelijkheden en competenties de bekkenfysiotherapeut beschikt.



Bernadette Berendes-van Dijk
voorzitter schrijfgroep
beroepsprofiel (BP),
bekkenfysiotherapeut MSPT,
oedeemfysiotherapeut,
oud-secretaris NVFB 2014 - 2022,
sinds 2022 niet meer werkzaam
als fysiotherapeut, met pensioen



Tine van den Bos
lid schrijfgroep BP,
bekkenfysiotherapeut MSPT,
Werkzaam bij AdFysio De Lier,
Voorzitter NVFB 2012 - 2017,
Voorzitter Bekkenbodem4All
2019 - heden

Module 3:

De rollen van de fysiotherapeut

Deze rollen zijn beschreven door een selectie van verschillende schrijfgroepen. Iedere specialisatie heeft hierop nog wel een aanvulling kunnen geven.

Module 4:

Competenties waarover de fysiotherapeut direct na afstuderen beschikt

De specialisaties zijn bijna allemaal masteropleidingen en de competenties van een master worden op EQF 7-niveau beschreven. Om uniformiteit aan te brengen, zijn deze competenties eveneens door een selectie van verschillende schrijfgroepen geschreven.

#4 Welke nieuwe interventies staan in de herziening die het domein bekkenfysiotherapie verdieping geven?

Echografie is uitgewerkt in de behandelingen. Dit mede omdat er al in 2018 een echostandpunt is aangenomen in de Algemene Ledenvergadering van de NVFB.

Daarnaast hebben wij ons hard gemaakt voor het toevoegen van een fysiotherapiebrede module 5. In deze module wordt beschreven hoe de samenwerking tussen de verschillende specialisaties is vorm te geven en hoe we dit kunnen implementeren.

#5 Wat moet er nog gebeuren?

Module 5 moet nog uitgewerkt worden. Hierin denken we ook na over de implementatie. De schrijfgroep is al in gesprek met de NVFK, waar het de behandeling van kinderen met zindelijkheidsproblemen betreft. Maar je kunt ook denken aan samenwerkingen met onder meer de NVFG, de VHVL en de NVFL.

Het beroepsprofiel is voor NVFB-leden te lezen op de NVFB-website.

‘Dankzij het beroepsprofiel weten partijen precies wat ze kunnen verwachten van een fysiotherapeut en welke competenties deze beheerst’



Petra van Nierop

lid schrijfgroep BP,
bekkenfysiotherapeut MSPT,
werkzaam bij Fysio Team
Voorburg,
opleider Bekkenfysiotherapie
2002 - 2008,
secretaris NVFB 2010 - 2014



Nicole van Bergen

projectleider BP
en bestuurlijk verantwoordelijk,
manueel therapeut MMT,
bekkenfysiotherapeut MSPT,
sportfysiotherapeut,
werkzaam bij Fysiotherapeutisch
Centrum Van Bergen,
penningmeester NVFB 2015 - 2017,
voorzitter NVFB 2017 - heden



Boek be spre king



De waarheid over seks

Plezier en gendergelijkheid op planeet Aarde

Auteurs: Ellen Laan en Rik van Lunsen

Omvang: 352 bladzijden

Uitgeverij: De Arbeiderspers

ISBN 978 90 29549 981

Prijs € 25,99

Andrea Eggen MSc
redactie NVFB Bulletin

Oordeel

De overeenkomsten tussen vrouwen en mannen in het lijf en in het brein, ook in seksueel opzicht, zijn vele malen groter dan de minimale verschillen. Onderzoek van vele wetenschappers, waaronder de auteurs, de inmiddels overleden gz-psycholoog-seksuoloog Ellen Laan en arts-seksuoloog Rik van Lunsen, bewijst dat elke keer weer. Dit waanzinnig goede boek is een prachtig pleidooi voor meer lol tussen de lakens, voor vrouwen en mannen. Makkelijk te volgen en prettig te lezen. De herhalingen zorgen ervoor dat het goed beklijft.

Synopsis

Hoofdstuk 1 De auteurs komen hier tot de conclusie dat bevruchting eerder een bijproduct van plezier is dan omgekeerd. Zo is de clitoris het enige orgaan dat geen enkele andere functie heeft dan het geven van plezier.

‘Dit waanzinnig goede boek is een prachtig pleidooi voor meer lol tussen de lakens’

Hoofdstuk 2 bespreekt waarom mannen vaker seks lijken te willen dan vrouwen. Zo vindt ongeveer 15% van de vrouwen

pijn van penetratieseks normaal. Tegelijkertijd is er geen man die zich kan voorstellen dat hij verdergaat met seks als hij vooraf zeker weet dat het pijn gaat doen.

Hoofdstuk 3 gaat over problemen met opwinding en zin. Zin in seks komt niet uit de lucht vallen en libido bestaat niet. Volgens het patriarchale script is ‘echte’ seks: penis-in-vagina (PIV-)seks. Alsof seks zonder penetratie geen echte seks zou zijn. In de woorden van de auteurs: ‘Je hebt geen zin nodig voor seks, maar je hebt wél lekkere en plezierige seks nodig voor zin.’

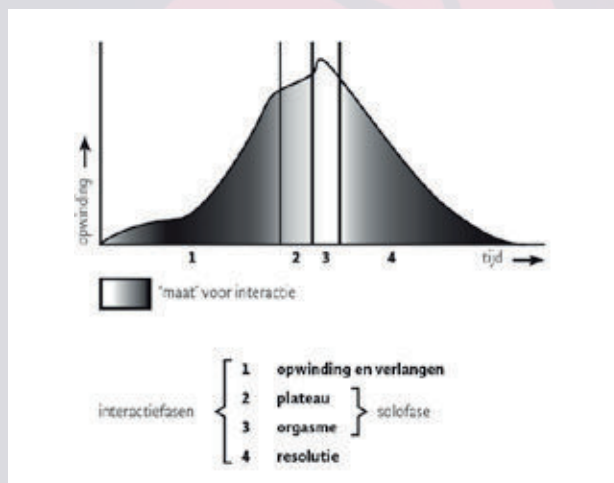
Hoofdstuk 4 belicht de plezierkloof en de bagatellisering van het clitoraal complex. De auteurs lezen tot hun ontsteltenis in de wetenschappelijke literatuur en vrouwenbladen dat vrouwen een orgasme minder belangrijk zouden vinden. Toch antwoordt 100% van de vrouwen dat ze het liefst ook klaarkomen tijdens een vrijpartij. De auteurs introduceren hier de *Amsterdam Sexual Pleasure Index (ASPI)*, de eerste gevalideerde vragenlijst over seksueel plezier. Toepasbaar bij alle genders, elke seksuele oriëntatie en ongeacht de anatomie van de geslachtsorganen.

Hoofdstuk 5 Pijn hoort écht niet bij seks. De auteurs leggen uit waarom PIV-seks voor vrouwen vaak pijnlijk is en waarom dat niet hoeft. Er zijn aan seks culturele, psychologische en relationele betekenissen gegeven, waarbij de laatste 2.000 tot 5.000 jaar het plezier van mannen het voornaamste was. Een belangrijk deel van de oplossing ligt volgens hen in het beseft dat seksueel plezier voorrang moet krijgen op geslachtsgemeenschap.



Hoofdstuk 6 gaat in op de gevolgen van seksueel geweld en misbruik. De belangrijkste voorwaarde voor een ‘gezonde’ seksuele ontwikkeling is veilige hechting. Kernboodschappen in een veilig nest zijn: ‘Ik ben geliefd zoals ik ben’ en ‘Ik ben van mij’. De auteurs gaan ook in op waarom zowel slachtofferchap als ouderschap het indirecte gevolg zijn van fundamentele genderongelijkheid, waarbij jongens vooral leren te presteren en meisjes moeten leren accepteren.

Hoofdstuk 7 Dit hoofdstuk geeft een top 20 van overeenkomsten tussen ‘vrouwen’ en ‘mannen’. Er is bijvoorbeeld geen genderverschil qua behoefte aan lust en verbinding. Ook de seksuele responscurve is identiek (zie afbeelding).



De seksuele responscurve volgens Van Lunsen en Laan (2017) op basis van het model van Masters en Johnson (1969) en het incentive motivation-model van Toates (2009).

Alle zogenaamde man-vrouwverschillen berusten op de dominantie van het masculiene seksuele script in onze culturele geschiedenis, waarin zeker vanaf het einde van de negentiende eeuw vrouwelijke seksuele interesse als irrelevant, ziekelijk en/of gevaarlijk werd bestempeld.

Hoofdstuk 8 geeft antwoord op de vraag waarom wij noch ons brein, noch onze hormonen zijn. Alles rond gender en seksualiteit ligt zo rond het 7^e of 8^e levensjaar min of meer verankerd in de *love map*. De lettercombinatie LHBTQIAP+ om seksuele diversiteit aan te duiden, laat zien dat de diversiteit in genderidentiteiten, seksuele oriëntaties en seksuele voorkeuren eindeloos is en we dus beter ophouden met stigmatiserende labels.

Hoofdstuk 9 Van A tot Z zetten de auteurs mythes en misvattingen op een rij. Denk aan de I van Inclusiviteit. Een typisch *woke* woord dat witte heteroseksuele cis-personen soms misbruiken om te etaleren hoe tolerant ze zijn voor mensen die ‘anders’ zijn, zonder te strijden voor de vrijheid van die ander.

Hoofdstuk 10 bespreekt tot slot het belang van sekspositieve opvoeding en de grote weerstand tegen sekspositieve boodschappen. De vraag hoe de seksuele autonomie van meisjes bevorderd kan worden en hoe jongens kunnen worden ontslagen van de dwang om te ‘presteren’, zou deel moeten uitmaken van deze dialoog.



“Zonder hulp zou Drechtje het nooit hebben gered...”



“Drechtje werd uit de auto gegooid in de Drechtunnel bij Dordrecht. Ze was er verschrikkelijk slecht aan toe. Het arme dier had het nooit gered zonder onze hulp én de hulp van DierenLot”

Mirjam Addiks - Dierenhulpverlener Dierenasiel Louterbloemen in Dordrecht

DierenLot helpt dieren in nood!

Samen met ruim 300 dierenhulporganisaties helpen wij dagelijks vele honderden dieren in nood. Dit doen wij om voer, medicijnen, operaties, hulpmaterialen en renovaties aan de opvang mogelijk te maken. Maar ook door de inzet van inmiddels 160 eigen DierenLot dierenambulances.

Ook bij u in de buurt!

Dieren in nood worden veelal geholpen door de onmisbare vrijwilligers van deze lokale dierenhulporganisaties. Onmisbaar werk voor mens én dier. Zo helpen we samen hulpeloze dieren als Drechtje en geven we hen weer een toekomst. Helpt u ook mee alstublieft!

Word donateur. Dat kan al voor € 1,85 per maand.



Dieren in nood hebben uw hulp nodig!
sms DIER naar 4411



STICHTING
DierenLot

Volg ons op      

DierenLot.nl

Nu ook beschikbaar in het Nederlands

Negen factsheets Pijnfeiten

Bekkenfysiotherapeut Tineke Ruiter heeft samen met psychosomatisch fysiotherapeut Bart van Buchem¹ de negen 'factsheets Pain' vertaald naar het Nederlands.

Tineke, J.H. Ruiter-Marissen
Bekkenfysiotherapeut in Huizen (NH)

Meer dan twee miljoen mensen in Nederland kampen volgens het Zorginstituut met chronische pijn. Ondanks het overweldigende bewijs dat biologische, psychologische en sociale factoren hierbij een rol spelen, wordt nog al te vaak vooral gezocht naar een patho-anatomische oorzaak voor de pijn. Ook in onze dagelijkse praktijk als bekkenfysiotherapeuten hebben we vaak te maken met patiënten met pijnklachten zowel van het bekken als de bekkenbodem. Vooral het behandelen van mensen met langdurige pijnklachten kan soms een uitdaging zijn.

Begrijp de pijn

De Australische organisatie *Painrevolution* richt zich op het verbeteren van de aanpak van chronische pijn. De oprichter van de organisatie is Lorimer Moseley,² bij velen waarschijnlijk wel bekend als de schrijver, samen met David Butler, van het boek *Explain Pain*. En misschien hebben jullie wel eens één van zijn masterclasses gevolgd. Zelf vind ik ze erg inspirerend!

In het gezondheidsdomein wordt therapeutische educatie onderschat. Ook door onszelf weleens, denk ik. Wees ervan bewust dat wat wij de patiënt vertellen ook impact heeft op zijn/haar klachten. Het begrijpen van pijn is essentieel om de pijnervaring te veranderen. Leren over pijn helpt op de weg naar herstel. Als therapeuten kunnen wij hier dus een belangrijke rol in spelen. De negen sheets met Pijnfeiten kunnen hierbij een goede ondersteuning zijn.

Pijnfeiten

De Pijnfeiten zijn gebaseerd op wetenschap en de tekst uit de originele Engelse versie is tot stand gekomen in samenwerking met patiënten en patiëntenverenigingen.³ In de sheets staat uitgebreide uitleg over chronische pijn.

Een aantal belangrijke punten:

- Pijn heeft een beschermende functie, het is als een waarschuwingssignaal.
- Pijn is een *output* van de hersenen en wordt beïnvloed door verschillende factoren.
- Kennis en beweging zijn de grootste pijn- en stress-bevrijders.
- Bio-plasticiteit van het zenuwstelsel, het vermogen van ons lichaam om zich aan te passen aan de omstandigheden en hiervan te leren, geeft nieuwe hoop en techniek.

Kosteloos beschikbaar

De factsheets waren al beschikbaar in het Engels, Duits en Spaans, en nu dus ook in het Nederlands. De pijnfeiten zijn kosteloos te downloaden via: www.painrevolution.org/painfacts

Referenties

1. Bart van Buchem is sinds 2012 onderdeel van de opleidingsorganisatie Noigroup. Hij gaf aanvankelijk leiding aan de vertaling en het onderwijs van Explain Pain in de Nederlandse taal – Begrijp de Pijn. Nu is hij directeur van Noigroup European Operations en streeft hij naar bredere toegang tot cursussen en publicaties op het Europese continent.
2. Lorimer Moseley is hoogleraar klinische neurowetenschappen en heeft meer dan dertig jaar klinische ervaring in het werken met aanhoudende pijn. Hij heeft honderden artikelen en meerdere boeken geschreven.
3. Leake HB, Mardon A, Stanton TR, et al. Key Learning Statements for Persistent Pain Education: An Iterative Analysis of Consumer, Clinician and Researcher Perspectives and Development of Public Messaging. *J Pain*. 2022 Nov;23(11):1989-2001.

'Het begrijpen van pijn is essentieel om de pijnervaring te veranderen'

The collage displays several pages from the translated factsheets. Visible titles include:

- 3 Pijn is niet hetzelfde als weefselbeschadiging**: Discusses the relationship between pain and tissue damage, noting that pain is a complex signal from the brain.
- 6 Pijn en jouw Protectometer**: Explains how the brain's protective mechanisms can be overactive, leading to chronic pain, and introduces the 'Protectometer' concept.
- Hankelijk context**: Discusses how biological and psychological factors influence pain perception.

 Each page includes the Painrevolution logo and footer information: 'Bekijk pijn opnieuw - investeer - herstel' and 'painrevolution.org'.

Enkele voorbeelden van de vertaalde factsheets

MAPLe®

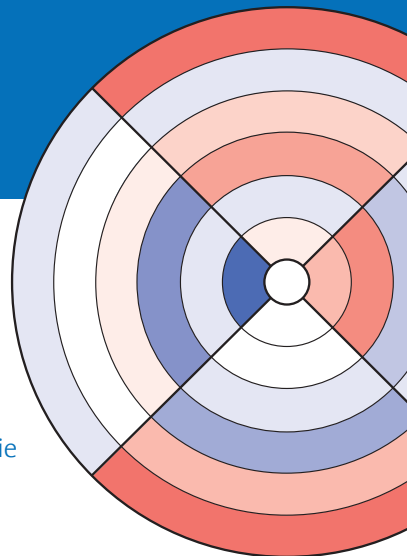
DE BEKKENBODEM IN HIGH DEFINITION

De juiste diagnose & doelgerichte behandeling



Interesse in een
GRATIS ONLINE DEMO?
Mail naar: sales@novuqare.com

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



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

Novuqare®

Mis niets met de NPi-service

NPi Kennis in
Beweging

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

NPi-service E-learning

Uit het thema Bekkenproblematiek:
'HARDLOPEN RONDOM DE ZWANGERSCHAP'

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



2 accreditiepunten voor deelregister
Bekkenfysiotherapeut



gratis met een KNGF-compleet lidmaatschap



25 euro bij losse aanschaf

www.npi.nl/bekkenproblematiek



Postume erepenning voor Jolanda Sap

Jolanda Sap was jarenlang een van de pioniers in de bekkenfysiotherapie. Daarnaast was zij ruim twaalf jaar een betrokken bestuurslid van de NVFB. Verder was ze tot op de dag dat zij ziek werd, docent aan de opleiding bekkenfysiotherapie van SOMT.



Omdat ze zo ontzettend veel voor ons vak heeft betekend, is zij postuum tot erelid benoemd op onze ALV van 8 juni jongstleden.* Een mooi eerbetoon voor haar vinden wij!

De erepenning, een speldje in de vorm van een bekken, is in ontvangst genomen door haar man Rick van Oppenraaij. Hiervoor willen we Rick hartelijk danken. En dank voor alles Jolanda.

* Jolanda Sap is op 2 april van dit jaar overleden. In het NVFB Bulletin van juni is een In Memoriam over haar geschreven.



Bedankt!

Graag wil ik via deze weg alle belangstellenden, collega's, docenten en studenten bekkenfysiotherapie bedanken voor de warme reacties, bezoeken, bloemen en kaartjes aan het adres van mijn lieve, warme, enthousiaste en ondernemende vrouw, Jolanda Sap, in de laatste fase van haar leven.

Ik ben zeer vereerd en trots op de postume benoeming van Jolanda tot erelid van de NVFB met de bijbehorende onderscheiding!

Haar liefhebbende echtgenoot,
Rick van Oppenraaij

Save the date

15 maart 2024

NVFB-congres: In de ban van de bekkenfysiotherapie



Reserveer deze dag in je agenda en scoor die nodige registratiepunten. Maar nog beter: laat je verrassen door inspirerende en deskundige sprekers tijdens deze dag. Het wordt een gevarieerde dag vol nieuwe inzichten.

Een tipje van de sluier:

- **Pharos** komt spreken over genitale verminkingen vanuit het nazorgsprekkuur van de GGD.
- Bekkenbodempysiotherapeut **Gráinne Donnelly** komt over uit Ierland om je bij te praten over sporten pre- en postpartum en problemen abdominaal.
- Dagvoorzitter **Carola Rodriguez** zal ons inspireren om vanuit kwetsbaarheid de meest krachtige energie vrij te laten komen.

Kosten en aanmelden

Inschrijven kan vanaf 1 februari.

Tarieven:

Leden	€ 175,-
Niet-leden	€ 300,-
Student-lid	€ 75,-
Early bird en lid	€ 125,-

Houd de NVFB-website, nieuwsbrief, Facebook en LinkedIn in de gaten voor de laatste updates.

De NVFB is op zoek naar een bestuurslid Ledenbinding en -werving

Wie ben jij?

- Je draagt bekkenfysiotherapie een warm hart toe
- Je wilt samen met enthousiaste collega's de positie van bekkenfysiotherapie versterken

- Je praat graag mee over (beroepsoverstijgende) ontwikkelingen
- Je ontwikkelt graag mooie producten zoals het ppc en de webinars

Interesse?

Benieuwd naar wat je in deze functie gaat doen? Lees de vacature op de site en stuur je reactie naar info@nvfb.nl.

Colofon

december 2023, nummer 50,
27^e jaargang

NVFB Bulletin verschijnt twee keer per jaar en is het officiële orgaan van de Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie.

Redactie

Petra Tuunter MSc, hoofdredacteur
geregistreerd bekkenfysiotherapeut
Fysiotherapie Douma, Hilversum
Bekkenfysiotherapie Zeist, Zeist

Titia Bal-van der Splinter

Oedeemtherapeut, acupuncturist,
bekkenfysiotherapeut i.o.
Fysiotherapie Geeresteingroep, Woudenberg
Pelvita acupunctuur, Driebergen-Rijsenburg

Andrea Eggen MSc

geregistreerd bekkenfysiotherapeut met
specialisatie kinderen
Fysiotherapiepraktijk Suguna, Lelystad

Esther Reijers MSc

geregistreerd bekkenfysiotherapeut
Fysiotherapiepraktijk van den Berg, Dirksland

Eindredactie

&Q Copy, content en communicatie, Almere
Naomi van Esschoten-Querido

Corrector

Janke Scharff, Maarssen

Rubrieken

Els Boersma MSc, Wetenswaardigheden

Redactiesecretariaat

Redactie NVFB Bulletin
Postbus 248
3800 AE Amersfoort
E-mail: bulletin@nvfb.nl

Advertenties

Baukje Veen-Stoppels MSc
geregistreerd bekkenfysiotherapeut
Fysiotherapie Den Ommelanden, Groningen
E-mail: sponsoring@nvfb.nl

Abonnement

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

De contributie wordt per jaar berekend; het verenigingsjaar loopt van 1 januari tot en met 31 december. Adreswijzigingen telefonisch of schriftelijk doorgeven aan de KNGF-Ledenservice. Opzeggen van uw NVFB-lidmaatschap of het donateurschap van het NVFB Bulletin kan alleen schriftelijk via KNGF-Ledenservice, Postbus 248, 3800 AE Amersfoort.

Folders en informatiebrochures op het gebied van de NVFB zijn te bestellen via www.nvfb.nl of via de KNGF-Ledenservice, 033 467 29 29.

Bestuur

Nicole van Bergen MSPT
(voorzitter), Kwaliteit

Mariska Droop

(penningmeester), Belangenbehartiging

Djoeke Saaltink MSc

(secretaris), Belangenbehartiging

Marloes Reijman MSc

Ledenbinding en -werking

Kristel Bonten MSc

Kwaliteit

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

Lay-out en druk

MediaCenter Rotterdam

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van het NVFB-bestuur de makers van het werk.

NVFB Bulletin is niet aansprakelijk voor eventuele onjuistheden in deze uitgave. NVFB Bulletin is niet verantwoordelijk voor handelingen van derden welke mogelijk voortvloeiend uit het lezen van deze uitgave.

De redactie en het NVFB-bestuur zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud van cartoons, columns en advertenties. De uitspraken van auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de redactie en NVFB-bestuur. De redactie en NVFB-bestuur zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van onder auteursnaam opgenomen artikelen en van de advertenties. De redactie en NVFB-bestuur behouden zich het recht voor ingezonden materiaal zonder kennisgeving vooraf geheel of gedeeltelijk te publiceren. De redactie en NVFB-bestuur hebben gepoogd alle rechthebbenden op teksten en beeld te achterhalen. In gevallen waarin dit niet is gelukt, vragen wij u contact op te nemen via bulletin@nvfb.nl.

Agenda 2024

Een overzicht van alle congressen, workshops, cursussen en opleidingen op het gebied van bekkenfysiotherapie in Nederland en Europa waarvan de data ons bekend zijn op moment van schrijven. Wil je een evenement onder de aandacht brengen? Mail dan naar bulletin@nvfb.nl.

Januari

Baarmoederhalskankermaand

Februari

- 4 Wereldkankerdag
- 6 Internationale Dag tegen Vrouwenbesnijdenis ('Zero Tolerance Day')

Maart

Endometriose Awareness Maand

- 8 Internationale Vrouwendag
- 15 NVFB-Congres

April

- 8-14 Week van de Overgang
- 10 Nationale Poepdag
- 11 Wereld Parkinson Dag
- 12 NVVS ALV en Voorjaarscongres: Seksualiteit in the Spotlight
- 19 Wereld PDS Dag

Mei

- 16 Internationale Dag van de Coeliakie
- 23-26 *17th Congress of the European Federation of Sexology (EFS) in Bologna, Italië* (europeansexologycongress.org)
- 28-29 *Virtual Pain Education* (<https://europeanpainfederation.eu/virtual-pain-education-summit>)

Juni

Maand van de Bekkenbodempelvic Organ Prolapse (POP) Awareness Month

- 19-20 IUGA-congres in Singapore (www.iugameeting.org)

September

- 8 Wereld Fysiotherapiedag
- 15 Nationale Plas Dag
- 20 Wereld Gynaecologische Oncologische Dag

Oktober

Borstkankermaand

- 18 Wereld Menopauze Dag
- 23-25 ICS congress in Madrid, Spanje (www.ics.org/2024)

November

Prostaatcankermaand

- 7-13 Week van de Vruchtbaarheid

Agenda 2024



Nederlandse Vereniging
voor Bekkenfysiotherapie
Aangesloten bij KNGF

NVFB

BULLETIN