Richtlijn Bekkenklachten
met Aanbevelingen en Kwaliteitsindicatoren

Initiatief
VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)

Organisatie
VvOCM onder begeleiding van het CBO

Mandaterende Verenigingen / Instanties
VvOCM

Financiering
Deze richtlijn is tot stand gekomen met financiële steun van de VvOCM

Colofon

Richtlijn bekkenklachten

© Copyright 2014
VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)
Kaap Hoorndreef 56
3563 AV Utrecht
tel: 030-2625627
Website: www.vvocm.nl
E-mail: info@vvocm.nl

Alle rechten voorbehouden.
De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor oefentherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de oefentherapeut.

Het CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Het CBO biedt via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Inhoudsopgave

Inleiding 1

Hoofdstuk 1. Definitie, epidemiologie, problematiek en etiologie 6

Hoofdstuk 2. Diagnostische fase 11

2.1 Aanmelding met verwijzing 11
2.2 Aanmelding zonder verwijzing 12
2.3 Diagnosecodes bij bekkenklachten 12
2.4 Rode vlaggen 13
2.5 Anamnese 13
2.5.1 (Aanvullende) anamnese 13
2.5.2 Meetinstrumenten 15
2.6 Beroepsspecifiek onderzoek 17
2.6.1 Activiteitenonderzoek 18
2.6.2 Specifiek onderzoek 18
2.6.3 Aanvullend onderzoek door derden 21
2.7 Probleemdefinitie: Beroepsspecifieke analyse opstellen en oefentherapeutische (werk)diagnose 22

Hoofdstuk 3. Interventiefase 23

3.1 Behandeldoelen 23
3.2 Onderzoek naar behandelmethodes 23
3.2.1 Onderzoeken behandelmethodes niet-zwangerschapsgerelateerd 23
3.2.2 Onderzoeken behandelmethodes zwangerschapsgerelateerd 23
3.2.3 Bekkenband 24
3.2.4 Onderzoek bekkenbodemfunctieverbetering peripartum 24
3.3 Behandelplan 27
3.3.1 Aandachtsgebieden behandelplan 27
3.3.2 Aandachtsgebieden behandelplan peripartum 29
3.4 Behandelprogramma en behandelproces 32
3.5 Evaluatie en afsluiting 32
3.6 Groepsbehandeling 33
3.7 Groepslessen 34
3.8 Wetenschappelijke onderbouwing ‘bekkenbodemfunctietraining’ 35

Hoofdstuk 4. Implementatie van de richtlijn 38

4.1 Aanbevelingen 38
4.2 Indicatoren 40
4.2.1 Kwaliteitsindicator ‘Meetinstrumenten’ 41
4.2.2 Kwaliteitsindicator ‘Doelmatige Diagnostiek’ 42
4.3 Actualisatie richtlijn en aanbevelingen onderzoek 43

Afkortingenlijst 44

Literatuurlijst 45

Bijlagen

Bijlage 1	Patiëntenfolder ‘Bekkenklachten en Zwangerschap’ ……..	50
Bijlage 2	Bekkenoefentherapie en Bekkenfysiotherapie ……..	51
Bijlage 3	Rode vlaggenlijsten ……...	53
Bijlage 4	Aanvullende anamneselijst ……..	55
Bijlage 5	Meetinstrumenten	
	5a. Visueel Analoge Schaal (VAS) ……...	57
	5b. Vragenlijst ‘Patiënt Specifieke Klachten’ (PSK) ……..	61
	5c. Vragenlijst ‘Quebec Back Pain Disability Scale’(QBPDS) ……	64
	5d. ‘Pelvic Girdle Questionnare (PGQ) (English Version) ……	66
	5e. Prafab-scorelijst voor ernst van ongewenst urineverlies ……..	67
	5f. Active Straight Leg Raise test (ASLR) ……..	68
	5g. Modified Trendelenburgtest ……..	69
	5h. Posterior Pelvic Pain Provocation test (PPPP) ……..	70
	5i. Patrick’s sign/ Faber test ……	71
Bijlage 6	Schema diagnostiek bekkenklachten ……	72
Bijlage 7	Checklist analyse en conclusies ……..	73
Bijlage 8	Stroomschema zorgproces ……..	74
Bijlage 9	Bewijstabellen ……	77

Participerende groepen

Samenstelling werkgroep

Mw. T.G. Kreulen, bekkenoefentherapeut
Mw. A.A.W.M. van den Hout, bekkenoefentherapeut
Mw. J.L.J. Kempen-Nijhof, bekkenoefentherapeut
Mw. J. Doevendans, afgevaardigde PGN (Patiëntenvereniging Gynaecologie Nederland)
Mw. M.M.P. Oosthoek- van 't Westende, bekkenoefentherapeut ZwangerTotaal
Mw. A.M. ten Cate, oefentherapeut *(oktober 2011 - januari 2012)*
Mw. C.C.M. Pals-Romijn, bekkenoefentherapeut *(oktober 2011 - januari 2012)*
Mw. L.A. van Ee-Alberts, oefentherapeut *(oktober 2011 - januari 2012)*
Mw. S.O. Wildschut, oefentherapeut, geregistreerd McKenzie Therapeut *(vanaf maart 2012)*
Mw. R.I. Brandse, bekkenoefentherapeut *(vanaf maart 2012)*
Mw. C.C.M. Röst, fysiotherapeut en orthopedisch manueel therapeut *(vanaf april 2012)*

Begeleiding

Mw. M.A. van Hooft, projectleider VvOCM *(september 2011 - februari 2012)*
Mw. drs. S.C.N. Akihary, projectleider VvOCM en redactie *(februari 2012 - oktober 2013)*
Mw. G. Buis, projectleider en redactie (*vanaf oktober 2013*).
Mw. dr. L.C van der Es - Lambeek, consultant CBO
Mw. drs. J.P. van Groenestijn, consultant CBO *(kwaliteitsindicatoren)*
Mw. drs. M.A. Bak, docent Oefentherapie Mensendieck, Hogeschool van Amsterdam
Mw. drs. M.H. Wildenbeest, docent Oefentherapie Cesar, Hogeschool van Utrecht
Mw. N.T.A. Smorenburg, MCTD (master care trajectory design), docent Oefentherapie Cesar, Hogeschool van Utrecht
Mw. M. Joosten, MSc, bestuurslid VvOCM, portefeuille professionaliteit en wetenschap.

Studenten

Mw. R.C. Muis (opleiding oefentherapie Mensendieck, HvA)
Mw. L.G. Gallego (opleiding oefentherapie Mensendieck, HvA)
Dhr. M. van Oostveen (opleiding oefentherapie Mensendieck, HvA)
Mw. G. Mulder (opleiding oefentherapie Cesar, HU)
Mw. L. de Goede (opleiding oefentherapie Cesar, HU)

Eindredactie

Mw. drs. G. de Witte, beleidsmedewerker Samenwerking en Bekendheid, VvOCM

Inleiding

Aanleiding

Bekkenklachten zijn een veelvoorkomend probleem. De klachten zijn onder te verdelen in zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten en niet-zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten. Het is bekend dat een groot deel van de vrouwen tijdens of na de zwangerschap bekkenklachten ervaart. Daarbij worden regelmatig ernstige problemen ervaren met dagelijkse activiteiten. Daarnaast zijn er andere groepen met niet-zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten, zoals sporters en mensen met bekkenklachten ten gevolge van een trauma, een buikoperatie of sacroiliitis.[1]

De oefentherapeut[2] biedt paramedische zorg aan cliënten met (potentiële) problemen met bewegen bij dagelijkse activiteiten, teneinde participatieproblemen te voorkomen of te verminderen.
De ervaren klachten worden geplaatst in het totaalbeeld van het bewegingsgedrag binnen de fysieke, sociale en emotionele context van een cliënt. De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) is een landelijke vereniging, die ongeveer 1800 in Nederland werkzame oefentherapeuten vertegenwoordigt en diverse activiteiten ten behoeve van de versterking van de beroepsuitoefening voor en met hen uitvoert. Eén van de activiteiten van de VvOCM is de ontwikkeling van landelijke richtlijnen op het gebied van oefentherapie. Vanaf 2000 zijn er 12 monodisciplinaire richtlijnen ontwikkeld. De richtlijn peripartum bekkenklachten is in 2004 gepubliceerd door de VBC (Vereniging Bewegingsleer Cesar)[3].

De VvOCM-richtlijnen (vanaf 2005) bevatten klinische vraagstellingen, gedocumenteerde zoekstrategieën, literatuur specifiek over effectiviteit van vormen van oefentherapie, een classificatie van bewijs en separate conclusies, overige overwegingen en aanbevelingen. Bij de huidige actualisatie van de richtlijn bekkenklachten zijn voor het eerst twee kwaliteitsindicatoren toegevoegd. Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening, die een aanwijzing geven over de mate van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Daar waar mogelijk kan de ‘body of knowledge’, die zich in deze door te ontwikkelen richtlijnen bevindt, ook voor andere doeleinden worden benut, zoals voor onderzoek en onderwijs.

[1] Kinderen jonger dan 12 jaar met bekkenklachten vallen buiten deze richtlijn.

[2] Waar ‘oefentherapeut(en)’ staat wordt in het gehele document bedoeld ‘oefentherapeut(en) Cesar en oefentherapeut(en) Mensendieck’.

[3] De VBC (Vereniging Bewegingsleer Cesar) en de NVOM (Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck) zijn in 2004 gefuseerd tot één vereniging: de VvOCM.

Doelen en onderdelen van de actualisatie van de richtlijn bekkenklachten

Doelen

- Professionalisering van de vakuitoefening door oefentherapeuten door het toevoegen van aanbevelingen en kwaliteitsindicatoren aan de huidige VvOCM-richtlijnen en implementatie daarvan.
- Bekend worden met en toepassen van een methodiek voor richtlijnupdate(s), waarbij gebruik gemaakt wordt van een webbased omgeving (Diliguide) en samengewerkt wordt met de opleidingen 'oefentherapie Cesar' (HU) en 'oefentherapie Mensendieck' (HvA) en hun studenten.

De richtlijn bekkenklachten is de eerste VvOCM-richtlijn die volgens een nieuwe methode in samenwerking met het Centraal BegeleidingsOrgaan(CBO) is geactualiseerd. Het betreft een pilot-traject. Het resultaat van de gekozen beperking tot een enkel Evidence Based Statement en twee kwaliteitsindicatoren bleek niet helemaal te voldoen aan de wensen van de beroepsgroep. De wens om de European Guideline te integreren en enkele verouderde teksten te actualiseren, heeft in de tweede fase geleid tot een verdere herziening van de richtlijn.

Onderdelen van de herziening

Eerste fase (tot mei 2013):

- Uitwerken van een uitgangsvraag, waaruit aanbevelingen volgen voor de beroepsgroep.
- Uitwerken van kwaliteitsindicatoren om te volgen of de richtlijn op de juiste wijze wordt toegepast.

Tweede fase (juli-december 2013):

- Integratie van de European Guideline.
- Actualisatie van enkele verouderde teksten.
- Uitbreiding met de doelgroep niet-zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten.
- Consensus aanbevelingen op basis van literatuur en praktijkervaring
- Een vernieuwde indeling van het zorginhoudelijke deel en formats voor schema's. De richtlijn bekkenklachten vormt ook hiermee een pilot voor toekomstig te actualiseren richtlijnen.

  Hierbij is er voor gekozen algemene teksten over oefentherapie weg te laten. Verrichtingen tijdens het diagnostisch proces en in de behandeling die vanzelfsprekend zijn binnen het oefentherapeutisch handelen, zijn niet meer uitgewerkt. De hoofdstukken 2 en 3 gaan alleen in op specifieke aandachtsgebieden in relatie tot de groep patiënten met bekkenklachten.

Doelgroep

De richtlijn is een leidraad voor de diagnostiek en behandeling door oefentherapeuten bij patiënten[4] met al dan niet zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten. De richtlijn is informatief voor patiënten die behandeld worden voor bekkenklachten. De folder 'bekkenklachten bij zwangerschap' voor patiënten is tevens geactualiseerd. Zie *bijlage 1.*

[4] Waar patiënt staat, kan ook cliënt worden gelezen.

Patiëntenperspectief

Een vertegenwoordiger van de Patiëntenvereniging Gynaecologie Nederland (PGN) heeft zitting genomen in de expertgroep, om vanuit patiëntenperspectief input te geven bij de actualisering van de richtlijn peripartum bekkenklachten. De PGN heeft in de knelpuntenanalyse eigen knelpunten ingebracht en de conceptrichtlijn is voorgelegd aan de PGN.

Werkwijze en voortgang

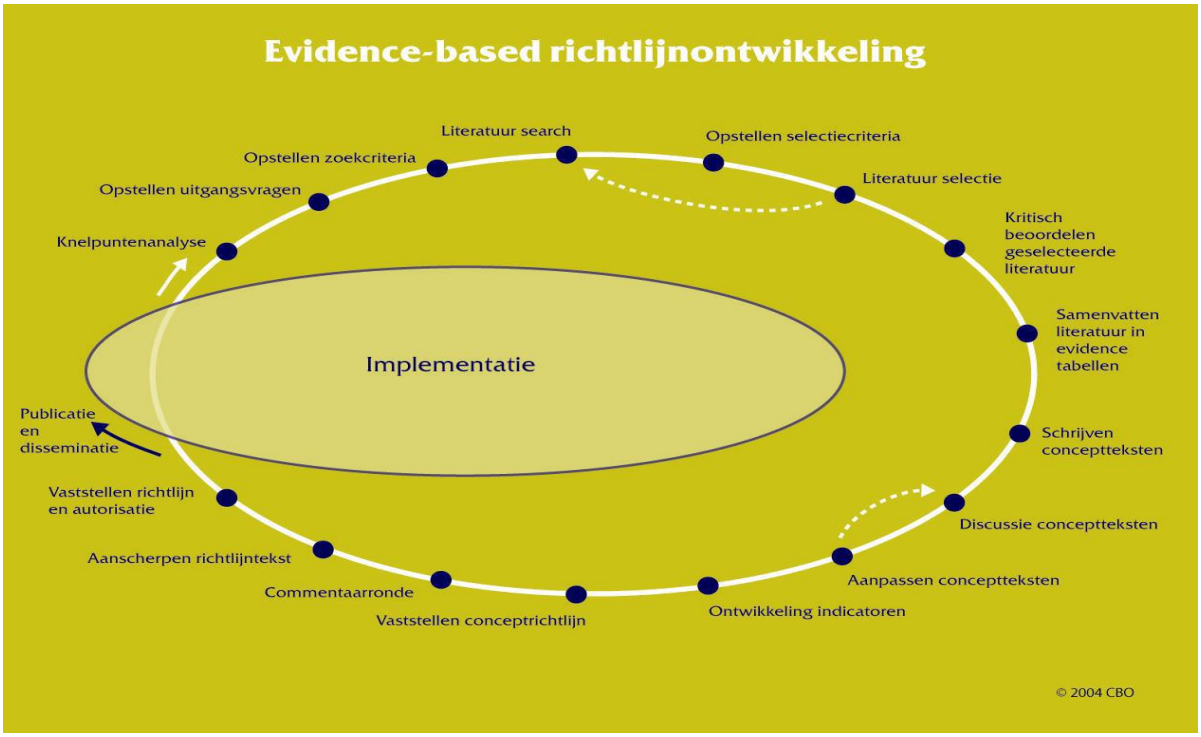
Bij de actualisatie van de richtlijn werkten VvOCM, CBO, opleiding oefentherapie Cesar en opleiding oefentherapie Mensendieck samen. Daarnaast is een werkgroep samengesteld waarin negen experts en een vertegenwoordiger van de PGN zitting hadden. De VvOCM had een begeleidende en aansturende rol, het CBO had een begeleidende en adviserende rol. De werkgroep heeft gedurende de periode van één jaar gewerkt aan de beantwoording van uitgangsvragen en het opstellen van de tekst voor de conceptrichtlijn en indicatoren *(zie figuur 1 op de volgende pagina)*. De werkgroep is vijf maal bijeen geweest.

Er kunnen veel uitgangsvragen worden opgesteld en meerdere kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld. Er is echter financiering om per richtlijn maximaal twee uitgangsvragen en drie kwaliteitsindicatoren uit te werken. Bij de richtlijn peripartum bekkenklachten zijn tijdens het proces een aantal knelpunten naar voren gekomen, een pilot is immers een leerproces. Daarom is besloten om voor deze richtlijn uiteindelijk één uitgangsvraag en twee kwaliteitsindicatoren uit te werken.

De werkgroep is gestart met het inventariseren van knelpunten in de richtlijn uit 2004. Er is vervolgens vastgesteld welke twee knelpunten verder werden uitgewerkt. Voor deze twee knelpunten zijn uitgangsvragen geformuleerd. Vanuit de werkgroep werd per uitgangsvraag een coördinator aangesteld, die aanspreekpunt was voor de studenten. Studenten hebben als afstudeeropdracht literatuuronderzoek verricht bij de uitgangsvragen, waarbij zij begeleid werden door een coördinator uit de werkgroep, een docent van de opleiding en adviseurs van het CBO. Dit traject vond plaats in de periode van februari tot en met juni 2012.
De teksten van de richtlijn werden tijdens plenaire vergaderingen besproken. De teksten van de richtlijn uit 2004 en de nieuwe stukken uit 2013 zijn door een redactieteam samengevoegd en op elkaar afgestemd tot één document: ‘de conceptrichtlijn’. Deze is door de werkgroep na verwerking van de commentaren geaccordeerd. De conceptrichtlijn werd in maart 2013 naar het werkveld gecommuniceerd voor commentaar. Na verwerking van het commentaar is de richtlijn in maart 2013 door de voltallige werkgroep vastgesteld.

De tweede fase (juli-december 2013) is uitgevoerd door drie inhoudelijke experts uit de bestaande werkgroep. Zij werden hierbij ondersteund door een vertegenwoordiger van de VvOCM, twee docenten van de Hogeschool Utrecht (opleiding oefentherapie Cesar) en een vierde expert uit de bestaande werkgroep. Deze kleine werkgroep is viermaal bijeengekomen. In december 2013 is de vernieuwde conceptversie voorgelegd aan de overige werkgroepleden en aan de begeleidende groep. Na verwerking van het commentaar is de richtlijn in januari 2014 vastgesteld.

Figuur 1: Stappen Evidence-based richtlijnontwikkeling (bron: CBO)



Wetenschappelijke bewijsvoering en aanbevelingen bij de uitgangsvraag behandelinterventie
De aanbevelingen zijn, voor zover mogelijk, gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties in Pubmed. Hierbij werd de taal gelimiteerd tot Nederlands, Engels en Duits. Er werd gezocht naar artikelen uit de periode 2003 tot april 2012. Bij het zoeken naar literatuur is gebruik gemaakt van MeSH-termen en vrije tekstwoorden. De studiedesigns waarop is gezocht zijn: gerandomiseerde onderzoeken met controlegroepen (RCT's), systematische reviews en meta-analyses.

De kwaliteit van deze artikelen werd door studenten van de opleidingen oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck beoordeeld aan de hand van 'evidence-based richtlijnontwikkeling' (EBRO-)beoordelingsformulieren. Een epidemioloog van het CBO keek met hen mee. Artikelen van matige of slechte kwaliteit werden uitgesloten. Na deze selectie bleven de artikelen over die als onderbouwing bij de verschillende conclusies in de richtlijn staan vermeld. De geselecteerde artikelen zijn vervolgens gegradeerd naar de mate van bewijskracht. Het niveau van bewijs is in de conclusies weergegeven. De belangrijkste literatuur waarop de conclusies zijn gebaseerd is daarbij vermeld. De gehanteerde indeling van methodologische kwaliteit en niveaus staan in *bijlage 9*.

De individuele studies zijn ingedeeld naar methodologische kwaliteit. Het wetenschappelijk bewijs is samengevat in een conclusie, waarbij het niveau van het meest relevante bewijs is weergegeven.
De werkgroep heeft de conclusies op basis van de literatuur in de context van de dagelijkse praktijk geplaatst en heeft een afweging gemaakt van de voor- en nadelen van de

verschillende (beleids)opties. Dit heeft geresulteerd in aanbevelingen op basis van het beschikbare bewijs, in combinatie met deze overwegingen.

Beoordeling van de verschillende artikelen en conclusies staan in paragraaf 3.2.4. Beschrijving van de geïncludeerde artikelen en verantwoording van de gevolgde werkwijze staan in paragraaf 3.8. Overige overwegingen staan genoemd in paragraaf 3.2.4. De aanbevelingen in paragraaf 3.2.4.

Totstandkoming van de overige aanbevelingen

Aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van wetenschappelijk bewijs en praktijkervaring. Onderbouwing op basis van literatuur bij deze aanbevelingen is genoemd in de betreffende paragrafen. Hierbij is de European Guideline als belangrijkste bron gebruikt.

Een overzicht van *alle* aanbevelingen is opgenomen in paragraaf 4.1.

Implementatie en evaluatie

In de verschillende fasen van de actualisatie van de richtlijn is zoveel mogelijk rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. De geactualiseerde richtlijn zal worden verspreid onder oefentherapeuten. In 'Beweegreden' het vakblad van de VvOCM, zal aandacht besteed worden aan dit onderwerp. Daarnaast wordt de herziening van de richtlijn op de websites van de VvOCM en het CBO geplaatst. Ook zullen de regioteams van de VvOCM het onderwerp onder de aandacht brengen bij de achterban.

Om de implementatie en evaluatie te stimuleren, zijn indicatoren ontwikkeld. Aan de hand daarvan kan de mate en het succes van de implementatie worden gemeten. Indicatoren geven de zorgverleners de mogelijkheid te evalueren of zij de gewenste zorg leveren. Zij kunnen daarmee ook onderwerpen voor verbeteringen van de zorgverlening identificeren.

Levende richtlijn

De richtlijn is een levende richtlijn, wat betekent dat het actualiseren een continu proces is. Er is nu een aanzet door het toevoegen van één evidence based statement, twee kwaliteitsindicatoren, het uitbreiden van de doelgroep en het integreren van de European Guideline.

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften. Het zijn wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners geacht worden te voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien richtlijnen uitgaan van 'gemiddelde patiënten', kunnen zorgverleners in individuele gevallen zo nodig afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn.
Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, soms zelfs noodzakelijk. Indien er echter van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit beargumenteerd, gedocumenteerd en, waar nodig, in overleg met de patiënt worden gedaan.

Hoofdstuk 1. Definitie, epidemiologie, problematiek en etiologie

Definitie

In de literatuur bestaat tot op heden geen eenduidigheid over de definitie en de terminologie voor het probleem van bekkenklachten. Er worden verschillende definities en termen in de literatuur gebruikt. In Nederland worden onder meer de volgende termen gebruikt om het probleem aan te duiden: pijn ten gevolge van verminderde bekkenstabiliteit, pijn in de bekkenregio, bekkenpijn door zwangerschap, peripartaal bekkenpijnsyndroom [1] peripartum bekkenpijn [2]. In de Engelstalige literatuur worden de volgende termen gebruikt: pelvic girdle relaxation [3], pelvic joint instability [4] [5] posterior pelvic pain [6].

In 2008 heeft de 'Working Group 4' (WG4) een Europese richtlijn ontwikkeld [7]. Daarin stellen zij onderstaande definitie voor bekkenpijn (van spieren en gewrichten) voor, dit om gynaecologische en/of urologische afwijkingen uit te sluiten:

'Bekkenpijn ontstaat over het algemeen in relatie tot zwangerschap, trauma, artritis en/of osteoartritis. Bekkenpijn wordt gedefinieerd door pijn, welke ervaren wordt tussen de achterste bekkenkam en de bilplooi, met name in de buurt van de SI-gewrichten. De pijn kan uitstralen in de achterkant van de dijen en kan ook voorkomen samen met, of apart van de symfyse.

Het vermogen om staan, lopen en zitten vol te houden is verminderd.

De diagnose bekkenpijn kan worden bereikt na het uitsluiten van lumbale oorzaken. De pijn of functionele hinder in relatie tot bekkenpijn moet te reproduceren zijn door specifieke klinische testen'

Bekkengordelpijn (BGP) is een specifieke vorm van lage rugpijn en kan apart of in combinatie met lage rugpijn voorkomen. Lage rugpijn wordt gewoonlijk gedefinieerd als pijn tussen de 12e rib en de bilplooi. Het is mogelijk om specifiek op BGP te focussen, maar functioneel gezien kan het bekken niet geïsoleerd bestudeerd worden. Lage rugpijn is een groot gezondheids- en sociaal-economisch probleem in Europese landen. Het treft met name de werkende populatie en wordt geassocieerd met hoge gezondheidszorgkosten, ziekteverzuim en beperkingen.

Epidemiologie

Gezien de verschillende karakteristieken bij de verschillende typen patiëntengroepen met bekkenklachten, is het noodzakelijk de patiënten te verdelen in twee groepen. Namelijk patiënten met en patiënten zonder zwangerschapsgerelateerde klachten, alvorens de epidemiologie te beschrijven.

Zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten

De puntprevalentie van zwangere vrouwen die last hebben van bekkenpijn is ongeveer 20% [7] [8] [9] [10] [11]. Het bewijs voor dit gegeven is sterk [7].

Bij 13% van deze vrouwen verdwijnt de bekkenpijn spontaan in de eerste drie maanden na de bevalling. [12] [13]. Bij de overige 7% van de vrouwen met bekkenklachten tijdens de zwangerschap kunnen deze klachten ook na de bevalling voor vele jaren blijven bestaan [14]. Verschillende studies hebben aangetoond dat zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn een relatief veelvoorkomende klacht is in veel landen. De meeste studies over dit onderwerp zijn in Scandinavië uitgevoerd, maar de aandoening wordt ook gemeld in Afrika, Amerika, Azië, Australië en Europa [7].

Niet-zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten
Er zijn geen goede epidemiologische studies uitgevoerd bij deze groep. Onderzoeken van Schwarzer [15] en Petersen [13] geven aan dat 13% van de populatie van lage rugpijnpatiënten lijdt aan SI-pijn. De patiëntengroepen waren echter speciaal geselecteerd en niet representatief voor de algemene bevolking.

Etiologie

De oorzaak van bekkenklachten is multifactorieel en heeft relatie tot verschillende omstandigheden. De meest gebruikelijke hypothese is dat BGP wordt veroorzaakt door een combinatie van zowel hormonale als biomechanische factoren. Slechts enkele factoren hebben een bewezen invloed. De meeste studies hebben betrekking op vrouwen in relatie tot zwangerschap, aangezien dat de grootste groep is. Bij een groot deel van deze vrouwen is de klacht gediagnosticeerd tijdens routinecontroles in de zwangerschapsperiode. In die gevallen ligt er geen trauma of ziekte ten grondslag aan de klachten.

Risicofactoren zwangerschapsgerelateerd

Om bekkenpijn tijdens de zwangerschap te ontwikkelen, zijn hoogst waarschijnlijke risicofactoren: een voorgeschiedenis met lage rugpijn, eenzijdige SI-klachten en een eerder trauma aan het bekken. Het is mogelijk dat pluri-para en een hoge werkbelasting ook risicoverhogend zijn.
Er is overeenstemming dat niet-risicofactoren zijn: anticonceptiepil, tijdsperiode vanaf laatste zwangerschap, lengte, gewicht, roken en waarschijnlijk leeftijd [7].

Tijdens de zwangerschap worden vrouwen blootgesteld aan bepaalde factoren die de dynamische stabiliteit van het bekken beïnvloeden: hormonen, biomechanische factoren, mechanische krachten uitgeoefend op het bekken tijdens de uitdrijving en orale anticonceptie en borstvoeding.

Hormonen
Het hormoon relaxine heeft in combinatie met andere hormonen invloed op de laxiteit van ligamenten van het bekken en op ligamenten in de rest van het lichaam. Het effect is een iets grotere bewegingsmogelijkheid in de bekkengewrichten. Wanneer dit niet wordt gecompenseerd door een aangepaste neuromotorische controle, kan er pijn ontstaan. De precieze rol van elk specifiek hormoon is niet duidelijk, maar het hoofddoel is het handhaven van de zwangerschap en het in gang zetten van de bevalling. Het kunstmatig veranderen van hormoonniveaus tijdens de zwangerschap zal waarschijnlijk het verloop van de zwangerschap in gevaar brengen. Er zijn slechts enkele studies gedaan naar de relatie tussen relaxine en

BGP en deze laten tegenstrijdige resultaten zien. Er kan dan ook geen definitieve conclusie getrokken worden met betrekking tot de relatie tussen relaxine en BGP [7].

Biomechanische factoren
Het bekken dient ertoe om krachten over te brengen van de romp naar de benen. Om de krachten efficiënt over te brengen en om de schuifkrachten tussen de gewrichten te minimaliseren, dient het bekken optimaal gestabiliseerd te worden. Stabiliteit wordt verkregen door randen en groeven in de SI-gewrichten (vormsluiting) en aangevuld door compressiekrachten (krachtsluiting), waar spieren, banden en ligamenten voor zorgen [16].

Het zelfsluitend mechanisme van de SI-gewrichten zou mogelijk een rol spelen [16] [17]. Statische en dynamische stabiliteit wordt bereikt wanneer de actieve, passieve en neuromotorische controle-systemen samenwerken om krachten over te brengen [18] [19] [20]. Adequate compressie van de gewrichtsvlakken moet het resultaat zijn van reactiekrachten in het gewricht, om stabiliteit te verzekeren [21] [22]. Adequaat betekent ideaal aangepast op de bestaande situatie, met zo min mogelijk benodigde compressie om stabiliteit te garanderen, oftewel efficiënte neuromusculaire controle.
De gewrichtsreactie verandert onder invloed van zwaartekracht, de vorm van de gewrichtsoppervlaktes, de feitelijke gewrichtspositie, proprioceptieve spierreacties, het niveau van spier (co)contracties en toegenomen ligamentaire spanning, wat de stijfheid van het gewricht bepaalt [18] [21].

De mogelijkheid om effectief krachten door gewrichten te transporteren is dan ook een dynamisch proces en afhankelijk van vele factoren. Stabiliteit gaat dus niet enkel om hoeveel een gewricht kan bewegen (kwantiteit van bewegen) of in welke mate structuren beweging tegen gaan, maar het gaat meer over bewegingscontrole welke het mogelijk maakt om krachten te verplaatsen en bewegingen soepel en moeiteloos kan laten verlopen.

Functionele definitie van ‘gewrichtsstabiliteit’:
‘De effectieve aanpassing van de gewrichten bij elke specifiek ‘krachtenverzoek’ door een adequaat aangepaste gewrichtscompressie, als een functie van zwaartekracht, gecoördineerde spierwerking en ligamentenkrachten, om effectieve gewrichtsreactiekrachten te genereren onder wisselende omstandigheden’ [7]

Optimale stabiliteit wordt bereikt wanneer de balans tussen de prestatie en inspanning zo optimaal mogelijk is. Een niet-optimale gewrichtsstabiliteit impliceert veranderde laxiteit/stijfheidwaarden leidend tot vergrootte gewrichtstranslaties, resulterend in een nieuwe gewrichtsstand en/of toegenomen/verminderde gewrichtscompressie met een verstoorde prestatie/ inspanningverhouding.
Onderzoek heeft bij vrouwen met BGP een grotere beweeglijkheid aangetoond van de symfyse tijdens de zwangerschap en in de periode na de bevalling, dan bij vrouwen zonder BGP [23]. De vergrootte beweeglijkheid in de bekkengewrichten zou de effectiviteit van krachtenverplaatsing verminderen, de schuifkrachten over de gewrichten verhogen en de propriocepsis verminderen. Er wordt gesuggereerd dat een toename van deze krachten de oorzaak is van pijn bij deze vrouwen [7].

Asymmetrische laxiteit van de SI-gewrichten heeft een relatie met klachten bij postpartum BGP [24].
Vrouwen met een asymmetrische laxiteit van de SI-gewrichten tijdens de zwangerschap hebben een driemaal zo grote kans om een matig tot ernstige BGP te ontwikkelen die postpartum aanhoudt [16]

Nutatie van het sacrum (voorwaartse rotatie van het sacrum, gerelateerd aan het ilium) is over het algemeen het resultaat van het dragen van gewicht en een functionele adaptatie om de bekkengordel te stabiliseren (vormsluiting). Dit wordt gezien als een voorbereiding op gewrichtsbelasting [25]. Nieuw onderzoek geeft aan: de krachtsluiting van de SI-gewrichten is van grotere waarde dan de vormsluiting [16]. In dit artikel wordt het belang van de samenwerkende krachten die werken over de wervelkolom en de SI-gewrichten onderstreept. Er is sprake van handhaving van een dynamisch evenwicht in de SI-gewrichten bij 'load transfers' zoals bukken. Contranutatie van het SI-gewricht (voorwaartse rotatie van het ilium, gerelateerd aan het sacrum) vermindert de vormsluiting van de SI-gewrichten: slecht aangepaste compensatiepatronen die zijn gezien bij BGP leiden tot onvoldoende controle over deze contranutatie stand en derhalve tot verminderde stabiliteit [16].

BGP wordt geassocieerd met een veranderde strategie van stabilisatie, waaronder ook een excessieve of insufficiënte motorische activiteit van de diepe en oppervlakkige bekkenmusculatuur, lumbale- en omliggende musculatuur behoort [26]. Afwijkende patronen voor motorische controle zouden mogelijk veroorzaakt kunnen worden door voortdurende pijn bij patiënten met chronische BGP [27] [28]. Positieve veranderingen in motorische controle blijken een positief effect te hebben op pijn en beperkingen [29] [30].

Behalve dat bekkenbodemspieren een rol spelen bij de continentie en de positionering van bekkenorganen, spelen deze spieren ook een rol in de stabiliteit van het bekken. Samen met het diafragma, m. transversus en de m. multifidus spelen deze diepe spieren een rol bij het stabiliseren van de lumbale-/bekkenregio [31] [25] [32] [33]. Disfunctie van de bekkenbodemspieren zou kunnen leiden tot een tekortkoming in het krachtsluitingsmechanisme, leidend tot een verstoorde krachtenoverdracht en pijn in het lumbale- en bekkengebied [34] [35]. Recent onderzoek toont aan vrouwen met BGP een statistisch significant kleinere hiatus levator hebben en een neiging tot een hogere vaginale rustdruk, in vergelijking met een controlegroep [36]. Een hogere vaginale rustdruk kan wijzen op een verhoogde activiteit van de bekkenbodemspieren [34] [35] [37].

Mechanische krachten uitgeoefend op het bekken tijdens de uitdrijving
Uit het onderzoek van Mens e.a. [2] komen aanwijzingen dat mechanische krachten, uitgeoefend op het bekken tijdens de uitdrijving, een rol spelen bij het ontstaan van bekkenpijn na de zwangerschap. Zij vergeleken vrouwen die voor het eerst bekkenpijn kregen tijdens of binnen drie weken na de bevalling met vrouwen die vóór de bevalling al bekkenpijn hadden. In de eerste groep is het percentage vrouwen dat een bevalling met tangverlossing, vacuümextractie of fundusexpressie heeft ondergaan significant hoger dan in de tweede groep. Ook is dit percentage in vergelijking met het percentage in de totale Nederlandse bevolking significant hoger.

In de groep vrouwen die voor het eerst bekkenpijn kreeg tijdens de bevalling of binnen drie weken daarna is het percentage keizersneden lager dan in de gehele Nederlandse groep van vrouwen die bevallen is. Tevens is er in de groep van vrouwen met klachten ontstaan tijdens of binnen drie weken na de bevalling een hoog percentage van vrouwen die zijn bevallen in een houding met een sterk gebogen wervelkolom en sterk gebogen heupen.

Orale anticonceptie en borstvoeding

Orale anticonceptie is vaak in verband gebracht met het ontstaan van bekkenpijn [4]. In onderzoek is echter geen correlatie gevonden tussen het gebruik van orale anticonceptiemiddelen en bekkenpijn [6] [38]. Een negatieve invloed van het geven van borstvoeding op het herstel van bekkenpijn is evenmin aangetoond [39].

Risicofactoren niet-zwangerschapsgerelateerd

Er zijn geen publicaties over de risicofactoren bij niet-zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn. Ook niet over welke mannen of vrouwen een verhoogd risico lopen om (chronische) bekkenpijn te ontwikkelen. Wel is duidelijk dat de kans op niet-zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn groter is indien er in het verleden al sprake was van bekkenklachten en er eerder trauma's in of rondom het bekkengebied waren [7].

Hoofdstuk 2. Diagnostische fase

Doel van de fase is inventariseren van de ernst en de aard van het gezondheidsprobleem van de patiënt en de mate waarin deze problemen beïnvloedbaar zijn door oefentherapie. Tijdens deze fase worden de gezondheidsproblemen beschreven in termen van 'functies, structuren en stoornissen', 'activiteiten, participatie en beperkingen', persoonlijke en externe factoren.

Deze fase omvat een oriëntatie op en een analyse van de gezondheidsproblemen in relatie tot de hulpvraag, persoonlijke factoren en externe factoren. De oefentherapeut bepaalt of er wel of geen indicatie is voor oefentherapie én of het in kaart brengen van de gezondheidsproblemen en de behandeling binnen de eigen deskundigheid valt.

In de bijlagen zijn de schema's voor diagnostiek (*bijlage 6)* en diagnostische en interventiefase (*bijlage 8)* opgenomen.

2.1 Aanmelding met verwijzing

De meeste mensen met bekkenklachten worden verwezen via de huisarts of medisch specialist. Dit geldt voor zowel zwangerschapsgerelateerde als niet-zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn. In veel regio's vindt intercollegiale afstemming plaats over de behandeling. Per regio kunnen de afspraken over - de coördinatie van - het beleid verschillen. De gegevens in dit hoofdstuk kunnen voor het overleg met de verwijzer en/of het intercollegiale overleg van belang zijn.

Relevantie verwijsinformatie specifiek:

- Klachtengeschiedenis: relevante gegevens over traumata en/of eerdere behandelingen van of klachten aan onder meer rug-, heup,- of bekken.
- Onderzoeksgegevens in relatie tot de klachten.

Verwijsindicaties

Afgezien van eventuele door de verwijzer aan te geven contra-indicaties vanwege een andere aandoening, kunnen de meeste patiënten met bekkenklachten worden verwezen voor oefentherapie[5].

Met name klachten op het niveau van activiteiten en participatie kunnen aanleiding zijn voor verwijzing naar de oefentherapeut. De hulpvraag van de patiënt zou hierbij leidend moeten zijn. Hierbij kan gedacht worden aan:

- Patiënten met veel vragen en onzekerheden omtrent bekkenklachten, die behoefte hebben aan inzicht in de aandoening en de wijze waarop zij met hun klachten het beste kunnen omgaan.
- Patiënten die, ondanks inzicht in de aandoening, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen blijven ondervinden.

[5] Waar 'oefentherapie' staat wordt in het gehele document bedoeld 'oefentherapie zoals gegeven door oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck'.

- Vrouwen bij wie het herstel na de bevalling stagneert: als er na vier tot zes weken geen duidelijke verbetering is in het belastbaarheidniveau.

(*Bron: NPi, richtlijn 2004*)

Bij aanwezigheid van bekkenbodemfunctiestoornissen worden patiënten bij voorkeur verwezen naar een bekkenoefentherapeut. Zie voor een functieomschrijving *bijlage 2.*

2.2 Aanmelding zonder verwijzing

Mensen met bekkenklachten kunnen ook via directe toegang oefentherapie (DTO) naar de oefentherapeut [40] [41]. De gebruikelijke DTO-procedure dient gevolgd te worden. Indien er voldoende aanwijzingen zijn gevonden dat de patiënt bekkenklachten heeft (zwangerschapsgerelateerd of niet-zwangerschapsgerelateerd), dient de richtlijn bekkenklachten te worden gevolgd.

2.3 Diagnosecodes bij bekkenklachten

Bij het behandelen van patiënten met bekkenklachten dienen onderstaande diagnosecodes gebruikt te worden, volgens het coderingssysteem paramedische hulp (DCSPH) [42]:

Lokalisatie: Posities I (hoofdgroep lichaamslokalisatie) en II (subgroep lichaamslokalisatie):
Positie I: altijd 6 (Bekken- Bovenbeen Bekkenregio inclusief gluteaalstreek)
60 Bekkenregio (inclusief gluteaalstreek)
Te gebruiken bij bekkenklachten *zonder bekkenbodemfunctiestoornissen*
61 Liesregio
62 Art Coxae (inclusief weke delen)
63 Bovenbeenregio (inclusief weke delen)
64 Bekkenbodemregio (inclusief organen kleine bekken)
Te gebruiken bij bekkenklachten in combinatie *met bekkenbodemfunctiestoornissen*
69 Gecombineerd (dit zal vooral veel gebruikt kunnen worden)

Pathologie: Posities III (hoofdgroep pathologie) en IV (subgroep pathologie):
09: bij indicaties postoperatief
26: bij bekkenklachten, **niet** zwangerschap gerelateerd
35: bij traumatische bursitis in bekkenregio
36: bij trauma met fractuur in bekkenregio
37: bij overig trauma
84: bij maag darm lever problematiek
85: bij seksualiteitsproblematiek
86: bij urine incontinentie
87: bij fecale incontinentie
88: bij urologische pathologie
89: bij zwangerschapsgerelateerde problematiek

2.4 Rode vlaggen

Er is geen verschil in rode vlaggen tussen lage rugpijn en bekkenpijn, behalve dat patiënten met bekkenpijn over het algemeen jonger zijn dan dertig jaar en daarom minder kans hebben op kwaadaardige ziektes als oorzaak van de pijn [7].
Bijlage 3: *Rode vlaggenlijsten bekken-heup, lage-rugklachten en rode vlaggenlijst 'zwanger-schapsgerelateerde bekkenpijn' van het KNGF* [43].

2.5 Anamnese

Om de diagnose bekkenklachten te kunnen stellen, dient een goede anamnese en onderzoek te worden uitgevoerd. Belangrijk is te differentiëren tussen lage rugpijn en bekkenpijn. Er wordt een inschatting gemaakt van de ernst van de pijn en andere functiestoornissen in relatie tot ervaren problemen in dagelijks functioneren en van risico's voor voortbestaan van de klachten.
Bekkenklachten kunnen worden ingedeeld naar probleemgebieden, verder genoemd categorieën:

- Musculoskeletaal (klachten rondom lendenwervelkolom, bekken en heup)
- Gastro-enterologisch
- Urologisch
- Gynaecologisch
- Seksuologisch

Deze richtlijn is primair gericht op de groep cliënten met een hulpvraag gerelateerd aan het musculoskeletale stelsel. Indien er (mogelijk) sprake is van klachten uit één van de andere vier categorieën dient de oefentherapeut na te gaan of het onderzoeken en behandelen van deze cliënt binnen haar deskundigheid valt.

De werkgroep adviseert om bij het vermoeden van klachten in één van deze vier categorieën altijd goed door te vragen. Sommige symptomen kunnen door patiënt als normaal worden ervaren, maar kunnen toch duiden op pathologie of een functiestoornis. Voor het gericht doorvragen bij twijfel over het aanwezig zijn van dergelijke problemen kan de oefentherapeut een specifieke vragenlijst gebruiken. *Bijlage 4.*

Voor behandeling van cliënten die zich voornamelijk presenteren met aspecifieke lage rugklachten of urine-incontinentie, wordt verwezen naar de VvOCM richtlijnen Aspecifieke Lage Rugklachten, respectievelijk Urine-incontinentie.

2.5.1 (Aanvullende) anamnese

De hulpvraag van de cliënt ligt vaak op activiteiten -of participatieniveau, waarbij pijn de meest op de voorgrond tredende stoornis is. Bij bekkenklachten richt de oefentherapeut de anamnese op stoornissen in functies in relatie tot activiteiten en participatie én op de factoren die het functioneren, het herstel en de aanpassingsprocessen van de cliënt belemmeren of juist bevorderen.

Functies en structuren (ICF b2,b7,b6,s7)
Diagnostisch gezien is pijn een belangrijke klacht om uit te vragen. Typerend is pijn die optreedt tijdens langdurig staan en zitten [7]. Toename van pijn kan voorkomen bij een verhoogde buikdruk (zoals bij hoesten, niezen, persen), (plotselinge) verandering van houding /starten van een beweging en bij activiteiten met een asymmetrische belasting van het bekken (zoals autorijden, in/uit auto stappen, traplopen, iets wegschuiven met één voet).

Lokalisatie
Karakteristiek is dat de klachten gelokaliseerd zijn rondom het sacrum, onder de SIPS, in het gluteale gebied, (achterzijde) bovenbeen en/of de symfyse. Ook kan pijn aangeven worden in de lies en rondom het os coccygis. Om er zeker van te zijn dat de pijn zich in het bekkengebied bevindt, is het belangrijk dat de precieze regio door de patiënt wordt aangeduid op het lichaam of op een tekening [7]. Hierbij dient opgemerkt te worden dat patiënten met langer bestaande bekkenklachten meer diffusere pijn hebben die minder duidelijk te lokaliseren is.

Specifieke kenmerken
Kraken of knappen (symfyse), scherpe of schietende bandenpijn, stekende pijn (symfyse; SI-gewrichten), brandend gevoel (sacrum), sensatie naar andere delen van het bekken, bovenbenen, billen en soms onderbenen, spierpijn, gevoel door de benen te zakken, napijn en coördinatieverlies (onvermogen om een beweging te maken / 'machteloosheid').

Bekkenbodemfunctiestoornissen (tonus, kracht, controle)
Dysfunctie van de bekkenbodem - zoals een overactieve of onderactieve bekkenbodem - kan samenhangen met pijn in het bekkengebied en met persoonlijke factoren als angst en spanningen en/of met seksuele problematiek.
Deze materie vereist kennis op het gebied van bekkenbodemfunctiestoornissen en de achtergronden ervan. De werkgroep adviseert in het geval er bij een cliënt sprake is van bekkenklachten met symptomen die duiden op een bekkenbodemfunctiestoornis, een bekkenoefentherapeut te consulteren.

Overige klachten
Vermoeidheid, conditievermindering.

Activiteiten en participatie
Normale bewegingen en houdingen - zoals staan, zitten, lopen - kunnen niet lang worden vol gehouden. Maar ook (plotselinge) verandering van houding en asymmetrische belasting kunnen pijnlijk en/of problematisch zijn. De klachten kunnen leiden tot een verminderd tot slecht functioneren bij de activiteiten in het dagelijks leven (ADL) en participatie, zoals bij:
- mobiliteit (ICF-d4; handhaven lichaamshouding, lopen/zich verplaatsen/transfers; tillen/dragen)
- de persoonlijke verzorging (ICF-d5; aan-/uitkleden; schoenen en kousen aan/uittrekken)
- de verzorging van kinderen (ICF-d4; optillen, dragen)
- het huishouden (ICF-d6)
- werk, opleiding, vrije tijdsbesteding, hobby, sport (ICF-d8,d9)
- het functioneren in het gezin en andere sociale verbanden (ICF-d7,d9).

Beperkingen in activiteiten en stoornissen in functies kunnen (negatief of positief) beïnvloed worden door externe factoren. De fysieke en de sociale omgeving van de patiënt worden door de therapeut betrokken bij het analyseren van de ervaren problemen.

Veel patiënten tonen voorzichtigheid en soms angst bij bewegen. Ook kan een krampachtige houding worden waargenomen met een paradoxaal adempatroon en een overactieve m. rectus abdominis, overactieve bekkenbodem, te veel of soms te weinig spanning van de spieren rond de bekkengordel. De oefentherapeut observeert het bewegingsgedrag vanaf de start van het zorgproces om zich een indruk te vormen van deze uitingen bij de cliënt.

Omgaan met klachten (coping)

De wijze waarop iemand met pijn omgaat, kan de relatie tussen (chronische) pijn en het optreden van beperkingen in activiteiten beïnvloeden. Naast persoonlijke en omgevingsfactoren is ook de interactie tussen betrokkene en behandelaar daarop van invloed. Bij bekkenpijn in zwangerschap gaat het vooral om secundaire coping. Bij primaire coping gaat men de problematische situatie te lijf. Bij secundaire coping probeert men het gedrag aan te passen aan de situatie.

2.5.2 Meetinstrumenten

Het gebruik van meetinstrumenten is één van de onderdelen van het professioneel handelen van de oefentherapeut. Metingen bij de patiënt kunnen een bijdrage leveren aan het bevestigen van de oefentherapeutische diagnose en het inzichtelijk maken van het effect van de therapie. Op basis van de uitkomsten kan de therapie worden bijgestuurd. Het is van belang om een aantal meetinstrumenten structureel toe te passen.

De werkgroep heeft vanwege algemene geschiktheid gekozen voor de Visual Analog Scale (VAS), Patiënt Specifieke Klachten (PSK), de Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS), de Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ) en de PRAFAB (in geval van incontinentieklachten). (Zie hoofdstuk 4.2.1: Kwaliteitsindicator 'Meetinstrumenten')

Ook provocatietesten en palpaties genereren meetgegevens, waarvan een aantal belangrijk zijn binnen de diagnostiek (zie hoofdstuk 2.6.2). Alle aanbevolen meetinstrumenten staan in *bijlage 5.*

Visual Analog Scale

Om zicht te krijgen op de mate van pijn van een patiënt kan de oefentherapeut gebruik maken van de VAS voor pijn. Met behulp van de VAS voor pijn kan worden gemeten hoe de patiënt de pijn ervaart op dat moment of gedurende de afgelopen week. Aan deze informatie is geen absolute waarde toe te kennen en vergelijking met de mate van pijn van andere patiënten is derhalve niet mogelijk.
De VAS is een betrouwbaar en valide instrument voor het meten van pijn in de dagelijkse praktijk en is in korte tijd af te nemen [44] [45]. De VAS is responsief, waardoor de VAS geschikt is om het behandelresultaat te evalueren [44] [45]. De VAS is gemakkelijk te scoren en wordt door de meeste personen uit diverse culturele groepen gemakkelijk begrepen. De

patiënt moet wel in staat zijn om de lijn te zien als een representatie van een abstract concept [46] [47] [48].
Naast het gebruik als evaluatief instrument voor het behandelresultaat kan de VAS voor pijn gebruikt worden voor het terugkoppelen en daarmee bewust worden van de invloed van activiteiten en gebeurtenissen op de pijnklachten. Het is wenselijk om de VAS voor pijn in dit geval regelmatig (bijvoorbeeld een paar keer per dag op vaste tijdstippen en op vaste dagen in de week) in te laten vullen door de patiënt en daarbij bijzonderheden (in activiteiten en gebeurtenissen) op te laten schrijven.
Het gebruik van de VAS voor pijn ter evaluatie van de behandeling is alleen zinvol indien deze uitkomstmaat aansluit bij de gekozen behandeldoelen van de patiënt (het verminderen van de stoornis 'pijn'). Bij patiënten met een inadequaat pijngedrag is het van belang de aandacht juist niet op de pijn te vestigen. Het gebruik van een VAS voor pijn wordt bij deze patiënten derhalve afgeraden.
In de praktijk wordt de VAS niet alleen gebruikt bij pijn maar ook bij om inzicht te krijgen op andere onderwerpen, zoals op functioneren.

Vragenlijst Patiëntspecifieke Klachten

De vragenlijst PSK is een instrument om de functionele status en ervaren beperkingen van een patiënt in kaart te brengen. Met deze vragenlijst kunnen activiteiten worden geïnventariseerd, die van belang zijn voor de patiënt maar waarmee de patiënt moeite heeft of die niet meer uitgevoerd kunnen worden. De PSK kan zodoende gebruikt worden bij het vaststellen van de hulpvraag en het formuleren en evalueren van behandeldoelen. Veranderingen in de tijd hierin weerspiegelen de veranderingen in de ervaren gezondheidstoestand en daarmee indirect de kwaliteit van leven. De PSK is niet onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. De responsiviteit van de vragenlijst is bij patiënten met lage rugklachten voldoende [49].

Vragenlijst Quebec Back Pain Disability Scale

De QBPDS is een vragenlijst voor het meten van het functioneren van patiënten met lage rugpijn, maar is ook goed toe te passen bij patiënten met bekkenklachten. De vragenlijst bestaat uit twintig items over relevante dagelijkse activiteiten voor deze patiënten.
De QBPDS evalueert zes deelgebieden van het functioneren, namelijk bedrust, zitten/staan, lopen, bewegen, bukken en zware voorwerpen verplaatsen. De QBPDS kan toegepast worden bij patiënten die problemen ervaren bij deze activiteiten.

De betrouwbaarheid van de Nederlandse versie is onderzocht bij 650 patiënten met chronische lage rugpijn, die bij de huisarts onder behandeling zijn [50]. De correlatie tussen twee metingen gemeten over een week, ofwel de test-hertest betrouwbaarheid is hoog (r=.90 en ICC=.90)[6].
De interne consistentie van de vragenlijst is goed (Cronbach's alpha = .95)
De constructvaliditeit is bepaald door de resultaten van de QBPDS te correleren met twee andere instrumenten: de Roland Disability Questionnaire (RDQ) en een 10-puntsschaal voor

[6] r=Pearson correlatiecoëfficiënt ICC=Intraclass Correlatie Coëfficiënt.

pijnintensiteit. De correlatie tussen beide is goed (RDQ: r=.80 en .91 en pijnintensiteit: r=.74 en .70).
Ook de responsiviteit, de gevoeligheid van het instrument voor veranderingen in de gezondheid van de patiënt, is bepaald. Daartoe is de mate van verandering gemeten met de QBPDS gecorreleerd met de mate van verandering gemeten met drie andere instrumenten: De RDQ, de pijnintensiteit op een 10-puntsschaal en het klachtenbeloop op een 5-puntsschaal. Hiertussen werden matige correlaties gevonden (respectievelijk: r=.60; .53 en .35). Dit wijst mogelijk op een verschil in gezondheidsdomeinen tussen de vragenlijsten en onderstreept het belang van een bewuste keuze voor een bepaalde vragenlijst bij de individuele patiënt.

Pelvic Girdle Questionnaire

De PGQ (Engelse versie) [51] is een betrouwbaar en valide instrument voor vrouwen met bekkenklachten gedurende de zwangerschap en postpartum. De PGQ discrimineert significant tussen zwanger en niet-zwangere vrouwen en tussen verschillende pijnlocaties [52]. Het is een eenvoudig te gebruiken instrument en toepasbaar in de meeste praktijken. Het duurt ongeveer drie minuten om de lijst in te vullen [51]. Er bestaat op dit moment geen gevalideerde Nederlandstalige versie[7].

De PRAFAB-vragenlijst

Deze vragenlijst meet de ernst van het urineverlies in termen van het gebruik van opvangmateriaal (‘protection’), de hoeveelheid urineverlies (‘amount’), het aantal keren dat het urineverlies optreedt (‘frequency’) en meet de impact die het urineverlies heeft, vastgelegd in meer subjectieve aspecten als de wijze waarop de persoon zich in zijn dagelijks leven aanpast aan het urineverlies (‘adjustment’) en de lijst combineert hiermee belangrijke objectieve en subjectieve aspecten van de ernst van het urineverlies. De PRAFAB-vragenlijst heeft als voordeel dat het een korte vragenlijst is, die zowel de mate van het urineverlies vastlegt als de ervaren impact van het urineverlies op de dagelijkse activiteiten en het zelfbeeld van de patiënt. Bovendien zijn hiermee op individueel niveau veranderingen in de gezondheidstoestand vast te leggen. Bij onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de test is gebleken dat een verbetering op de PRAFAB-vragenlijst sterk samenhangt met de door de patiënt ervaren verbetering in de gezondheidstoestand.
Bron: Meetinstrumentenzorg.nl en KNGF richtlijn stress urine-incontinentie 2011.

2.6 Beroepsspecifiek onderzoek

Oefentherapeuten maken gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve diagnostiek om tot een gedegen analyse te komen van de ervaren problemen in relatie tot persoonlijke factoren en de fysieke en sociale context.

[7] Op het moment van actualisatie van deze richtlijn wordt gewerkt aan een Nederlandse vertaling door een vierdejaars studente van de opleiding oefentherapie aan de HU, in samenwerking met de VU en de beroepsgroep. Verwacht zomer 2014.

2.6.1 Activiteitenonderzoek

Op basis van de door de cliënt aangegeven probleemhandelingen en mogelijk nog te verwachten probleemhandelingen voert de therapeut een activiteitenonderzoek uit om zich een beeld te vormen van de (mogelijk) relaties tussen ervaren bekkenklachten (zoals pijn), bewegings(on)mogelijkheden en bewegingsgedrag.

Bij het observeren van probleemhandelingen - zoals lopen, opstaan, staan, zitten, traplopen, tillen - is aandacht voor het al dan niet vloeiend verloop van bewegingen, het kunnen variëren van houdingen en bewegingen, compensaties en adaptaties, (paradoxaal) adempatroon en uitingen van bewegingsangst. De handelingen worden bij voorkeur in een authentieke context geobserveerd om in te kunnen schatten of en in hoeverre de taak of de omgeving van invloed is op het bewegingsgedrag.

2.6.2 Specifiek onderzoek

Een doelmatige diagnostiek leidt tot en draagt bij aan een behandeling die aansluit bij de behoefte en wensen van de patiënt. Het gebruik van testen in de diagnostische fase biedt een handvat voor de diagnostiek en de behandeling. (Zie hoofdstuk 4.2.2: Kwaliteitsindicator ‘Doelmatige Diagnostiek’).

Nader onderzoek van de bekkenregio (biomechanisch en fysiologisch gerelateerde regio’s) richt zich op de aan- of afwezigheid van stoornissen in functies en structuren en de (mogelijke) gevolgen daarvan. Doel is om lumbale rugklachten en heupklachten uit te sluiten, de diagnose te bevestigen en de fysieke belastbaarheid in te schatten. Ook tracht de oefentherapeut te achterhalen of er sprake is van een natuurlijke vorm en stand van het bekken of dat er sprake is van compensaties, adaptaties en dislocaties. Hierbij dient opgemerkt te worden dat onderdelen van het specifieke onderzoek ook vooraf kunnen gaan aan het activiteitenonderzoek. De bevindingen uit het specifieke onderzoek worden altijd weer bekeken in relatie tot bewegingsgedrag in dagelijkse houdingen en activiteiten.

Onderdelen van het specifieke onderzoek die al dan niet uitbreid aan bod dienen te komen:
- De stand van ossa ilii, sacrum en os pubis (nutatie/contranutatie), torsie en dispositie van symfyse en eventueel beenlengteverschil. Stand wervelkolom en heuppositie ten opzichte van bekken.
- Buikcontour (diastase, asymmetrie).
- Mobiliteit heupgewrichten, SI-gewrichten en wervelkolom.
- Spieren en ligamenten:
    - Het testen van functionele spierkracht en tonus van aan het bekken hechtende musculatuur wordt uitgevoerd bij verminderde beweeglijkheid en/of pijnlijke aanhechtingen; mogelijk zijn de heupadductoren (m. adductor magnus, m. adductor longus, m. adductor brevis, m. gracilis, m. pectineus), de m. biceps femoris, de m. quadriceps (m. rectus femoris), de m. iliopsoas en de m. piriformis verkort of overactief. Vaak zijn heupabductoren (m. gluteus medius, m. gluteus minimus, m. tensor fasciae latae), m.multifidus en mm. abdominis verzwakt.

- Verkrijgen indruk van de vaardigheid om de bekkenbodemspieren te ontspannen
- De tonus van de aan het bekken aanhechtende spieren wordt via palpatie beoordeeld, maar ook door observatie kan daarvan een indruk worden verkregen. De drukgevoeligheid van spieraanhechtingen en ligamenten wordt beoordeeld. Bij palpatie in het gebied caudaal van de spina iliaca posterior superior kan pijn aangegeven worden langs het ligamentum sacro-iliacale dorsale pars longum (LDL); dit is het gevolg van toegenomen spanning als reactie op een contranutatiestand van het sacrum of torsiestand van het bekken.

- Palpatie van het gebied rondom os coccygis in kruiphouding, buikig of staand kan informatie geven over de tonus van de bekkenbodemspieren en over de stand van het os coccygis. Lichte beweging op het ritme van de ademhaling kan duiden op een normale tonus van de bekkenbodemspieren [33]. Men dient alert te zijn op overactiviteit van de bekkenbodemspieren primair of als gevolg van aanpassing.
  De therapeut zal altijd toestemming vragen aan cliënt om te mogen palperen (in dit gebied).

Diagnostische tests

Er is nog geen gouden standaard test. Om bekkenpijn te diagnosticeren beveelt de WG4 de volgende testen en palpaties aan [7]:

Bij zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten

- SI-gewrichtspijn:
  - Pijnprovocatietesten: PPPP (P4) [53])/ thigh thrust [54], Patrick's sign (Faber test) [55] [56] [57], Gaenslen's test [58]
  - Palpatie lange dorsale ligament (LDL-test)(zwangere vrouwen [55], postpartum [59]),
- Symfyse:
  - Palpatie van de symfyse [55]
  - Pijnprovocatietest symfyse, tevens spiertest heupabductoren: Modified Trendelenburgtest [55]
- Stabiliteitstest SI-gewrichten, tevens spiertest m. abdominis:
  - ASLR (active straight leg raise)-test [60]

Van bovenstaande testen zijn de P4-test en de ALSR-test het best onderbouwd. Beide hebben een hoge sensitiviteit en specificiteit [7].
De P4 test is in onderzoek negatief bevonden bij patiënten met een duidelijke lumbale diagnose [61]. De ASLR is ook nuttig voor het inschatten van de ernst van klacht [62] [63].

Bij niet-zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten

Clustertesten van der Wurff et al (2006): SI- provocatietesten :
1) Distractietest, 2) Compressietest, 3) Thigh Thrust test, 4) Gaenslen's test, 5) Patrick's sign.
Diagnostisch: 3 van de 5 testen positief.

Vanwege het moeilijk vaststellen van de validiteit (door ontbreken gouden standaard) en de lage sensitiviteit van enkele testen zal conclusie altijd gevormd moeten worden op basis van meerdere testen [7] [37].

De behandelend therapeut kan besluiten aanvullende testen uit te voeren. Zo dient er rekening mee gehouden te worden dat veel aandoeningen gepaard kunnen gaan met houdingsafhankelijke pijn in de lage rug- en bekkenregio en is nader onderzoek naar aanwijzingen voor andere aandoeningen dan bekkenklachten altijd geboden.

Aanvullende testen
- Neurologische testen (SLR, slumptest)
- Testen op heupaandoeningen
- Wervelkolom testen

Andere meetinstrumenten
Het meten van spierkracht m.b.v. de microFET; de 'biofeedback stabilizer', een spierdrukfeedbacksysteem.

Contra-indicaties voor testen en palpaties binnen het specifieke onderzoek:
- Ernstige osteoporose, Osteopenie
- Osteogenesis imperfecta
- Actieve gewrichtsontstekingen
- Heupdysplasie: pijnprovocatie tests via het heupgewricht

Diagnostische overweging: constante pijn of constant variabele pijn en hoge irriteerbaarheid van weefsels, nachtelijke pijn en pijn verergerd door mechanische therapie kan wijzen op een chemische oorzaak van pijn.
Bron: 'The lumbar spine mechanical diagnosis and therapy'. Robin Mc.Kenzie, Stephan May 2003.

De werkgroep beveelt op basis van de huidige evidence en praktijkervaring onderstaande testen aan, welke zijn opgenomen in de kwaliteitsindicator 'Doelmatige Diagnostiek':

1. Active Straight Leg Raise (ASLR)
2. Modified Trendelenburgtest
3. Posterior Pelvic Pain Provocation test (P4-test)
4. Patrick's sign (Faber test)
5. Spiertesten: kracht, lengte en tonus o.a. : heupadductoren (m. adductor magnus, m. adductor longus, m. adductor brevis, m. gracilis, m. pectineus), heupabductoren (m. gluteus medius, m. gluteus minimus, m. tensor fasciae latae), mm. hamstrings, m. quadriceps, m. iliopsoas, m. piriformis , m. gluteus maximus, m.multifidus en de mm. abdominis.

De testen 1 tot en met 4 zijn opgenomen als *bijlage 5f t/m 5i.*

2.6.3 Aanvullend onderzoek door derden

Beeldvormende onderzoeken – zoals een röntgenfoto of MRI – kunnen bekkenklachten niet aantonen of uitsluiten. Bij een vermoeden van symfysiolyse is aanvullend onderzoek middels röntgenfoto of MRI wel geïndiceerd [7]. Veelal is er dan sprake van klachten op basis van een bekkentrauma door bijvoorbeeld een geforceerde partus, een dispositie na een val (bijvoorbeeld ski-ongeval) of hard stoten van de symfyse (bijvoorbeeld tijdens paardrijden bij verkeerde sprong of een bokkend paard). Beoordeling van deze ernstige instabiliteit is dan aan de specialist.

MRI kan door behandelend medicus ingezet worden om ankylose spondylitis uit te sluiten en in het geval van positieve rode vlaggen [7].

Mobiliteits(palpatie)testen, Röntgenfoto's, CT, scintigrafie, diagnostische injecties en diagnostische fixatie vanaf extern van het bekken, worden niet aanbevolen [7].

Bij twijfel over de bekkenbodemfunctie of als controle van de bekkenbodemfunctie na training kan expertise van een bekkenfysiotherapeut worden ingeschakeld.
Bijlage 2b:bekkenfysiotherapeut.

2.7 Probleemdefinitie: beroepsspecifieke analyse en oefentherapeutische (werk)diagnose

De oefentherapeut analyseert en interpreteert alle verkregen gegevens uit verwijzing/screening, anamnese en het beroepsspecifieke onderzoek, met aandacht voor de belemmerende en bevorderende factoren. Er wordt een oefentherapeutische diagnose geformuleerd en vastgesteld of er sprake is van een indicatie oefentherapie of bekkenoefentherapie.
Bijlage 7: Checklist analyse en conclusies.

De werkgroep is van mening dat binnen de analyse specifiek aandacht moet zijn voor de individuele functionele en niet-functionele adaptaties van stand van het bekken in combinatie met wervelkolom en heupgewrichten, spierfuncties en bewegingsgedrag.

Niet alle oorzaken en gevolgen van bekkenklachten zijn volledig inzichtelijk te krijgen met behulp van de diagnostische mogelijkheden van de oefentherapeut. Het interpreteren van de bevindingen uit het onderzoek naar alle facetten van de bekkenvorm en bekkenstand (sacrum, ossa ilii, os coccygis) vereist veel ervaring. Ook het uitvoeren van de diagnostische palpaties vereist veel ervaring en kan alleen worden verricht door oefentherapeuten die daarin zijn geschoold.

De werkgroep adviseert in het geval een oefentherapeut twijfelt over of er sprake is van een bekkenbodemfunctiestoornis, een bekkenoefentherapeut of bekkenfysiotherapeut te consulteren of de cliënt (tijdelijk) door te verwijzen.

Hoofdstuk 3. Interventiefase

De interventiefase omvat de behandeling, de evaluatie en de afsluiting van de behandeling. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op individuele behandeling, groepsbehandeling en groepslessen.

3.1 Behandeldoelen

Mogelijke doelen van het behandelen van bekkenpijn zijn: het verbeteren van functionele mogelijkheden, klachten- en of pijnvermindering en voorkomen van recidief en chroniciteit [7].

Einddoelen van de oefentherapeutische behandeling zijn gericht op het opheffen of verminderen van klachten en beperkingen op activiteiten -en participatieniveau en/of het voorkómen van chroniciteit:

- het verminderen van pijn;
- het verminderen van (mogelijke) risicofactoren voor het voortbestaan van bekkenklachten en het scheppen van voorwaarden voor herstel en aanpassingsprocessen;
- ontwikkelen kwalitatief (en mogelijk kwantitatief) bewegingsgedrag;
- het bevorderen van zelfmanagement.

Patiënten moeten nauw betrokken worden bij de therapie. Afstemming tussen oefentherapeut en patiënt is gedurende het gehele traject essentieel. Door actieve participatie en betrokkenheid leren patiënten haalbare doelen te stellen. Het stellen van realistische doelen lijkt essentieel om zelfmanagementkwaliteiten te ontwikkelen en te leren van goede ervaringen [64].

3.2 Onderzoek naar behandelmethodes

Bij een aantal specifieke patiëntengroepen is onderzoek gedaan naar efficiënte behandelmethodes.

3.2.1 Onderzoeken behandelmethodes niet-zwangerschapsgerelateerd [7]

Er is slechts één RCT bekend van voldoende kwaliteit [65]. Daaruit blijkt dat er aanwijzingen zijn dat oefentherapie bij ankylose spondylitis zinvol is. Een individueel oefenprogramma wordt bij deze patiëntengroep aangeraden.

3.2.2. Onderzoeken behandelmethodes zwangerschapsgerelateerd

Tijdens de zwangerschap

Aangeraden wordt om bij zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn te oefenen tijdens de zwangerschap. Oefeningen moeten zich focussen op adequate adviezen met betrekking tot ADL-activiteiten en het vermijden van bewegingspatronen die een negatieve invloed hebben op de klachten. Individuele therapie wordt aangeraden. Op-maat-gemaakte programma's hebben meer effect. De behandeling moet worden afgestemd op een individueel onderzoek. [7].

Na de zwangerschap
Er zijn vier RCT's bekend van goede methodologische kwaliteit [66] [29] [67] [68] bij bekkenpijn en lage rugpijn postpartum. De studie van Stuge laat statisch en klinisch significante positieve en lang aanhoudende effecten zien [29] [69]. De behandeling bij deze studie richt zich op oefeningen voor motorische controle en stabiliteit van de bekkengordel. Oefeningen zijn vooral gericht op het verbeteren van het krachtsluitingsmechanisme door een goede coördinatie van het lokale en totale spiersysteem. Dit, gericht op het volhouden van fysieke activiteiten, die van het individu gevraagd worden.
Andere essentiële aandachtspunten zijn de begrenzing van de SI-gewrichten, houding, ademhaling en cognitieve gedragsveranderingsaspecten. De gedragsaspecten vormen een belangrijk onderdeel, naast het oefenprogramma. Een individueel behandelprogramma gericht op specifieke stabiliserende oefeningen (controle en stabiliteit zoals omschreven in de European Guideline) als onderdeel van een multifactoriële aanpak, waarbij gedragsverandering een belangrijk onderdeel is, wordt aanbevolen.

3.2.3 Bekkenband

Er is geen bewijs dat een bekkenband als *enige* behandeling bij bekkenpijn effectief is [7] [70]. Een band zou gebruikt kunnen worden om te testen of de symptomen verminderen, maar zou slechts voor korte periodes gedragen moeten worden [7].

3.2.4 Onderzoek bekkenbodemfunctieverbetering peripartum

Op basis van de knelpuntenanalyse heeft de werkgroep onder begeleiding van het CBO de volgende uitgangsvraag op het gebied 'behandeling' geformuleerd: *'Wat zijn de gewenste en ongewenste effecten van bekkenbodemfunctieverbetering bij patiënten met bekkenbodemklachten peripartum?'*

Voor verantwoording van werkwijze, zoekstrategie en bespreking artikelen *paragraaf 3.8.* De individuele studies zijn ingedeeld naar methodologische kwaliteit. De conclusies zijn ingedeeld naar het niveau van het bewijs.

Conclusies

Niveau 2	Er zijn geen aanwijzingen dat fysiotherapeutische interventies (onder andere trainingsprogramma's) gericht op preventie en/of behandeling van zwangerschapsgerelateerde rug- en bekkenpijn effectief zijn op pijn of functioneren. *A2 Stuge 2003*

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat intensieve bekkenbodem-spiertraining (vanaf 20 weken zwangerschap) urine-incontinentie vermindert in de late zwangerschap, vroeg postpartum tot een jaar postpartum. *A2 Hay-Smith 2009*

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat bekkenbodemspiertraining bij vrouwen met aanhoudende postnatale urine-incontinentie leidt tot een vermindering van incontinentie-klachten 12 maanden na de bevalling. *A2 Hay-Smith 2009*

Niveau 2	Het is aannemelijk dat biofeedback niet effectief is voor pijnmanagement tijdens de bevalling. *A2 Barragan Loayza 2011*

Niveau 2	Het is aannemelijk dat groepstherapie tijdens de zwangerschap niet leidt tot significant meer pijnvermindering en verbeteren in functioneren in vergelijking met geen behandeling of behandeling naar eigen keus. *A2 Haugland 2006*

Overige overwegingen

De werkgroep merkt op dat het beperken van de onderzoeken naar meta-analyses, gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep en systematische reviews, ertoe geleid heeft dat andersoortige onderzoeken, die voor oefentherapeuten van belang zijn, nu niet naar voren gekomen zijn. In hoofdstuk 4.3 'aanbevelingen voor onderzoek' wordt hier verder op ingegaan.

De auteurs van de gevonden artikelen kunnen moeilijk conclusies trekken uit hun bevindingen. De heterogeniteit van de verschillende onderzoeken is groot, waarbij het vaak onduidelijk is waar de interventie precies uit bestond. De onderzoeken zijn daarom moeilijk te vergelijken. Er is behoefte aan goed opgezette onderzoeken naar oefentherapie gericht op patiënten met bekkenklachten.
Uit het literatuuronderzoek blijkt dat therapie 'op maat' benaderd vanuit de totaliteit de beste behandelresultaten geeft bij vrouwen met bekkenbodemklachten. Dat sluit goed aan bij de manier van werken van de oefentherapeut, waarbij aandacht gegeven wordt aan verschillende aspecten zoals: ontspannen, voelen, bewust corrigeren, coördineren en versterken en de functionele toepassing in het ADL. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de oefentherapeut bij complexe problematiek (zoals bekkenklachten in combinatie met stoornissen op het vlak

van urologie, gynaecologie, gastro-enterologie, seksualiteit) moet nagaan of het alleen behandelen binnen zijn competenties ligt, of dat samenwerking met een bekkenoefentherapeut, bekkenfysiotherapeut en/of doorverwijzing naar een medisch specialist geïndiceerd is.

Er zijn aanwijzingen dat bekkenbodemspiertraining bij bepaalde groepen een gunstig effect kan hebben bij zwangerschapsgerelateerde urine-incontinentieklachten [71].
Oefentherapeuten richten zich bij het verbeteren van de bekkenfunctie op de totaliteit: het functioneel oefenen wordt niet los gezien van biomechanische en fysiologisch gerelateerde structuren. In de behandeling wordt nadruk gelegd op het bewust worden van de bekkenbodem, het oefenen van de bekkenbodemfunctie in al zijn facetten.
Ontspannings- en ademhalingsoefeningen kunnen bijdragen aan het verminderen van pijn. Met name vrouwen met een overactieve bekkenbodem en pijn vertonen ook een hoge ademhaling. Deze combinatie kan leiden tot een disbalans van de bekkenbodemmusculatuur en klachten rond het os coccygis. Juist deze groep vrouwen kan baat hebben bij ontspannings- en ademhalingsoefeningen.
Bij een hyperextensiestand van het os coccygis geven deze oefeningen geen verlichting en zouden juist actieve concentrische contracties geoefend moet worden.

Essentieel binnen de oefentherapeutische behandelingen is het aanbieden van variaties in oefeningen / bewegingen en de transfer naar het dagelijks leven (toegespitst op de patiënt). De oefentherapeut helpt om patiënt inzicht te geven in het klachtenbeeld en geeft de patiënt handvatten om ongunstige adaptaties en bewegingsgedrag aan te passen en huiswerkoefeningen om het herstel te bespoedigen. Incontinentieklachten tijdens de zwangerschap dienen al tijdens de zwangerschap behandeld te worden.

EBRO-aanbevelingen

Vrouwen met zwangerschapsgerelateerde bekkenbodemklachten dienen een gerichte, maar toch brede, behandeling ‘op maat’ te krijgen, waarbij de bekkenfunctie als onderdeel van de keten centraal staat.

Bij patiënten met bekkenbodemklachten dient oefentherapie gericht te zijn op het verbeteren van de bekkenfunctie, waarbij de koppeling gemaakt wordt naar dagelijkse activiteiten.

3.3 Behandelplan

Er is (nog) geen set gevalideerde uitkomstmaten voor behandelinterventie [7]. Relevante uitkomstmaten van de behandelinterventie gerelateerd aan behandeldoelen zijn [7]:

1. Pijnintensiteit
2. Overige fysieke parameters
3. Functionele status adl / participatie
4. Gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven, verbeteringen in het algemeen, invloed op arbeid.

Aanbevolen wordt om een individueel, op-maat-gemaakt behandelplan op te stellen [7] [35]. Doel is inzicht geven in de bekkenklachten en aan de hand van een, individueel opgesteld haalbaar en gefaseerd, behandelplan te werken aan verminderen of opheffen van klachten en belemmerende functiestoornissen, het verhogen van activiteitenniveau en verbeteren van zelfredzaamheid. Hierbij speelt bewustwording van het eigen bewegingsgedrag en de mogelijkheid hier zelf verandering in aan te brengen en daarmee het functioneren te verbeteren een essentiële rol.

Patiënten worden gestimuleerd in het opbouwen van de belastbaarheid en begeleid om het lichaam weer zodanig te belasten als voorheen of tot op wenselijk niveau. Positieve bewegingservaringen kunnen bijdragen aan herstel door vermindering van angst en pijn tijdens een activiteit. Er zijn indicaties dat juist het verbeteren van kwaliteit van bewegen zorgt voor een vermindering van pijn [28]. Bevorderen van stabiliteit en motorische controle zijn belangrijk. Spierversterkende oefeningen zullen steeds afgewisseld moeten worden met ontspanning en gewaarwording om negatieve overactiviteit van de bekkenbodem en disbalans van de omliggende bekkenmusculatuur te voorkomen. Zodra de cliënt voldoende motorische vaardigheid heeft ontwikkeld en adequaat bewegingsgedrag vertoont, wordt haar aangeraden in ieder geval actief te blijven en de adviezen op te volgen.

In deze richtlijn wordt onderscheid gemaakt in aandachtsgebieden behandelplan voor alle patiënten met bekkenklachten (paragraaf 3.3.1) en specifieke aandachtsgebieden bij patiënten met zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten (paragraaf 3.3.2).

De werkgroep adviseert bij alle patiënten met bekkenklachten de behandeling af te stemmen op het al dan niet aanwezigheid zijn van bekkenbodemfunctiestoornissen.

3.3.1 Aandachtsgebieden behandelplan

Functieniveau

Verbeteren stabiliteit, motorische controle en verminderen van pijn.

- Bekkenstabiliserende oefeningen waarbij bewustwording van de werking van stabiliserende spieren essentieel is. Met name de diepe musculatuur zoals m. transversus abdominis en de m.multifidus (in samenwerking met de bekkenbodemspieren) leveren door hun gekoppelde werking een belangrijke bijdrage. Daarnaast is de inzet van de oppervlakkige musculatuur, zoals de gluteus maximus en de latissimus dorsi onmisbaar.

Verbeteren van motorische controle is belangrijker dan het trainen van de kracht van deze spieren.
- In geval van pijnklachten in eerste instantie nastreven van nutatiestand van het bekken en bewegen met bekken in middenstand/neutrale stand.
- Ontspanningsoefeningen gericht op verminderen van overactiviteit van spieren en/of pijn. Het gaat dan met name om: de heuprotatoren, de hamstrings, de m. iliopsoas, de adductoren van het bovenbeen en de bekkenbodemspieren (ontspanning van de laatste twee groepen spieren kunnen irritatie van ligamenten, kapsels en spieraanhechtingen van het bekken verminderen of voorkomen).
- Technieken om aanwezige bekkentorsie, contranutatie, inflare en upslip te verminderen [72]
- Spierversterking verzwakte spiergroepen. Hierbij dient gewaakt te worden voor ontstaan of voortbestaan van overactiviteit van de bekkenbodem.
- Normaliseren adembeweging.

Activiteiten -en participatieniveau
- Bevorderen kwalitatief bewegingsgedrag:
  - Adequaat omgaan met niet op te heffen stoornissen en functionele adaptaties in dagelijkse activiteiten.
  - Motorische controle, stabiliteit en symmetrie in dagelijkse (statische en dynamische) voor de cliënt relevante activiteiten. Belangrijke aspecten hierbij zijn: controle van de neutrale lumbosacrale positie en gebruik maken van de musculatuur die zorgt voor krachtsluiting.
  - Afstemmen mate van belasting op de belastbaarheid in adl en sport/hobby en werk.
  - Advies over ergonomische aanpassingen in werk, hobby, thuis. Hierbij specifiek aandacht voor mogelijkheden tot een symmetrische belasting en een neutrale stand van de lumbosacrale wervelkolom en nutatie van het sacrum.
  - Advies over optimaal gezondheidsgedrag, zelfmanagement, thuis oefenen.
- Bevorderen verantwoord kwantitatief bewegingsgedrag:
  Advies en coachen van bewegingsactiviteiten buiten de behandeltijd. Afstemmen kwantitatief bewegingsgedrag op belastbaarheid (remmen dan wel stimuleren) gericht op een verantwoorde opbouw naar herstel en behoud van bereikt herstel.
- Verminderen van bewegingsangst, waarbij het leerproces in de therapie gericht is op het leren herkennen en inschatten van signalen die iets zeggen over de eigen fysieke grenzen en daarmee leren omgaan (zelfmanagement).
- Advies en begeleiding over psychosociale aspecten van de bekkenklachten zoals hulp accepteren, lotgenotencontact, andere therapievormen.

De werkgroep adviseert terughoudend zijn met:
- Concentrische spanning van de rectus abdominus. Teveel spanning kan overactiviteit tot gevolg hebben en gaat vaak gepaard met overactieve bekkenbodemspieren.
- Buikspieroefeningen bij onvoldoende bekkenbodemfunctie postpartum.
- Oefeningen waarbij verticale druk verhoogd wordt bij aanwezigheid van een prolaps.
- Bekkencorrigerende oefeningen die via de heupgewrichten verlopen bij patiënten met congenitale heupdysplasie (CDH) e.a. heupaandoeningen. In elk geval moet hier niet in de eindstand gewerkt worden.

Contra-indicaties
Bij een zwakke bekkenbodem zijn sportief hardlopen en springen gecontra-indiceerd

3.3.2 Aandachtsgebieden behandelplan peripartum

In deze paragraaf achtereenvolgens aandachtsgebieden voor de verschillende fasen peripartum: pre-partum, bevalling en kraambed en postpartum.

Pre-partum
Doel is het creëren van voorwaarden voor herstel / voorkomen van verergering van klachten en het uit de weg ruimen van (fysieke en mentale) barrières om fysieke activiteiten te kunnen volhouden tot de bevalling. Door:
- Advies over en oefenen van dagelijkse activiteiten aangepast aan de fase van de zwangerschap. Gericht op het volhouden van de fysieke activiteiten die van de patiënt gevraagd worden en op pijn vermindering.
- Bewustwording, leren ontspannen en coördineren, zodat de motorische controle en stabiliteit van de bekkengordel vergroot en de patiënt zelf de regie krijgt over haar klachten [35] [72] [73]. Hierbij moet worden opgemerkt dat een neutrale stand van de lumbosacrale wervelkolom en SI-gewrichten, naast een goede motorische controle aangemerkt wordt als de meest stabiele situatie [16].
- Voorlichting over zwangerschap en bekkenklachten en begeleiding bij het vinden van de balans tussen belasting en belastbaarheid. Hierbij is het zinvol de belasting te verminderen voordat de klacht provoceert.
- Vermijden van overmatig concentrisch aanspannen van de buikspieren en heupadductoren tijdens dagelijkse houdingen en bewegingen met name bij bekkenbodemdysfunctie.
- Voorkomende incontinentieklachten tijdens de zwangerschap dienen al tijdens de zwangerschap behandeld te worden.

Contra-indicaties pre-partum
- Buikspieroefeningen bij rectusdiastase.

Pre-partum, voorbereiding op de bevalling en het kraambed

- Voorlichting over de bevalling, zodat onzekerheid en onwetendheid vermindert en de patiënt leert omgaan met haar klachten.
- Adviezen over en oefenen van (baar)houdingen, beweging en ademhaling tijdens de partus, zodat de patiënt met vertrouwen in haar eigen lichaam de bevalling tegemoet gaat.
- Voorlichting en advisering over de eerste weken post partum, zodat er een goede start wordt gemaakt met het weer opbouwen van de belastbaarheid.

Bevalling

Ter voorbereiding op de bevalling wordt in verschillende houdingen nagegaan op welke wijze de bekkenbodemspieren en de adductoren van het bovenbeen zo goed mogelijk kunnen ontspannen en de patiënt zo min mogelijk pijn voelt. Speciale aandacht wordt daarbij besteed aan de stand van het bekken en aan de symmetrie. Het is raadzaam, zolang het kan, het bekken en de lumbale wervelkolom in neutrale positie te houden als de lumbale wervelkolom daarbij een normale lordose heeft. Benen in lichte exorotatie abductiestand belasten geeft meer krachtsluiting en verdient de voorkeur boven de anatomische middenstand van de heupgewrichten. Het verdient de voorkeur de vrouw zelf de benen te laten vasthouden. In de uitdrijvingsfase verdient het de voorkeur samen met verloskundige/gynaecoloog te zoeken naar die houding waarbij de baby het makkelijkst geboren wordt op een natuurlijke manier. Bijvoorbeeld baarkruk, skippybal, kruiphouding. In geval van uitdrijving in ruglig heeft het de voorkeur het bed plat te houden zodat een neutrale stand van de lumbosacrale overgang en nutatie van het sacrum behouden kan blijven.

Adviezen voor de eerste fase na de bevalling

- In de kraamweek is horizontale rust geïndiceerd met regelmatig even uit bed (‘toilet en douche verlof ‘ of ‘etage-rust’ / weinig traplopen).
- Geleidelijke opbouw in staande activiteiten. Beginnen met kortdurend staan vanwege zwakte bekkenbodem in combinatie met een relatief zware baarmoeder. Daarna gedoseerd, op geleide van klachten en de belastbaarheid van de bekkenbodem, uitbreiden.
- Houdingsvariatie bij bedrust, ontspanning, doorbloeding (trombosepreventie).
- Drainagehouding bekkenbodem (bekken op kussen).

De werkgroep adviseert in de eerste weken na de bevalling terughoudend te zijn met:

- Spierversterkende oefeningen voor de bekkenbodem bij letsel van de bekkenbodem.
- Buikspieroefeningen bij onvoldoende bekkenbodemfunctie.
- Opvoeren en uitbreiden van verticale belasting bij onvoldoende functie van de bekkenbodem.

Indien er na de bevalling ernstige klachten bestaan wordt de patiënt in de kraamtijd aan huis bezocht.

Postpartum

Doel is het creëren van voorwaarden voor herstel en het uit de weg ruimen van (fysieke en mentale) barrières voor het opbouwen van het activiteitenniveau. Met een breed programma waarin naast oefeningen het veranderen van bewegingsgedrag belangrijk is. Zelfmanagement dient bereikt te worden door het stellen van praktische doelen [64].

Eerste fase:

- Verbeteren bekkenbodemfunctie. Beginnen met gewaarworden van de bekkenbodem en vanuit ontspanning oefenen van bekkenbodemmusculatuur; een geleidelijk opbouw naar verticale stand en toepassing in combinatie in ADL (opstaan, lopen, hoesten etc.)
- Adviseren over en oefenen van verschillende zithoudingen en voedingshoudingen met aandacht voor een symmetrische belasting van de benen en het bekken en handhaving van een normale lordose.
- Adviseren over en oefenen van dagelijkse bewegingen, zoals staan, lopen, tillen en dragen van, traplopen met (en zonder) de baby.
- Adviezen over hulpmiddelen:
    - Type steunkussens lumbale steun of wigkussen; voedingskussen
    - Sluitlaken bij diastase (>3cm tijdens laatste maand pre-partum). In combinatie met ‘etagerust’ kan het sluitlaken alleen tijdens bedrust gedragen worden. In verticale houding zou de buikdruk mogelijk te hoog worden en daarmee ook de druk op de bekkenbodem.
    - Bekkenband gedoseerd gebruiken bij onvermogen tijdens het lopen te stabiliseren en alleen als dit leidt tot vermindering van klachten.
- Preventie van trombose door voet -en beenoefeningen in bed en benen koud af te spoelen.
- Bevorderen stabilisatie van de bekkenregio.
- Bevorderen nutatiestand [72].

Daarna gefaseerd toewerken naar de normale dagelijkse activiteiten in relatie tot de hulpvraag:

- Begeleiding van dagelijks handelingen in verschillende reële contexten, bewegingsstrategieën.
- Bevorderen motorische controle, spierkracht en uithoudingsvermogen.
- Advies / begeleiding bewegingsactiviteiten/sport.

Bij traag herstel/meervoudige klachten: na 4-8 weken coachen ADL, vertrouwen in eigen lichaam herwinnen; eventueel via groepsbehandeling in kleine groepen (individuele aandacht) met de mogelijkheid van nazorg (groepslessen) om te komen tot gewenst functioneren, afhankelijk van de hulpvraag, ook richting sportief bewegen [64].

Contra-indicaties voor behandeling

- Faecesverlies.
- Totale controleverlies over de mictie. Dit kan duiden op een fistel tussen vagina en urethra.
- Ruptuur die onvoldoende herstelt.
- Postpartum psychose en zware depressie.

3.4 Behandelprogramma en behandelproces

De behandeling met oefentherapie is individueel gericht en aangepast aan de mogelijkheden en omstandigheden van de patiënt De mogelijkheden van de patiënt zijn onder andere afhankelijk van het algehele fysieke en mentale herstelproces en het leerproces dat zich in de patiënt voltrekt. De sessiedoelen, de opbouw van de behandelsessies, de oefeningen en de instructie met betrekking tot deze oefeningen zijn derhalve per patiënt verschillend. De keuze ervan wordt per sessie door de oefentherapeut bepaald en is afhankelijk van de hulpvraag en de doelen die de patiënt nastreeft, externe en persoonsgebonden factoren, het beloop van de klachten en de vorderingen die de patiënt maakt ten aanzien van zijn eigen gedragsveranderingsproces.

3.5 Evaluatie en afsluiting

De oefentherapeut zal regelmatig de vorderingen van de patiënt en de behandeling evalueren. In de eindfase van de behandelproces vindt een eindmeting plaats met de eerder ingezette meetinstrumenten. De therapeut geeft na afloop van de behandeling een eindbeoordeling van de behandelresultaten en rapporteert daarover aan de verwijzer en eventuele collega's of anderen. Ook voor de eigen administratie vindt vastlegging van gegevens plaats.

Voor een advies over beëindiging van de therapie is vooral het volgende van belang:
- Is er sprake van (volledig) functieherstel?
- Heeft betrokkene in voldoende mate de klachten onder controle (balans belasting-belastbaarheid; effectief bewegingsgedrag)?
- Heeft betrokkene voldoende 'bewegingsvertrouwen' herkregen? (veelal blijft men behoedzaam en bedachtzaam bewegen zelfs als de klachten grotendeels zijn verdwenen).
- Heeft betrokkene voldoende motivatie en discipline om zelfstandig de noodzakelijke bewegingsactiviteiten vol te houden en conditie verder op te bouwen?

De oefentherapeut sluit samen met de cliënt de behandelepisode af en bespreekt (eventuele) nazorg, recidivebeleid en verslaggeving.

Advies nazorg:
- Groepsles of medisch fitness.
- De behandeling afbouwen tot laag frequent en gedurende een periode het zelfstandig trainen evalueren en monitoren.

3.6 Groepsbehandeling

Groepsbehandeling voor cliënten met bekkenklachten lijkt zinvol te zijn zowel pre-partum [74] als postpartum [70] en bij niet-zwangerschapsgerelateerde bekkenklachten. Geadviseerd wordt voldoende individuele aandacht te schenken en daarom de groepen klein te houden.

Voorafgaand aan groepsbehandeling vindt altijd een individueel traject plaats om de hulpvraag te verhelderen, de individuele situatie te analyseren en via een lichamelijk onderzoek de ernst van de bekkenklachten van de cliënt in te schatten. Ook in dit traject dient te oefentherapeut te achterhalen of er mogelijk sprake is van gynaecologische, urologische, seksuologische of gastro-entrologische problemen *(zie hoofdstuk 2 / bijlage 4).* Als dit het geval is wordt samenwerking gezocht met de bekkenoefentherapeut of bekkenfysiotherapeut om eerst dit specifieke probleem te behandelen of gelijktijdig te behandelen met de groepsinterventie.

Behandeldoelen

Dagelijks functioneren normaliseren zo mogelijk tot op niveau van voor de klachtenepisode.

- Participatieproblemen opheffen of verminderen. Bevorderen van zelfmanagement.
- Het verminderen van (mogelijke) risicofactoren voor het voortbestaan van de bekkenklachten en het scheppen van voorwaarden voor herstel en aanpassingsprocessen. Hieronder valt het verbeteren van de fysieke belastbaarheid.

Aandachtsgebieden behandelplan

- Context gericht trainen van houdingen en bewegingspatronen met bekkenstabilisatie en stabilisatietechnieken.
- Integratie van gebruik bekkenbodemmusculatuur tijdens dagelijkse bewegingen.
- Verbeteren van de bekkenbodemfunctie, verminderen van onder/overactiviteit.
- Het vinden van een balans tussen belasting en belastbaarheid. Met de nadruk op het vergroten van het bereik in aantal en duur van de ADL-activiteiten (m.u.v. pre-partum).
- Trainen van de coördinatie, vloeiend bewegen, spierkracht en conditie.
- Algemene ergonomische aanpassingen.
- Verminderen van bewegingsangst.
- Uitbreiden van bewegingsstrategieën.
- Ontspanning.

Aandachtsgebieden behandelplan pre-partum

Bevorderen vormsluiting.

- In het kader van stimuleren zelfmanagement: leren luisteren naar en begrijpen van de signalen die het lichaam geeft in de zwangerschap en aanpassingen en variaties kunnen toepassen.
  Belasting in ADL afstemmen op de individuele belastbaarheid en fase van de zwangerschap.
- Verbeteren van de bekkenbodemfunctie, bewustwording, tonusregulatie en coördinatie en toepassing in ADL.

- Ontspanning.
- Conditie, spierbalans, vloeiend en veerkrachtig bewegen, spierkracht behouden en waar nodig verbeteren.
- (Tijdelijke) ergonomische aanpassingen.
- Lotgenotencontact.
- Bewegingsangst verminderen, vertrouwen in het eigen lichaam bevorderen.
- Voorlichting over bevallen en kraambed.
- Mogelijke houdingen en ademtechnieken voor zwangerschapsperiode en de bevalling.

Aandachtsgebieden behandelplan postpartum

- Contextgericht oefenen van houdingen en bewegingen met eerst nog het bekken in vorm- en krachtsluiting en langzaam terug naar normaal bewegen, individueel afgestemd op de nog bestaande klachten. Bevorderen zelfmanagement [64].
- Vertrouwen in het eigen lichaam en plezier in bewegen (her)krijgen.
- Hersteltraining bekkenbodem met gefaseerde opbouw.
- Verantwoord opgebouwde training van alle houdingsmusculatuur, in combinatie met de diepe musculatuur, met aandacht voor integratie in het dagelijks bewegen [33].
- Dynamisch, gevarieerd, uitdagend oefenen in grote bewegingsgehelen, waarbij coördinatie, snelheid en veerkracht en conditie aan de orde komen.
- Oefenen met baby, draagkracht bekken/bekkenbodem vergroten.
- Adviseren over hervatten van sportieve activiteiten.
- Lotgenotencontact waarbij het uitwisselen van ervaringen op het gebied van oefenen bij bekkenpijn, dagelijks bewegen, belasting- en belastbaarheidsproblematiek, verbeteren adaptatie en sociaal leven op de voorgrond staan.

Indien stagnerend of afwijkend herstel van klachten aanwezig is, dient dit besproken te worden met de huisarts/specialist. Bij een toename van pijnklachten, onvoldoende pijnvermindering of herstel van de bekkenbodem en bij urologische, gastro-enterologische, gynaecologische of seksuologische problemen is het consulteren van of (tijdelijk) doorverwijzen naar een bekkenoefentherapeut of bekkenfysiotherapeut geïndiceerd (*zie hoofdstuk 2*). Op moment van uitgave deze richtlijn zijn een aantal oefentherapeutische groepsbehandelprotocollen in omloop. Deze protocollen voldoen in grote lijnen aan de eisen die zorgverzekeraars hieraan stellen. Informatie over deze protocollen zijn te vinden op de website van de VvOCM.

Na afronding van groepsbehandeling kan als mogelijke nazorg verder worden geoefend in een groepsles gegeven door oefentherapeut. Cliënten die hiervan gebruik willen maken moeten hun behandeldoelen inmiddels bereikt hebben. Ze zijn voldoende zelfredzaam ten aanzien van de klacht en voldoende in staat goed om te gaan met belastbaarheidsproblematiek.

3.7 Groepslessen

Onderzoek heeft aangetoond dat specifiek ontworpen groepslessen rondom zwangerschap en bevalling bekkenklachten kunnen voorkomen of verminderen [75].

Mogelijkheden voor groepslessen zijn:
- Pre- of postpartale begeleiding gegeven door een oefentherapeut.
- Groepsles gericht op opvoeren van de algehele conditie en de belastbaarheid en het uitbreiden van bewegingsstrategieën.

3.8 Wetenschappelijke onderbouwing 'bekkenbodemfunctietraining'

Uit de knelpuntenanalyse van de werkgroep van de richtlijn uit 2004 heeft de werkgroep onder begeleiding van het CBO een aantal uitgangsvragen geformuleerd. De uitgangsvragen hebben betrekking op:
- Diagnostiek
- Behandeling
- Organisatie van zorg

De werkgroep heeft ervoor gekozen om een uitgangsvraag op het gebied 'behandeling' uit te werken aangezien daar hoogstwaarschijnlijk het beste literatuur op te zoeken is en studenten daarbij goed te begeleiden zijn. Aangezien deze actualisatie een pilot is, en de eerste die volgens deze methode wordt aangepakt, lijkt dit de beste keus.
Studenten hebben als afstudeeropdracht literatuuronderzoek verricht bij de uitgangsvraag, waarbij zij begeleid werden door een coördinator uit de werkgroep, een docent van de opleiding en adviseurs van het CBO.

Uitgangsvraag

"Wat zijn de gewenste en ongewenste effecten van bekkenfunctieverbetering bij patiënten met bekkenbodemklachten peripartum?"

Oefentherapeuten behandelen patiënten met bekkenbodemklachten peripartum. Voor therapeuten is het belangrijk om te weten wat de nieuwste inzichten zijn op het gebied van training bij patiënten met bekkenklachten.

Zoeken en selectie van de literatuur

Er is een systematische zoekactie verricht in Pubmed vanaf 1-1-2003 tot 30-4-2012. Hierbij is gezocht naar meta-analyses, gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep en systematische reviews.
Uit de zoekactie zijn 96 artikelen naar voren gekomen. Na screening van de abstracts op relevantie zijn 10 studies geselecteerd. Na een beoordeling van de fulltext van deze studies zijn er uiteindelijk vier studies overgebleven: Drie reviews (Stuge 2003, Hay Smith 2009 en Barragan Loayza 2011) en een RCT (Haugland 2006). In alle beschreven studies richt de interventie zich op vrouwen met houdings-, bewegings-, en /of belasting afhankelijke pijn in het gebied van de SI gewrichten en /of de symfyse (met of zonder uitstraling), begonnen tijdens de zwangerschap of binnen drie weken na de bevalling.

Wetenschappelijke onderbouwing

De systematische review van Stuge B. et al. 2003 [73] beoordeelt het effect van verschillende fysiotherapeutische interventies bij de preventie en behandeling van zwangerschaps-gerelateerde rug- en bekkenpijn.

Uit hun zoekstrategie komen negen studies naar voren. In de negen studies zijn in totaal 1350 zwangere vrouwen geïncludeerd. De onderzoeken richten zich op zwangere patiënten of patiënten die binnen het afgelopen jaar bevallen zijn met of zonder bekkenklachten en lage rug klachten. Patiënten met darmproblemen, ontstekingen, reumatoïde artritis, fracturen, osteoporose of andere ernstige aandoeningen aan de wervelkolom konden niet deelnemen aan het onderzoek. De geïncludeerde studies bekijken het effect van verschillende fysiotherapeutische behandelingen zoals hydrotherapie, mobilisatie, spierversterkende oefeningen, massage en elektrotherapie.

De kwaliteit van de negen onderzoeken verschilt even als ook de type interventies die bekeken zijn. Stuge et al. (2003) concluderen dat de heterogeniteit van de verschillende studies het niet mogelijk maakt om resultaten te vergelijken en om een uitspraak te doen over het effect van fysiotherapeutische interventies bij de preventie en behandeling van rug- en bekkenpijn in relatie tot zwangerschap.

De systematische review van Hay-Smith J. et al. (2009) [71] onderzoekt het effect van bekkenbodemspiertraining op incontinentieklachten in vergelijking met de gebruikelijk pre- en postpartale zorg. Vijftien studies zijn geïncludeerd in de review, waarin in totaal de gegevens van 6181 vrouwen gebruikt zijn (3040 bekkenbodemspiertraining, 3141 geen bekkenbodemspiertraining / gebruikelijk zorg).
De vrouwen zijn onderverdeeld in drie verschillende onderzoeken: preventie, behandeling en preventie of behandeling. De onderzoeken zijn verder onderverdeeld in twee groepen: vrouwen die gestart zijn tijdens de zwangerschap of vrouwen die zijn gestart na de bevalling.

Preventie van incontinentie:
Hay-Smith et al (2009) concluderen dat in vergelijking met de controlegroep zwangere vrouwen tijdens hun eerste zwangerschap (zonder incontinentieklachten) die vanaf 20 weken zwangerschap intensief bekkenbodemtherapie krijgen significant minder incontinentieklachten aangaven in zowel de late zwangerschap (> 34 weken) (RR 0.44, 95% BI 0.30 tot 0.65), als ook tot 12 weken postpartum en tussen 3 tot 6 maanden postpartum (RR 0.71, 95% BI 0.52 tot 0.97).

Behandeling van de individuele patiënt bij incontinentie:
Hay-Smith et al (2009) concluderen dat vrouwen met aanhoudende postpartale urine-incontinentie, die bekkenbodemspiertraining krijgen, 12 maanden na de bevalling minder vaak last hebben van incontinentie (RR 0.79, 95% BI 0.70 tot 0.90) dan vrouwen die niet behandeld zijn of de gebruikelijke postpartale zorg krijgen.

Populatiegerichte benadering voor preventie en behandeling van incontinentie:
Hay-Smith et al. (2009) concluderen dat de effectiviteit van een populatie-gerichte behandeling niet duidelijk is. De reden is de klinische heterogeniteit tussen de verschillende onderzoeken (zoals aantal zwangerschappen, soort bevalling, type en duur van incontinentie, al dan niet klachten bij includeren). Om meer te kunnen zeggen over de effecten van de behandeling is voor een meta-analyse data nodig van de individuele patiënt.

Daarnaast geven ze aan dat de onderzoeken vaak summier beschreven hebben waar de bekkenbodemspiertraining uit bestaat, wat beoordeling en vergelijking bemoeilijkt.

Het artikel van Barragan Loayza I. et al. (2011) [76] is een Cochrane review waar het effect van biofeedback op pijnvermindering tijdens de bevalling bekeken wordt. De review baseert haar conclusies op vier gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep waarin totaal 186 vrouwen deelnamen.
Barragan Loayza et al. concludeerden dat biofeedback niet bewezen effectief is voor pijnmanagement tijdens de bevalling. De onderzoeken zijn erg divers en de methodologie van de onderzoeken zijn matig. Goed opgezette en vergelijkbare onderzoeken zijn nodig om het effect van biofeedback op pijnmanagement tijdens de bevalling te meten.

In een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep van Haugland et al. (2006) [74] wordt onderzocht of een groepsinterventie voor zwangere vrouwen met bekkenpijn effect heeft op pijn en dagelijks functioneren postpartum.
De studie includeerde 569 zwangere vrouwen met bekkenpijn. De interventiegroep (n=175) krijgt groepstherapie (informatie, ergonomie/ houding, oefeningen, omgaan met pijn, advies ADL, informatie over bekkenband, informatie over de bevalling). De controlegroep (n=285) krijgt geen therapie aangeboden, maar de vrouwen kunnen op eigen initiatief advies inwinnen of andere therapie volgen.
Na zes en twaalf maanden postpartum is er geen significant verschil in pijn en functioneren tussen de twee groepen. Na zes maanden postpartum is er geen significant verschil tussen de interventie- en de controlegroep bij de pijnprovocatietest (p=0.29). Ook 12 maanden postpartum is er geen significant verschil (p=0.92). Een reden voor het uitblijven van een significant verschil kan liggen in het gegeven dat ruim de helft van de controlegroep behandeld is door onder meer fysiotherapeuten en chiropractors. Ondanks dat, ervaren de vrouwen uit de interventiegroep het gevolgde programma als zinvol.

De individuele studies zijn ingedeeld naar methodologische kwaliteit. De conclusies zijn ingedeeld naar het niveau van het bewijs *(z*ie *bijlage 9).*

Overige overwegingen zijn opgenomen in paragraaf 3.2.

Hoofdstuk 4. Implementatie van de richtlijn

In de verschillende fasen van de actualisatie van de richtlijn is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. De geactualiseerde richtlijn zal worden verspreid onder oefentherapeuten. In 'Beweegreden' het vakblad van de oefentherapeut, zal aandacht besteed worden aan dit onderwerp. Daarnaast wordt de herziening van de richtlijn op de websites van de VvOCM en het CBO geplaatst. Ook zal de VvOCM het onderwerp via de regioteams onder de aandacht brengen bij de achterban en zal gestimuleerd worden om het te bespreken in intercollegiaal overleg.

4.1 Aanbevelingen

Onderstaande aanbevelingen zijn opgenomen in de aangeven paragrafen in deze richtlijn:

Diagnosecode (paragraaf 2.3)
Bij het behandelen van patiënten met bekkenklachten dienen onderstaande diagnosecodes gebruikt te worden (volgens DCSPH), Positie I en II:
60: Bekkenregio (inclusief gluteaalstreek). Te gebruiken bij bekkenklachten *zonder bekkenbodemfunctiestoornissen.*
64: Bekkenbodemregio (inclusief organen kleine bekken). Te gebruiken bij bekkenklachten in combinatie *met bekkenbodemfunctiestoornissen.*

Anamnese (paragraaf 2.5)
De werkgroep adviseert om bij het vermoeden van klachten die mogelijk wijzen op gastro-enterologische, urologische, gynaecologische of seksuologische problemen altijd goed door te vragen. Sommige symptomen kunnen door de patiënt als normaal worden ervaren, maar kunnen toch duiden op pathologie of een functiestoornis.

Meetinstrumenten: ervaren klachten en functionele status (paragraaf 2.5.2)
De werkgroep heeft vanwege algemene geschiktheid gekozen voor de Visual Analog Scale (VAS), Patiënt Specifieke Klachten (PSK), de Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS), de Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ) en de PRAFAB (in geval van incontinentieklachten). Van deze meetinstrumenten dienen er minimaal twee gebruikt te worden, exclusief de PRAFAB.

Diagnostische tests (paragraaf 2.6.2)
Vanwege het moeilijk vaststellen van de validiteit en de lage sensitiviteit van enkele testen zal conclusie altijd gevormd moeten worden op basis van meerdere testen [7] [37]. De werkgroep beveelt op basis van de huidige evidence en praktijkervaring onderstaande testen aan:
- Active Straight Leg Raise (ASLR)
- Modified Trendelenburgtest
- Posterior Pelvic Pain Provocation test (P4-test)
- Patrick's sign (Faber test: Flexie, ABductie, Exorotatie)
- Spiertesten: kracht, lengte en tonus o.a. : heupadductoren (m. adductor magnus, m. adductor longus, m. adductor brevis, m. gracilis, m. pectineus), heupabductoren (m. gluteus

medius, m. gluteus minimus, m. tensor fasciae latae), mm. hamstrings, m. quadriceps, m. iliopsoas, m. piriformis , m. gluteus maximus, m.multifidus en de mm. abdominis.

Aanbevelingen *meetinstrumenten* en *diagnostiek* zijn ook opgenomen als kwaliteitsindicatoren, zie paragraaf 4.2.

Analyse en Oefentherapeutische (werk)diagnose (paragraaf 2.7)
De werkgroep is van mening dat binnen de analyse specifiek aandacht moet zijn voor de individuele functionele en niet-functionele adaptaties van stand van het bekken in combinatie met wervelkolom en heupgewrichten, spierfuncties en bewegingsgedrag.

De werkgroep adviseert in het geval een oefentherapeut twijfelt over of er sprake is van een bekkenbodemfunctiestoornis, een bekkenoefentherapeut of bekkenfysiotherapeut te consulteren of de cliënt (tijdelijk) door te verwijzen.

Behandelplan (hoofdstuk 3)
Vrouwen met zwangerschapsgerelateerde bekkenbodemklachten dienen een gerichte, maar toch brede, behandeling 'op maat' te krijgen, waarbij de bekkenfunctie als onderdeel van de keten centraal staat (*paragraaf 3.2.4).*

Bij patiënten met bekkenbodemklachten dient oefentherapie gericht te zijn op het verbeteren van de bekkenfunctie, waarbij de koppeling gemaakt wordt naar dagelijkse activiteiten *(paragraaf 3.2.4).*

De werkgroep adviseert bij alle patiënten de behandeling af te stemmen op het al dan niet aanwezig zijn van bekkenbodemfunctiestoornissen (*paragraaf 3.3).*

De werkgroep adviseert terughoudend zijn met:
- Concentrische spanning van de rectus abdominus. Teveel spanning kan overactiviteit tot gevolg hebben en gaat vaak gepaard met overactieve bekkenbodemspieren.
- Buikspieroefeningen bij onvoldoende bekkenbodemfunctie postpartum.
- Oefeningen waarbij verticale druk verhoogd wordt bij aanwezigheid van een prolaps.
- Bekkencorrigerende oefeningen die via de heupgewrichten verlopen bij patiënten met congenitale heupdysplasie (CDH) e.a. heupaandoeningen. In elk geval moet hier niet in de eindstand gewerkt worden (*paragraaf 3.3.1).*

De werkgroep adviseert in de eerste weken na de bevalling terughoudend te zijn met:
- Spierversterkende oefeningen voor de bekkenbodem bij letsel van de bekkenbodem.
- Buikspieroefeningen bij onvoldoende bekkenbodemfunctie.
- Opvoeren en uitbreiden van verticale belasting bij onvoldoende functie van de bekkenbodem *(paragraaf 3.3.2).*

4.2 Indicatoren

De VvOCM heeft indicatoren aan de richtlijn gekoppeld, met als doel om de implementatie en evaluatie van deze geactualiseerde richtlijn te stimuleren. Aan de hand van de indicatoren kan de mate en het succes van de implementatie worden gemeten.
Daarnaast geven indicatoren oefentherapeuten de mogelijkheid om binnen de eigen praktijk te evalueren of zij de gewenste zorg leveren. De indicatoren kunnen worden gebruikt voor bijsturing en ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. Op grond van meting van de indicatoren kunnen gerichte verbeteracties in gang gezet worden. Daarnaast kunnen indicatoren als basis dienen voor het opzetten van een kwaliteitskader rondom zorg voor patiënten met bekkenklachten peripartum.
Uiteindelijk zal dit moeten resulteren in een verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten met bekkenklachten peripartum in Nederland en meer eenduidigheid bij de behandeling van deze patiëntengroep door oefentherapeuten.

Kwaliteitsindicatoren volgen uit kernaanbevelingen die volgens de opstellers van de richtlijn absoluut navolging verdienen of handelingsinstructies die absoluut nagelaten moeten worden. Met behulp van kwaliteitsindicatoren kan gevolgd worden of de richtlijn op de juiste wijze toegepast wordt.

Onder begeleiding van het CBO heeft de werkgroep drie onderwerpen gekozen voor mogelijke indicatoren: 'omgaan met pijn', 'meetinstrumenten' en 'doelmatige diagnostiek'. Onderstaande stappen zijn doorlopen, waarbij uiteindelijk twee indicatoren vastgesteld zijn *(zie figuur 3)*. Aan elke indicator is een 'kartrekker' vanuit de werkgroep gekoppeld.

Figuur 3: Stappen indicatorenontwikkeling (bron CBO)



De volgende interne indicatoren zijn geselecteerd, uitgewerkt en door de werkgroep vastgesteld:
1. Meetinstrumenten ('kartrekker' werkgroep: Mw. C.C.M. Röst)
2. Doelmatige diagnostiek ('kartrekker' werkgroep: Mw. S.O. Wildschut)

4.2.1 Kwaliteitsindicator 'Meetinstrumenten'

Gebruik van meetinstrumenten bij patiënten met bekkenklachten	
Relatie tot kwaliteit	De werkgroep heeft vanwege algemene geschiktheid gekozen voor de Visual Analog Scale (VAS), Patiënt Specifieke Klachten (PSK), de Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS), de Pelvic Girdle Questionnaire (PGQ) en als aanvullend meetinstrument De 'Protection Amount Frequency Adjustment Body image' vragenlijst (PRAFAB) [44] [45] [46] [47] [48] [49] [50]. Tenminste 2 van deze meetinstrumenten (exclusief de PRAFAB) moeten in een voor- én nameting worden gebruikt.
Operationalisatie	Percentage patiënten bij wie tenminste twee meetinstrumenten in een voor- én nameting zijn gebruikt.
Teller	Aantal patiënten bij wie tenminste 2 van de volgende meetinstrumenten in een voor- en nameting zijn bij gebruikt: VAS, PSK, QBPDS, PGQ; PRAFAB geldt als extra meetinstrument.
Noemer	Totaal aantal patiënten met bekkenklachten die pijnklachten en/of beperkingen in functioneren ervaren.
Definitie(s)	Visual Analogue Scale (**VAS**)/ lijn is een aspecifieke meetschaal en meet de subjectieve beleving van de patiënt wat betreft bijvoorbeeld de mate van pijn of ervaren beperkingen in functioneren. (voor toelichting en meetinstrument: zie bijlage 5) In plaats van de VAS/ lijn kan ook de Visual Analogue Scale (VAS)/ getallen (NRS: Numeric Rating Scale) gebruikt worden. Patiënt Specifieke Klachtenlijst **(PSK)** is een instrument om de functionele status van een patiënt in kaart te brengen Quebec Back Pain Disability Scale (**QBPDS**) meet in welke mate de patiënt moeite heeft met dagelijkse activiteiten. Pelvic Girdle Questionnaire (**PGQ**) meet bij zwangere vrouwen en postpartum aspecten van kwaliteit van leven. De 'Protection Amount Frequency Adjustment Body image' vragenlijst (**PRAFAB)** meet belangrijke objectieve en subjectieve aspecten van de ernst van het urineverlies.
Inclusie- en exclusiecriteria	Inclusie van alle patiënten met bekkenklachten die pijnklachten en/of beperkingen in functioneren ervaren. Exclusie van alle patiënten bij wie geen nameting verricht is door vroegtijdig stoppen met de behandeling (bijvoorbeeld door een te vroege bevalling).
Type indicator	Proces
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

4.2.2 Kwaliteitsindicator 'Doelmatige Diagnostiek'

Doelmatige diagnostiek patiënten met bekkenklachten	
Relatie tot kwaliteit	Het gebruik van testen in de diagnostische fase biedt een handvat voor de diagnostiek en de behandeling. De werkgroep heeft vanwege het diagnostisch belang gekozen voor de volgende testen: 1. Modified Trendelenburgtest 2. Active Straight Leg Raise (ASLR) 3. Posterior Pelvic Pain Provocation test (PPPP-test) 4. Patrick's sign (Faber test) 5. Spiertesten
Operationalisatie	Percentage patiënten bij wie bovenstaande 5 testen uitgevoerd zijn in de diagnostische fase.
Teller	Aantal patiënten met bekkenklachten bij wie de 'Modified Trendelenburgtest', de ASLR, de PPPP-test, Patrick's sign (Faber test) en spiertesten zijn uitgevoerd.
Noemer	Totaal aantal patiënten met bekkenklachten, bij wie de testen uitvoerbaar zijn.
Definities	**Active Straight Leg Raise (ASLR)** De stabiliteit van de SI-gewrichten kan worden beoordeeld met ASLR. **Modified Trendelenburgtest** Testen van abductoren-functie. Bij een positieve test is er sprake van zwakte van de heupabductoren (m. gluteus medius, m. gluteus minimus, m. tensor fasciae latae) **Posterior Pelvic Pain Provocation test (PPPP-test)** Test om te onderscheiden of het gaat om lage rugpijn of bekkenpijn. Positief bij bekkenklachten. **Patrick's sign (Faber test)** Gebruikt om te onderscheiden of er heup- of SI-problematiek speelt. **Spiertesten** Spierlengte-krachttesten : oa : heupadductoren (m. adductor magnus, m. adductor longus, m. adductor brevis, m. gracilis, m. pectineus), heupabductoren (m. gluteus medius, m. gluteus minimus, m. tensor fasciae latae), mm. hamstrings, m. quadriceps, m. iliopsoas, m. piriformis , m. gluteus maximus en de m.multifidus, mm. abdominis.
Inclusie en –exclusie criteria	Inclusie: alle patiënten met bekkenklachten / Exclusie: indien betrokkene veel pijn ondervindt, is het van belang de patiënt in het onderzoek zo min mogelijk te belasten en kan besloten worden om bepaalde testen niet uit te voeren.
Type indicator	Proces
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit

4.3 Actualisatie richtlijn en aanbevelingen onderzoek

De huidige actualisatie (zoals aangegeven in de inleiding) is gebaseerd op literatuur tot april 2012 (beantwoorden uitgangsvraag) en de European Guideline uit 2008. De werkgroep realiseert zich dat ontwikkeling van wetenschappelijke en praktijkkennis snel gaat. Indien er nieuwe inzichten beschikbaar komen die van belang zijn voor het oefentherapeutisch handelen, zal de richtlijn (op onderdelen) ge-update moeten worden. Hierbij zal bekeken moeten worden of aanpassing nodig is van de huidige aanbevelingen en adviezen en of er op basis van evidence nieuwe aanbevelingen geformuleerd dienen te worden.

Meerdere auteurs geven aan dat stabiliserende oefeningen, verbeteren van motorische controle en aanpassen van het bewegingsgedrag belangrijke onderdelen zijn in de behandeling van patiënten met bekkenklachten.

De heterogeniteit van de verschillende onderzoeken is echter groot. Het is niet altijd duidelijk waar de oefentherapeutische interventie precies uit bestond. Het is wenselijk dat er onderzoek wordt gedaan naar oefentherapeutische interventies zoals gegeven door de oefentherapeut.

De werkgroep beveelt verder aan om te onderzoeken wat de meerwaarde is van groepsinterventies bij patiënten met bekkenklachten.

Daarnaast moet opgemerkt worden dat er ook kleinschalige onderzoeken zijn gedaan en onderzoeken met een lagere bewijskracht die wel van belang zijn voor oefentherapie bij patiënten met bekkenklachten. Mogelijk kunnen deze onderzoeken als basis dienen om verder onderzoek te doen.

Tot slot is een interessante etiologische vraag: Is er een relatie tussen rectusdiastase, bekkenbodemdysfunctie en bekkenpijn? Met name bij multiparae.

Afkortingenlijst

ADL	Activiteiten in het Dagelijks Leven
ASLR	Active Straight Leg Raise test
BGP	Bekkengordelpijn
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan
DCSPH	Diagnose CoderingsSysteem Paramedische Hulp
DTO	Directe Toegankelijkheid Oefentherapie
EBRO	Evidence based richtlijn ontwikkeling
HvA	Hogeschool van Amsterdam
HU	Hogeschool Utrecht
ICC	Intraclass Correlatie Coëfficiënt
ICF	Internationale Classificatie van (beperkingen in) Functie/structuur, vaardigheden en participatie
RL	Richtlijn
NPi	Nederlands Paramedisch instituut
NRS	Numeric Rating Scale
PGN	Patiëntenvereniging Gynaecologie Nederland
PGQ	Pelvic Girdle Questionnare
PPPP	Posterior Pelvic Pain Provocation test
PRAFAB	Protection Amount Frequency Adjustment Body image vragenlijst
PSK	Vragenlijst 'Patiënt Specifieke Klachten'
QBPDS	Quebec Back Pain Disability Scale
RCT	Randomized Controlled Trial
RDQ	Roland Disability Questionnaire
VAS	Visueel Analoge Schaal
VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar (de VBC); de VBC en de NVOM (Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck) zijn in 2004 gefuseerd tot één vereniging: de VvOCM.
VvOCM	Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
WG4	Working Group4

Literatuurlijst

[1] A. Bedet, „Symfysepijn en zwangerschap," *Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie Mensendieck,* 1994; 55 (2):48-53.

[2] J. Mens, A. Vleeming, R. Stoekart, J. Stam en C. Snijders, „Understanding peripartum pelvic pain: implications of a patient survey," *Spine,* 1996; ISBN: 90-73054-73-7.

[3] A. MacLennan, „The role of the hormone relaxine in human reproduction and pelvic girdle relaxation," *Scandinavian Journal of Rheumatology,* 1991; suppl. 88:7-15.

[4] L. Saugstad, „Is persistent pelvic pain and pelvic joint instability associated with early menarche and with oral contraceptives," *European Journal of Obstretics, Gynecology and Reproductive Biology,* 1991; 41(3):203-206.

[5] L. Saugstad, „Persistent pelvic pain and pelvic joint instability," *European Journal of Obstretics, Gynecology and Reproductive Biology,* 1991; 41(3):197-201.

[6] H. Östgaard, „Lumbar back and posterior pelvic pain in pregnancy," *Movement Stability and Low Back Pain. The Essential Role of the Pelvis.,* 1997: 411-420.

[7] A. Vleeming, H. Albert, H. Östgaard, B. Sturesson en B. Stuge, „European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain," *Eur Spine J,* 2008;17(6):794-819.

[8] H. Albert, M. Godskesen en J. Westergaard, „Incidence of four syndromes of pregnancy-related pelvic joint pain," *Spine,* 2002;27:2831-2834.

[9] H. Östgaard, G. Andersson en K. Karlsson, „Prevalence of back pain in pregnancy," *Spine,* 1991;16:549-552.

[10] E. Larsen, C. Wilken-Jensen, A. Hansen, D. Jensen, S. Johansen, H. Minck, M. Wormsley, M. Davidsen en T. Hansen, „Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. I: Prevalence and risk factors," *Acta Obstet Gynecol Scand,* 1999;78:105-110.

[11] G. Berg, M. Hammar, Möller-Nielsen, U. Linden en J. Thorblad, „Low back pain during pregnancy," *Obstetrics and Gynecology,* 1988; 71(1):71-74.

[12] H. Albert, M. Godskesen en J. Westergaard, „Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain," *Acta Ostet Gynecol Scand,* 2001;80:505-510.

[13] T. Petersen, S. Olsen, M. Laslett, H. Thorsen, C. Manniche, C. Ekdahl en S. Jacobsen, „Inter-tester reliability of a new diagnostic classification system for patients with non-specific low back pain," *Aust J Physiother,* 2004;50:85-94.

[14] W. Wu, O. Meijer, K. Uegaki, J. Mens, J. van Dieen, P. Wuisman en H. Ostgaard, „Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence," *European Spine Journal,* 2004;2004;13(7):575-589.

[15] A. Schwarzer, C. Aprill en N. Bogduk, „The sacroiliac joint in chronic low back pain," *Spine,* 1995;20:31-37.

[16] A. Vleeming, M. Schuenke, A. Masi, J. Carreiro, L. Danneels en F. Willard, „The sacroiliac joint: an overview of its anatomy, function and potential clinical implications," *Journal of Anatomy,* pp. 537-567, 2012.

[17] C. Snijders, A. Vleeming, R. Stoeckart, J. Mens en G. Kleinrensink, „Biomechanics of the interface between spine and pelvis in different postures," in *Movement, Stability and Low Back Pain:The Essential Role of the Pelvis*, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1997;103-113.

[18] M. Panjabi, „The stabilizing system of the spine. Part I: Function, dysfunction, adaptation, and enhancement," *J Spinal Dis,* 1992;5:383-389.

[19] C. Snijders, A. Vleeming en R. Stoeckart, „Transfer of lumbosacral load to iliac bones and legs.

1: Biomechanics of selfbracing of the sacroiliac joints and its significance for treatment and exercise," *Clin Biomech,* 1993;8:285-294.

[20] C. Snijders, A. Vleeming en R. Stoeckart, „Transfer of lumbosacral load to iliac bones and legs. 2: Loading of the sacroiliac joints when lifting in a stooped posture," *Clin Biomech,* 1993;8:295-301.

[21] A. Vleeming, A. Volkers, C. Snijders en R. Stoeckart, „Relation between form and function in the sacroiliac joint. 2: biomechanical aspects," *Spine,* 1990;15:133-136.

[22] A. Vleeming, H. Buyruk, R. Stoeckart, S. Karamursel en C. Snijders, „An integrated therapy for peripartum pelvic instability: a study of the biomechanical effects of pelvic belts," *Am J Obstet Gynecol,* 1992;166:1243-1247.

[23] J. Mens, A. Pool-Goudzwaard en H. Stam, „Mobility of the pelvic joints in pregnancy-related lumbo-pelvic pain: a systematic review," *Obstetrical and Gynecological Survey,* 2009;64(3):200-208.

[24] L. Damen, H. Buyruk, F. Guler-Uysal en e. al., „Pelvic pain during pregnancy is associated with asymmetric laxity of the sacroiliac joints," *Acta Obstet Gynecol Scand,* 2001;80(11):1019-1024.

[25] C. Richardson, P. Hodges en J. Hides, Therapeutic Exercise for Lumbopelvic Stabilization: A Motor Control Approach for the Treatment and Prevention of Low Back Pain, 2nd ed., Edinburgh: Churchill Livingstone, 2004.

[26] P. O'Sullivan en D. Beales, „Changes in pelvic floor and diaphragm kinematics and respiratory patterns in subjects with sacroiliac joint pain following a motor learning intervention: a case series," *Manual Therapy,* 2007:12(3):209-218.

[27] D. Beales, P. O'Sullivan en N. Briffa, „Motor control patterns during an active straight leg raise in chronic pelvic girdle pain subjects," *Spine,* 2009;34(9):861-870.

[28] P. Hodges en G. Moseley, „Pain and motor control of the lumbopelvic region: effect and [possible mechanisms," *J Electromyogr Kinesiol. 2003 Aug;13(4):361-70..*

[29] B. Stuge, E. Lærum, G. Kirkesola en N. Vollestad, „The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial," *Spine,* 2004;29(4):351-359.

[30] P. O'Sullivan en D. Beales, „Diagnosis and classification of pelvic girdle pain disorders- Part 1: A mechanism based approach within a biopsychosocial framwork," *Manual Therapy,* 2007;12(2):86-97.

[31] P. Neumann en V. Gill, „Pelvic floor and abdominal muscle interaction: EMG activity and intra-abdominal pressure," *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction,* 2002;13(2):125-132.

[32] R. Sapsford, „Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization," *Manual Therapy,* 2004;9(1):3-12.

[33] P. Hodges, R. Sapsford en L. Pengel, „Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles," *Neurourol Urodyn, ,* 2007;26(3):362-71.

[34] A. Pool-Goudzwaard, G. van Dijke, M. van Gurp en e. al, „Contribution of pelvic floor muscles to stiffness of the pelvic ring," *Clinical Biomechanics,* 2004;19(6):564-571.

[35] A. Pool-Goudzwaard, M. Slieker ten Hove, M. Vierhout en e. al, „Relations between pregnancy-related low back pain, pelvic floor activity and pelvic floor dysfunction," *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction,* 2005;16(6):468-474.

[36] B. Stuge, K. Suetre en I. Hoff Brækken, „The association between PFMF and PGP. A matched case controll 3D, ultra sound study," *Manual Therapy,* pp. 1-7, 2012.

[37] B. Stuge, „Pelvic girdle pain: examination, treatment, and the development and implementation of the European guidelines," *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health,* 2012;111:5-12.

[38] H. Östgaard, G. Andersson, A. Schultz en J. Miller, „Influence of some biomechanical factors on low-back pain in pregnancy," *Spine,* 1993;18(1):61-65.

[39] H. Östgaard en G. Andersson, „Postpartum low-back pain," *Spine,* 1992; 17(1):53-55.

[40] KNGF, *Rode Vlaggen, Directe Toegankelijkheid Oefentherapie 2006 (KNGF 2004),* 2006.

[41] VvOCM, *Kaart 'Zorgverleningsproces bij Directe Toegankelijkheid Oefentherapie.*

[42] *DiagnoseCoderingSysteem Paramedische Hulp, DCSPH.*

[43] KNGF, „Richtlijn zwangerschapsgerlateerde bekkenpijn," 2009.

[44] A. Carlsson, „Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale," *Pain,* 1983;16(1):87-101.

[45] E. Huskisson, „Measurement of pain," *Lancet,* 1974;2: 1127-1131.

[46] M. Miller en D. Ferris, „Measurement of subjective phenomena in primary care research: the Visual Analogue Scale," *Fam Pract Res J.,* 1993; Mar;13(1):15-24. Review.

[47] J. Waterfield en J. Sim, „Clinical assessment of pain by the visual analogue scale," *Brit J of Th and Rehab,* 1996; 3 (2), 94 -97.

[48] M. Wevers en N. Lowe, „A critical review of Visual Analogue Scales in the measurement of clinical phenomena," *Research in Nursing & Health,* 1990; 13, 227-236.

[49] A. Beurskens, H. Vet de en A. Koke, „Responsiveness of functional status in low back pain: a comparison of different instruments," *Pain,* 1996; 65(1):71-6.

[50] L. Schoppink, M. Tulder van, B. Koes, S. Beurskens en R. Bie de, „Reliability and Validity of the Dutch Adaptation of the Quebec Back Pain Disability Scale," *Phys. Ther.,* 1996; 76:268-275.

[51] B. Stuge, A. Garrett, H. Jenssen en M. Grotle, „The Pelvic Girdle Questionnaire: A Condition-Specific Instrument for Asssessing Activity Limitations and Symptoms in People with Pelvic Girdle Pain," *Phys Ther.,* 2011; 91:1-11.

[52] G. M, G. AM, K. J. H en B. Stuge, „Reliability and construct validity of self-report questionnaires for patients with pelvic girdle pain," *Physical Therapy,* 2012;91(1):111-123.

[53] H. Östgaard, G. Zetherström, E. Roos-Hansen en G. Svanberg, „The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women," *Eur Spine J,* 1994;3:258-260.

[54] M. Laslett en M. Williams, „The reliability of selected pain provocation tests for sacroiliac joint pathology," *Spine,* 1994;19:1243-1249.

[55] H. Albert, M. Godskesen en J. Westergaard, „Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain," *Eur Spine J,* 2000;9:161-166.

[56] N. Broadhurst en M. Bond, „Pain provocation tests for the assessment of sacroiliac joint dysfunction," *J Manip Physiol Ther,* 1998;11:341-345.

[57] M. Wormslev, A. Juul, B. Marques, H. Minck, L. Bentzen en T. Hansen, „Clinical examination of pelvic insufficiency during pregnancy," *Scand J Rheumat,* 1994;23:96-102.

[58] F. Gaenslen, „Sacro-iliac arthrodesis," *J Am Med Assoc,* 1927;89:2031-2035.

[59] A. Vleeming, H. de Vries, J. Mens en J. van Wingerden, „Possible role of the long dorsal sacroiliac ligament in women with peripartum pelvic pain," *Acta Obstet Gynecol Scand,* 2002;81:430-436.

[60] J. Mens, A. Vleeming, C. Snijders, B. Koes en H. Stam, „Reliability and validity of the active straight leg raise test in posterior pelvic pain since pregnancy," *Spine,* 2001;26:1167-1171.

[61] A. Gutke, E. Hansson, G. Zetherström en H. Östgaard, „Posterior pelvic pain provocation test is

negative in patients with lumbar herniated discs," *European Spine Journal,* 2009;18(7):1008-1012.

[62] J. Mens, A. Vleeming, C. Snijders en e. al, „Responsiveness of outcome measurements in rehabilitation of patients with posterior pelvic pain since pregnancy," *Spine,* 2002;27(10):1110-1115.

[63] N. Vøllestad en B. Stuge, „Prognostic factors for recovery from postpartum pelvic girdle pain," *Spine Journal,* 2009;18(5):718-726.

[64] B. Stuge en A. Bergland, „Evidence and individualization: important elements in treatment for women with post partum PGP," *Physiother Theory Pract.,* 2011 Nov;27(8):557-65. .

[65] H. Dagfinrud en K. Hagen, „Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis (Cochrane Review)," The Cochrane Library, Oxford, Issue 2.

[66] J. Mens, C. Snijders en H. Stam, „Diagonal trunk muscle exercises in peripartum pelvic pain: a randomized clinical trial," *Physical Therapy,* 2000;80(12):1164-1173.

[67] B. CHG, R. de Bie, J. Vlaeyen en e. al, „Long-term effectiveness and costs of a brief selfmanagement intervention in women with pregnancy-related low back pain after delivery," *BMC Pregnancy and childbirth,* 2008;8(19): DOI:10.1186/1471-2393-8-19.

[68] A. Gutke, J. Sjödahl en B. Oberg, „Specific muscle stabilizing as home exercises for persistent pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized, controlled clinical trial," *Journal of Rehabilitation Medicine,* 2010;42(10):929-935.

[69] B. Stuge, M. Veierød, E. Lærum en N. Vøllestad, „The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a two-year follow-up of a randomized clinical trial," *Spine,* 2004;29(10):E197-E203.

[70] S. Ho, W. Yu, T. Lao, J. Chung en Y. Li, „Effectiveness of maternity support belts in reducing low back pain during pregnancy: a review," *Journal of Clinical Nursing,* 2009;18(11):1523-1532.

[71] J. Hay-Smith, S. Morkved, K. Fairbrother en G. Herbison, „Pelvic floor muscle training for prevention and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)," *The Cochrane Library,* 2009; Issue 1.

[72] C. Röst, „Bekkenpijn tijdens en na de zwangerschap, voor therapeuten en professionals," *Reed Business,* 2012.

[73] B. Stuge, G. Hilde and N. Vollestad, "Physical therapy for pregnancy-related low back and pelvic pain: a systematic review," *Acta Obstet Gynecol Scand,* pp. 82: 983-990, 2003.

[74] K. Haugland, S. Rasmussen en A. Dalveit, „Group intervention for women with pelvic girdle pain in pregnancy. A randomized controlled trial," *Acta Obstet Gynecol Scand,* 2006; 85: 1320-1326.

[75] S. Morkved, K. Salvesen, B. Schei, S. Lydersen and K. Bo, "Does group training during pregnancy prevent lumbopelvic pain? A randomized clinical trial," *Acta Ostetricia et Gynecologica Scandinavica,* pp. Volume 86, Issue 3, 276-282, 2007.

[76] I. Barragan Loayza, I. Solà en C. Juandó Prats, „Biofeedback for pain management during labour," *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 2011; Issue 6.

[77] J. Mens, A. Vleeming, C. Snijders en H. Stam, „Active straight leg raising. A clinical approach to the load transfer function of the pelvic girdle. In: Vleeming A, Mooney V, Snijders CJ, Dorman T, editors.," in *Second Interdisciplinary World Congress on Low Back Pain*, San Diego, Part I; 1995 Nov 9-11; San Diego, USA. Rotterdam: ECO; 1995, p. 205-220.

[78] H. Albert, M. Godskesen, J. Westergaard, T. Chard en L. Gun, „Circulating levels of relaxin are normal in pregnant women with pelvic pain," *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology,* 1997; 74: 19-22.

[79] E. Endresen, „Pelvic pain and low back pain in pregnant women. An epidemiological study.,"

Scandinavian Journal of Rheumatology, 1995; 24:135-141 .

[80] A. Fast, D. Shapiro, E. Ducommun, L. Friedman, T. Bouklas en Y. Floman, „Low back pain in pregnancy," *Spine,* 1987; 12:368-371.

[81] E. Heiberg en S. Aarseth, „Epidemiology of pelvic pain and low back pain in pregnant women. The Essential Role of The Pelvis.," *Movement Stability and low Back Pain,* 1997: 405-410.

[82] P. Hummel, Changes in posture during pregnancy [Proefschrift], Amsterdam, 1987.

[83] P. Kristiansson, K. Svärdsudd en B. Schoultz von, „Serum relaxin, symphyseal pain, and back pain during pregnancy," *American Journal of Obstretics and Gynecology,* 1996; 175(5):1342-1347.

[84] A. MacLennan, R. Nicolson, R. Green en M. Bath, „Serum relaxine af pregnancy," *Lancet,* 1986; 2:243-244.

[85] L. Petersen, L. Hvidman en N. Uldbjerg, „Normal serum relaxin in women with disabling pelvic girdle pain during pregnancy," *Gynecol Obstet invest,* 1994; 38:21-23.

[86] L. Petersen, I. Vogel, A. Agger, J. Westergaard, M. Nils en N. Uldbjerg, „Variations in serum relaxin (hRLX-2) concentrations during human pregnancy," *Acta Obstretica Gynecologica Scandinavia,* 1995; 74:251-256.

Bijlage 1

Patiëntenfolder ‘Bekkenklachten en Zwangerschap’



de oefentherapeut
CESAR-MENSENDIECK

Bekken-klachten bij zwanger-schap

Meer informatie?
Wilt u meer weten over oefentherapie of zoekt u een oefentherapeut bij u in de buurt? Kijk op de website van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM): www.oefentherapeut.nl

Uw oefentherapeut:

Kwaliteitsregister Paramedici
De oefentherapeut heeft de opleiding oefentherapie Cesar of Mensendieck afgerond en is een bevoegd therapeut. De titel oefentherapeut is wettelijk beschermd. Oefentherapeuten vallen onder artikel 34 van de Wet BIG. Alle bij de beroepsvereniging VvOCM aangesloten oefentherapeuten zijn geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

de oefentherapeut CESAR-MENSENDIECK
VvOCM Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

Dit is een uitgave van de VvOCM
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
Utrecht I www.vvocm.nl E info@vvocm.nl

Meer dan **75 jaar ervaring** in het behandelen van:
arbeidsrelevante klachten · rug- en bekkenklachten · hoofdpijn en spanningsklachten · arm- nek- en schouderklachten · ademhalingsklachten · incontinentieklachten · heup- knie- en voetklachten · chronische aandoeningen · motorische klachten · klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat

Oefentherapie voor het behandelen en voorkomen van bekkenklachten bij zwangerschap



Tijdens een zwangerschap, bevalling en de eerste tijd na de bevalling verandert er veel in uw lichaam. Mede door deze veranderingen kan er pijn ontstaan rondom het bekken. Deze pijn kan zich bevinden in het gebied van de lage rug, het stuitje, de liezen, het schaambeen, de bekkenbodem en/of aan de zijkant van de bovenbenen. De pijn begint vaak nadat u (te) lang in dezelfde houding hebt gezeten of gestaan of na (te) zware lichamelijke inspanning. Ook specifieke bewegingen zoals omdraaien in bed, traplopen, uit de auto stappen of opstaan uit een stoel kunnen pijnlijk zijn.

Om bekkenpijn tijdens en na de zwangerschap te verminderen, is het belangrijk dat u luistert naar uw lichaam en de dagelijkse activiteiten zo goed mogelijk aanpast. De oefentherapeut kan hierbij helpen. Door onderzoek wordt de bekkenstand in relatie met benen en wervelkolom bepaald en door gerichte oefeningen gecorrigeerd. Onder begeleiding van de oefentherapeut leert u om efficiënt te bewegen en de juiste spieren aan te spannen, waardoor de stabiliteit van het bekken verbetert. U leert dagelijkse activiteiten aan uw zwangerschap aan te passen en u krijgt informatie en oefeningen voor tijdens en na de bevalling, waardoor u de bevalling met vertrouwen tegemoet kunt zien. Oefentherapie helpt u gezond zwanger te zijn!

Behandeling op maat
De oefentherapeut is een paramedicus die expert is in houding en beweging. U werkt onder begeleiding van uw oefentherapeut aan de balans tussen spanning en ontspanning en brengt het lichaam in goede conditie. Bij oefentherapie wordt uitgegaan van uw individuele bewegingsmogelijkheden en de persoonlijke situatie. De houdings- en bewegingscorrecties worden geïntegreerd in het dagelijks leven: thuis, op het werk en in de vrije tijd. De oefentherapeut maakt u bewust van uw houding en manier van bewegen. Door juiste houdings- en bewegingsgewoonten aan te leren, kunt u klachten verminderen en voorkomen.

Gezond zwanger zijn
De oefentherapeut is er niet alleen voor de behandeling van specifieke bekkenklachten. Ook voor algemene zwangerschapsbegeleiding kunt u bij de oefentherapeut terecht. De begeleiding wordt meestal in kleine groepen gegeven, maar individuele begeleiding is ook mogelijk. Er wordt onder meer aandacht besteed aan de houding en beweging tijdens de zwangerschap, adem-, ontspannings- en concentratieoefeningen tijdens de bevalling en oefeningen om de spieren na de bevalling weer juist te gebruiken. Oefentherapie helpt u gezond zwanger te zijn! Voor meer informatie over deze cursussen verwijzen wij u graag naar uw eigen oefentherapeut.

Geen verwijzing nodig
Bij bestaande (bekken)klachten kan uw huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts u naar de oefentherapeut Cesar of Mensendieck verwijzen. Maar u kunt ook direct – zonder verwijzing – bij de oefentherapeut terecht. Behandelkosten worden conform polisvoorwaarden vergoed. Raadpleeg uw polis voor de voorwaarden van uw (aanvullende) zorgverzekering.

www.oefentherapeut.nl

zorg voor *bewegen*

Bijlage 2

Bekkenoefentherapie

Bekkenoefentherapeuten, geregistreerd in het beroepsregister van de Vereniging voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM), zijn oefentherapeuten die specifieke nascholing op het gebied van bekkenklachten en/of bekkenbodemproblematiek hebben gevolgd. Daarnaast hebben ze ruime ervaring in het behandelen van cliënten met bekkenklachten en bekkenbodem-problematiek.

Anamnese en onderzoek zijn gericht op (mogelijke) functiestoornissen en het functioneren in het dagelijks leven (ADL), in relatie tot de ervaren klachten en de hulpvraag. De bekkenoefentherapeut observeert en analyseert het bewegingsgedrag en vormt zich een beeld van de balans tussen belasting en belastbaarheid.

De bekkenoefentherapeut maakt gebruik van testen en meetinstrumenten die gepubliceerd zijn in “The European Guideline for diagnosis and treatment of Pelvic Girdle Pain”.
De bekkenoefentherapeut is in staat een goede urologische, gynaecologische, seksuologische en proctologische specifieke anamnese af te nemen. De bekkenbodemfunctie uitvragen en onderzoeken is een van haar specialismen (zonder inwendig handelen, cliënt houdt ondergoed aan). Aan de hand hiervan beoordeelt de bekkenoefentherapeut of er een indicatie is voor bekkenoefentherapie.
Bekkenoefentherapeuten werken inhoudelijk samen met verloskundigen, kraamverzorgenden en bekkenfysiotherapeuten en nemen deel aan een multidisciplinair en interdisciplinair overleg over omgaan met bekkenklachten en bekkenbodemproblematiek. De verslaglegging gebeurt volgens de richtlijnen van de VvOCM.

Indicaties Bekkenoefentherapie

- Bekkenklachten gerelateerd aan zwangerschap en bevalling zoals:
  sacro-iliacale klachten, lumbosacrale klachten, pseudoradiculaire klachten, liesklachten, pijn in de adductorenregio, pijn in de trochanterregio, symfysepijn, coccygodynie.
- Bekkenklachten gerelateerd aan houding en beweging, niet-zwangerschapsgerelateerd.
- Bekkenbodemproblematiek, zoals urine-incontinentie, blaasproblematiek, faecale incontinentie e.a. proctologische problematiek, seksuele problematiek, gynaecologische problematiek, waarbij geen inwendig handelen wenselijk is en het leren omgaan met de klachten voorop staat.
- Spanningsgerelateerde klachten van bekken- en bekkenbodemgebied.
- Chronische bekkenklachten en/of bekkenbodemproblematiek, waarbij een opbouwend oefenprogramma gericht op participatie is gewenst.
- Bekkenklachten en/of bekkenbodemproblematiek na of tijdens behandeling door een bekkenfysiotherapeut waarbij nog een hulpvraag bestaat op niveau van activiteiten en participatie, bijvoorbeeld: kunnen handhaven en veranderen van de lichaamshouding om een kind op te tillen, te dragen, te verplaatsen en er mee te spelen.
- Preventie bij risicogroepen in de zwangerschap en post partum.

Mogelijke behandelwijzen: Individuele oefentherapie in de praktijk of (indien nodig) aan huis, Groepsbehandeling tijdens de zwangerschap en post partum, nazorg.

Bekkenfysiotherapie

Voor informatie over bekkenfysiotherapie zie onderstaande links:

http://www.defysiotherapeut.com/de-fysiotherapeut/specialisten/de-bekkenfysiotherapeut.nl
http://nvfb.fysionet.nl/informatie-voor-fysiotherapeuten.html

Bijlage 3

Rode vlaggenlijst regio bekken-heup

Rode vlaggen regio bekken-heup			
		ja	**nee**
1	(recent) trauma?	o	o
2	al langer bestaande (onverklaarde koorts)?	o	o
3	recent onverklaard gewichtsverlies (> 5 kg / maand)	o	o
4	langdurig gebruik corticosteroïden	o	o
5	constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van positie	o	o
6	kanker in de voorgeschiedenis	o	o
7	algemeen onwelbevinden	o	o
8	nachtelijke pijn	o	o
9	uitgebreide neurologische tekenen en symptomen	o	o

Het gebruik van lijstjes met rode vlaggen kan slechts worden gezien als een hulpmiddel bij het klinisch redeneren. De uitspraak: “het geheel is meer dan de som der delen” is hier van toepassing. Alle bevindingen dienen ten alle tijden in de totale context geplaatst te worden!

Interpretatie: ≥ 1x ‘ja’ betekent: cliënt adviseren naar huisarts te gaan voor advies!!

Rode vlaggen regio lage rug			
		ja	**nee**
1	Eerste episode met LRP < 20 jr. of > 50 jr	o	o
2	Significant trauma	o	o
3	Recent onverklaard gewichtsverlies	o	o
4	Maligne aandoeningen in de voorgeschiedenis	o	o
5	Koorts	o	o
6	Deformiteiten (bv. lumbale kyfose)	o	o
7	Langdurig gebruik corticosteroïden	o	o
8	Intraveneuze toediening van medicijnen	o	o
9	Progressieve niet-mechanische pijn	o	o
10	pijn die 's nachts blijft of zelfs erger wordt	o	o
11	Aanhoudende ernstige beperking lumbale flexie	o	o
12	Patiënt voelt zich ziek en onwel	o	o
13	Incontinentie voor urine en/of faeces	o	o
14	Rijbroekanesthesie	o	o
15	Bilaterale uitvalsverschijnselen in benen	o	o
16	Ernstig beperkt gangbeeld	o	o

Rode vlaggen behorend bij de KNGF richtlijn 'zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn'

Rode vlaggen tijdens de zwangerschap:

- Persisterende onbegrepen pijn in het gebied van bekken en lage rug
- Probleem elders in het lichaam; buik, organen kleine bekken
- Uitstralende pijn in een of beide benen die verder reikt dan de knie
- Toenemende of ernstige motorische uitval
- Toenemende of ernstige sensibele uitval
- Algemene malaise
- Historie van maligniteit of trauma

Belangrijkste symptomen:

- De pijn is niet provoceerbaar of reduceerbaar bij het uitoefenenvan functies of het uitvoeren van activiteiten
- De pijn in de benen overheerst die in bekken en lage rug
- Toenemend krachtverlies in een of beide benen die te objectiveren is
- Veranderde sensibiliteit in de benen of rijbroekanesthesie
- Gevoel van ziek-zijn, eventueel met koorts

Rode vlaggen na de bevalling:

- Persisterende onbegrepen pijn in het gebied van bekken en lage rug
- Probleem elders in het lichaam; buik, organen kleine bekken
- Uitstralende pijn in een of beide onderbenen die verder reikt dan de knie
- De pijn in de benen overheerst die in bekken en lage rug
- Toenemende of ernstige motorische uitval
- Toenemende of ernstige sensibele uitval
- Algemene malaise
- Historie van maligniteit of trauma

Belangrijkste symptomen:

- De pijn is niet provoceerbaar of reduceerbaar bij het uitoefenen van functies of het uitvoeren van activiteiten
- Toenemend krachtverlies in een of beide benen die te objectiveren is
- Veranderde sensibiliteit in de benen of rijbroekanesthesie
- Gevoel van ziek-zijn, eventueel met koorts
- Zwaar gevoel in onderbuik en bekkenbodem; problemen met ophouden van urine en ontlasting
- Gynaecologische klachten
- Onverklaard gewichtsverlies

Bijlage 4

Aanvullende anamneselijst

Bij vermoedens van klachten op het gebied van urologie, gynaecologie, gastro-enterologie of seksuologie en opsporen van risicofactoren bekkenpijn.

Mw. A. van den Hout, bekkenoefentherapeut; 2013

	Items	Voorstel voor vraagstelling
Urologie	· Afwijkende mictie, veranderingen in mictiepatroon. · Historie: bijv. bedplassen, urineweginfectie, · Pijnlijke, moeizame mictie onderbroken mictie, nachtelijk mictie, aandrang na mictie · Operaties, congenitale aandoeningen	· Plast u normaal? Hoe vaak plast u overdag en 's nachts? Hoe is de straal? Mictielijst laten invullen. · Hoelang heeft u plasklachten? · Heeft u urineverlies en hoeveel wanneer (bij vrijen?), scheut, straal, drup? voelt u het verlies? Totale controle verlies over de plas. (Prafab-lijst) · Draagt u incontinentiemateriaal? Hoe vaak moet u verschonen? · Voelt u normale aandrang voor plassen? Voelt u aandrang na het plassen? · Zijn er veranderingen bij het plassen? heeft u pijn bij het plassen? pijn in de onderbuik, de bekkenbodem? · Heeft u een zwaar gevoel ? · Heeft u abnormale aandrangklachten? Hoe lang kunt u plas dan nog ophouden? · Kunt u goed leegplassen? · Perst u tijdens het plassen?
Gynaecologie	· Gynaecologische aandoeningen/ operaties. · Gebruik van hormoonpreparaten om zwanger te worden · Vorige zwangerschappen/ bevallingen. Aantal, verloop bevalling · Houding bij uitdrijving. · Complicaties, tang-vacuüm verlossing, epi,(sub)totaalruptuur of sectio Caesarea. · Traumatische bevalling. · Operaties in dit gebied. · Prolaps · Menstruatie/menopauze.	· Heeft u ziektes op gynaecologisch vlak meegemaakt? · Bent u op de normale manier zwanger geworden? Waren er complicaties voordat u zwanger werd? · Hoeveel zwangerschappen en bevallingen heeft u doorgemaakt? Heeft u miskramen of abortussen gehad? · In welke houding heeft u de uitdrijving gedaan? Hoe lang heeft u geperst? · Waren er complicaties tijdens de bevalling? · Gewicht van de baby? · Hoe heeft u de bevalling beleefd?

		· Hoe was de post partum periode? · hoe voelt de bekkenbodem? Heeft u een zwaar gevoel of pijn en waar (blaas, vagina, rectum gebied). Of gevoelsverlies? · Heeft u onderbuikpijn? · zijn er bijzonderheden met uw menstruele cyclus? tampongebruik? · Heeft u last van vaginale windjes? · Heeft u last van water in en uitloop in (zwem)bad, · Bent u in de overgang?
Gastro-enterologie	· Darmklachten, ziektes zoals M Crohn, colitis ulcerosa. · Afwijkende defecatie · Obstipatie · Aambeien, anale fissuren, rectum prolaps, rectocele · Opgezette buik op bepaalde momenten, veel gasvorming · Faecale incontinentie · Gebruik laxeermiddelen · Incontinentiemateriaal/ anale tampons? · Voeding, vocht?	· Zijn er veranderingen in de ontlasting? · Voelt u normale aandrang? Waar voelt u de aandrang? · Heeft u pijnlijke of moeizame ontlasting, aambeien of scheurtjes bij de anus? · Kunt u de ontlasting ophouden of even uitstellen? · Soort verlies: winden, slijm, diarree, veegsporen. · Voelt u of u leeg bent na de ontlasting? · Heeft u last van loze aandrang? · Heeft u ‘s nachts verlies van ontlasting? · Heeft u last van buikpijn(klachten) en/of bloed bij de ontlasting?
Seksuologie	· Seksuele klachten fysiek of een belevingsprobleem? · Pijnklachten bij coitus (dyspareunie), oppervlakkig (bij introïtus) of diep (stootpijn), na coitus. Bij de vrouw. · Bekkenpijn in bepaalde houdingen · Angst voor coitus,(mn postpartum) · Angst voor urine/ontlasting verlies tijdens coitus · Negatieve seksuele ervaringen. · Vaginisme (vrouw), lubricatie. · Huidaandoeningen, SOA’s · Erectiestoornis, ejaculatiestoornis, pijnklachten perineum. Bij de man.	· Bent u seksueel actief? · Heeft u pijnklachten tijdens vrijen (welk moment) van bekken of bekkenbodem (diep of bij ingang)? droogheid? Wat voor soort pijn? · Bent u bang voor pijnklachten? · Is er sprake van verkramping ? · Heeft u afname van het gevoel rondom de bekkenbodem? · Heeft u last van droogheid of jeuk? · Heeft u last van vaginale windjes? · Heeft u geslachtsziektes meegemaakt? · Heeft u last van erectiestoornis en/of ejaculatiestoornis (man). · Heeft u last van pijn rondom het perineum/ scrotum (man).

Bijlage 5a

Visueel Analoge Schaal (VAS)

Beschrijving

Om zicht te krijgen op de mate van pijn van een patiënt kan de oefentherapeut gebruik maken van de VAS (Visueel Analoge Schaal) voor pijn. Met behulp van de VAS voor pijn kan worden gemeten hoe de patiënt de pijn ervaart op dat moment of gedurende de afgelopen week. Aan deze informatie is geen absolute waarde toe te kennen en vergelijking met de mate van pijn van andere patiënten is derhalve niet mogelijk.
De VAS is een betrouwbaar en valide instrument voor het meten van pijn in de dagelijkse praktijk en is in korte tijd af te nemen {Carlsson,1983} {Huskisson,1974}. De VAS is responsief, waardoor de VAS geschikt is om het behandelresultaat te evalueren {Carlsson AM,1983} {Huskisson,1974}. De VAS is gemakkelijk te scoren en wordt door de meeste personen uit diverse culturele groepen gemakkelijk begrepen. De patiënt moet wel in staat zijn om de lijn te zien als een representatie van een abstract concept {Miller, Ferris, 1993} {Waterfield, Sim, 1996} {Wevers, Love, 1990}.
Naast het gebruik als evaluatief instrument voor het behandelresultaat kan de VAS voor pijn gebruikt worden voor het terugkoppelen en daarmee bewust worden van de invloed van activiteiten en gebeurtenissen op de pijnklachten. Het is wenselijk om de VAS voor pijn in dit geval regelmatig (bijvoorbeeld een paar keer per dag op vaste tijdstippen en op vaste dagen in de week) in te laten vullen door de patiënt en daarbij bijzonderheden (in activiteiten en gebeurtenissen) op te laten schrijven.
Het gebruik van de VAS voor pijn ter evaluatie van de behandeling is alleen zinvol indien deze uitkomstmaat aansluit bij de gekozen behandeldoelen van de patiënt (het verminderen van de stoornis ‘pijn’). Bij patiënten met een inadequaat pijngedrag is het van belang de aandacht juist niet op de pijn te vestigen. Het gebruik van een VAS voor pijn wordt bij deze patiënten derhalve afgeraden.
In de praktijk wordt de VAS niet alleen gebruikt bij pijn maar ook bij om inzicht te krijgen op andere onderwerpen, zoals op functioneren.

Instructie voor de oefentherapeut

De oefentherapeut instrueert de patiënt over het invullen van deze vragenlijst. Nadat de patiënt de VAS heeft ingevuld berekent de oefentherapeut de score door de afstand te meten (in mm) van 0 (linkerzijde lijn) tot aan het door de patiënt geplaatste verticale streepje.
De oefentherapeut noteert de score (met datum en tijdstip) in de status van de patiënt en/of bewaart de vragenlijst.

Let op: ***Bij het printen en door het kopiëren kan de lengte van de lijn veranderen. Het is van belang om, vóór gebruik van de vragenlijst, te controleren of deze 10 cm is.***

Als alternatief voor de VAS-lijn kan de numerieke VAS gebruikt (NRS).

VAS voor pijn (voor de patiënt)

naam:…….

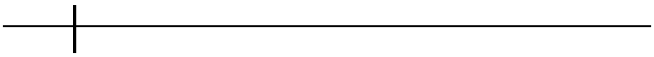
datum: …. / … /…..

Toelichting voor de patiënt

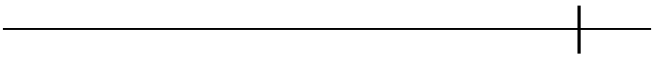
Voorbeeld van de manier waarop de VAS voor pijn moet worden ingevuld.

Aan u wordt de volgende vraag gesteld:

Hoeveel pijn heeft u de afgelopen week gehad?

minimaal pijn  maximaal pijn

Heeft u het streepje **links** geplaatst dan heeft u **weinig** pijn ervaren.

minimaal pijn  maximaal pijn

Heeft u het streepje **rechts** geplaatst dan heeft u **heel veel** pijn ervaren.

DUS: hoe verder u het streepje naar rechts heeft geplaatst, hoe meer pijn u heeft gehad in de afgelopen week.

VAS voor pijn op dit moment

naam:.....
datum: .... / ..... / .....
tijdstip:.....uur

Wilt u dagelijks op ongeveer dezelfde tijd (hierboven noteren)

aangeven hoeveel pijn u op dat moment heeft.

Doe dit door een verticaal streepje op onderstaande lijn te plaatsen.

minimaal pijn _____ maximaal pijn

Wilt u hieronder bijzonderheden van deze dag vermelden, zoals het volgen van een behandeling, bezoek aan een arts en medicijngebruik, maar ook andere activiteiten als schoonmaken en sporten. Deze opmerkingen kunnen van invloed zijn op uw score.

.....

.....

.....

.....

VAS voor pijn in de afgelopen week

naam:.....
datum: .... / ..... / .....
tijdstip:.....uur

Wilt u aangeven **hoeveel pijn u de afgelopen week** heeft gehad**.**

Doe dit door een verticaal streepje op de onderstaande lijn te plaatsen.

minimaal pijn _____ maximaal pijn

Wilt u hieronder bijzonderheden vermelden, zoals het volgen van een behandeling, bezoek aan een arts, medicijngebruik, maar ook activiteiten als schoonmaken en sporten.

.....

.....

.....

.....

Bijlage 5b

Vragenlijst ‘Patiënt Specifieke Klachten’ (PSK)

Beschrijving

De vragenlijst ‘Patiëntspecifieke klachten’ (PSK) is een instrument om de functionele status van een patiënt in kaart te brengen {Beurskens, de Vet, et al., 1999} {Köke AJA, Heuts PHTG, et al., 1999}. Met deze vragenlijst kunnen namelijk activiteiten worden geïnventariseerd, die van belang zijn voor de patiënt maar waarmee de patiënt moeite heeft of die niet meer uitgevoerd kunnen worden. De PSK kan zodoende gebruikt worden bij het vaststellen van de hulpvraag en het formuleren en evalueren van behandeldoelen. Het invullen van de vragenlijst vergt geen specifieke scholing en kan door de patiënt zelf worden gedaan. De oefentherapeut instrueert de patiënt over het invullen en assisteert de patiënt daar eventueel bij. De invultijd is ongeveer 20 minuten. De PSK is niet onderzocht op betrouwbaarheid*[8] en validiteit*. De responsiviteit* van de vragenlijst is bij patiënten met lage-rugklachten voldoende {Beurskens, de Vet, et al., 1996}.

Instructie voor de oefentherapeut

Met behulp van de activiteiten- en prioriteitenlijst selecteert de patiënt de drie activiteiten, die (door de aspecifieke lage-rugklachten) voor de patiënt het meest problematisch zijn en die hij/zij graag wil verbeteren. De activiteiten moeten relevant zijn voor de patiënt, regelmatig (wekelijks) uitgevoerd worden en niet te vermijden zijn. Op een volgend meetmoment moet de patiënt de activiteit immers in 'de afgelopen week' wederom uitgevoerd hebben, aangezien het anders onmogelijk is een volgende meting te doen.

Bij het beschrijven van deze activiteiten is het van belang dat zo veel mogelijk gekwantificeerd wordt in termen van tijdsduur, afstand, te tillen gewicht, et cetera.

Per activiteit geeft de patiënt op een 10 cm visueel analoge schaal (VAS) aan hoeveel moeite het uitvoeren van die activiteit de afgelopen week kostte. Per activiteit wordt de score bepaald: de afstand (in mm) van 0 (linker zijde lijn) tot aan het door de patiënt geplaatste verticale streepje.

Om het beloop van de klachten te kunnen volgen wordt het verschil tussen scores van twee, of meerdere, metingen berekend (aan het begin en aan het einde van de behandelreeks en eventueel tussentijds). Bij het bepalen van de verschilscore kunnen de scores van de drie metingen apart gebruikt worden, of de totaalscore van de drie activiteiten samen.

Bij een vervolgmeting heeft de patiënt inzage in zijn/haar score(s) van de voorafgaande meting(en).

De oefentherapeut noteert de score(s) (met datum) in de status van de patiënt en/of bewaart de vragenlijst.

Let op: ***Bij het printen en door het kopiëren kan de lengte van de lijnen veranderen. Het is van belang om, vóór gebruik van de vragenlijst, te controleren of de lijnen 10 cm zijn.***

Vragenlijst ‘Patiëntspecifieke klachten’ (voor de patiënt)

naam: ……

datum: ……

Patiënten toelichting

Uw pijnklachten hebben invloed op activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet en moeilijk te vermijden zijn. Voor iedereen zijn de gevolgen van pijn verschillend. Ieder persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door de behandeling. Hieronder staan een aantal activiteiten en bewegingen die u mogelijk veel moeite kosten om uit te voeren vanwege uw pijn. Selecteer de activiteiten waarbij **u de afgelopen week,** door uw pijn, problemen ondervond. Kleur of kruis het bolletje aan dat vóór deze activiteit(en) staat. Wij vragen u die problemen aan te kruisen die **U HEEL BELANGRIJK VINDT** en die **U** het liefste zou **ZIEN VERANDEREN** in de **KOMENDE MAANDEN**. Kies daarna uit deze lijst de drie activiteiten die voor u het belangrijkst zijn. Bepaal vervolgens voor die drie activiteiten, op de volgende pagina, hoeveel problemen u ondervond.

Activiteitenlijst:

O in bed liggen
O omdraaien in bed
O opstaan uit bed
O opstaan uit een stoel
O gaan zitten op een stoel
O lang achtereen zitten
O in/uit de auto stappen
O rijden in een auto of bus
O fietsen
O staan
O lang achtereen staan
O licht werk in en om het huis
O zwaar werk in en om het huis
O in huis lopen
O wandelen
O hardlopen
O het dragen van een voorwerp
O iets oprapen van de grond
O tillen
O op bezoek gaan bij familie, vrienden of kennissen
O uitgaan
O seksuele activiteiten
O uitvoeren van werk
O uitvoeren van hobby’s
O uitvoeren van huishoudelijk werk
O sporten
O op reis gaan
O andere activiteiten…….

De drie belangrijkste activiteiten zijn:

1. ……..
2. ……..
3. ……..

V*ervolg Vragenlijst 'Patiënt Specifieke Klachten'*

Voorbeeld hoe in te vullen: probleem *Wandelen*
Hoe moeilijk was het de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

Plaatst u het streepje **links** dan kost wandelen u **weinig moeite**

geen enkele moeite ——|—————————— onmogelijk

Plaatst u het streepje **rechts** dan kost wandelen u **veel moeite**

geen enkele moeite ——————————|—— onmogelijk

---

naam:

datum:

Probleem 1……..

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite _____ onmogelijk

Probleem 2……..

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite _____ onmogelijk

Probleem 3……..

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite _____ onmogelijk

NB De totaalscore is de som (in mm) van de drie activiteiten die het meeste moeite kosten.

Bijlage 5c

Vragenlijst 'Quebec Back Pain Disability Scale' (QBPDS)

Beschrijving

De QBPDS is een vragenlijst voor het meten van het functioneren van patiënten met lage-rugpijn. Deze vragenlijst bestaat uit twintig items over relevante dagelijkse activiteiten voor deze patiënten.

Praktische toepasbaarheid

Bij het gebruiken van vragenlijsten is het van belang dat de inhoud van de vragenlijst de belangrijkste klacht van de patiënt omvat. Als een vragenlijst bijvoorbeeld activiteiten meet waar een patiënt geen problemen mee heeft, dan is de lijst voor die patiënt niet geschikt om de resultaten van de behandeling weer te geven.

De QBPDS evalueert zes deelgebieden van het functioneren, namelijk: bedrust, zitten/staan, lopen, bewegen, bukken en zware voorwerpen verplaatsen. U kunt de QBPDS toepassen bij patiënten die problemen ervaren bij deze activiteiten.

De resultaten van de QBPDS kunt u gebruiken om een beeld te krijgen van de problemen die de patiënt heeft bij het dagelijks functioneren. Deze gegevens kunt u vervolgens meenemen bij het opstellen of bijstellen van het behandelplan. In dit geval neemt u de vragenlijst af bij het begin van de behandeling en/of na een aantal weken of aantal zittingen. U kunt de resultaten van de QBPDS ook gebruiken om de behandelresultaten objectief te evalueren. In dit geval neemt u de lijst voor en na de behandeling af. De patiënt kan de QBPDS zelf invullen. De bijhorende instructie luidt 'heeft u vandaag moeite om de volgende activiteiten uit te voeren vanwege uw rugklachten?'

De benodigde invultijd is 5-10 minuten. Per item zijn er zes antwoordcategorieën: totaal geen moeite (0), nauwelijks moeite (1), enige moeite (2), veel moeite (3), zeer veel moeite (4) en niet in staat (5).

De totaalscore berekent u door de scores van alle items bij elkaar op te tellen. Hoe hoger de totaalscore, hoe meer problemen de patiënt heeft bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten.

Betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit

De betrouwbaarheid van de Nederlandse versie is onderzocht bij 650 patiënten met chronische lage-rugpijn, die bij de huisarts onder behandeling zijn (Schoppink et al, 1996). De correlatie tussen twee metingen gemeten over een week, ofwel de test-hertest betrouwbaarheid is hoog (r=.90 en ICC=.90).

De interne consistentie van de vragenlijst is goed (Cronbach's alpha = .95)

De constructvaliditeit is bepaald door de resultaten van de QBPDS te correleren met twee andere instrumenten: de Roland Disability Questionnaire (RDQ) en een 10-puntsschaal voor pijnintensiteit. De correlatie tussen beide is goed (RDQ: r=.80 en .91 en pijnintensiteit: r=.74 en .70).

Ook de responsiviteit, de gevoeligheid van het instrument voor veranderingen in de gezondheid van de patiënt, is bepaald. Daartoe is de mate van verandering gemeten met de QBPDS gecorreleerd met de mate van verandering gemeten met drie andere instrumenten: de RDQ, de pijnintensiteit op een 10-puntsschaal en het klachtenbeloop op een 5-puntsschaal. Hiertussen werden matige correlaties gevonden (respectievelijk: r=.60; .53 en .35). Dit wijst mogelijk op een verschil in gezondheidsdomeinen tussen de vragenlijsten en onderstreept het belang van een bewuste keuze voor een bepaalde vragenlijst bij de individuele patiënt.

r=Pearson correlatiecoëfficiënt ICC=Intraclass Correlatie Coëfficiënt.

Overgenomen uit: KNGF richtlijn Lage Rugpijn

Quebec Back Pain Disability Scale- Kopec 1995

Nederlandse vertaling Schoppink EM 1996

Onderstaande vragenlijst gaat over de manier waarop uw rugklachten uw dagelijks leven beïnvloeden. Mensen met rugklachten kunnen moeite hebben met het uitvoeren van sommige dagelijkse activiteiten. Wij willen graag weten of u moeite heeft met het uitvoeren van onderstaande activiteiten **vanwege uw rugklachten**. Voor elke activiteit is er een schaal van 0 tot 5. Wilt u bij iedere activiteit één antwoord kiezen (**geen activiteit overslaan**), en het daarbij behorende cijfer omcirkelen.

Heeft u vandaag moeite om de volgende activiteiten uit te voeren vanwege uw rugklachten?

	Totaal geen moeite	Nauwelijks moeite	Enige moeite	Veel moeite	Zeer veel moeite	Niet in staat
Opstaan uit bed	0	1	2	3	4	5
De hele nacht slapen	0	1	2	3	4	5
Omdraaien in bed	0	1	2	3	4	5
Auto rijden	0	1	2	3	4	5
20 tot 30 minuten (achter elkaar) staan	0	1	2	3	4	5
Enkele uren in een stoel zitten	0	1	2	3	4	5
Een trap oplopen	0	1	2	3	4	5
Een klein eindje lopen (300-400 m)	0	1	2	3	4	5
Enkele kilometers lopen	0	1	2	3	4	5
Naar een hoge plank reiken	0	1	2	3	4	5
Een bal werpen	0	1	2	3	4	5
Een eindje hardlopen (100m)	0	1	2	3	4	5
Iets uit de koelkast pakken	0	1	2	3	4	5
Het bed opmaken	0	1	2	3	4	5
Sokken (of panty) aantrekken	0	1	2	3	4	5
Voorover buigen om bijv. badkuip of W.C. schoon te maken	0	1	2	3	4	5
Een stoel verplaatsen	0	1	2	3	4	5
Een zware deur opentrekken of openduwen	0	1	2	3	4	5
Dragen van 2 tassen met boodschappen	0	1	2	3	4	5
Een zware koffer optillen en dragen	0	1	2	3	4	5

Totaal Score:____

Scoring: De totaalscore is de som van alle items.

De eindscore varieert van 0 (geen beperking) tot 100 (volledige beperking)

Bijlage 5d

'Pelvic Girdle Questionnaire' (PGQ) (English Version)

Beschrijving

De PGQ (Engelse versie) is een betrouwbaar en valide instrument voor vrouwen met bekkenklachten gedurende de zwangerschap en postpartum. Het is eenvoudig te gebruiken instrument, en toepasbaar in de meeste praktijken. Het duurt ongeveer 3 minuten om de lijst in te vullen (Stuge et al, 2011). Er bestaat op dit moment geen gevalideerde Nederlandstalige versie.

Pelvic Girdle Questionnaire (English Version)

To what extent do you find it problematic to carry out the activities listed below because of pelvic girdle pain? For each activity tick the box that best describes how you are today.

How problematic is it for you because of your pelvic girdle pain to:	Not at all (0)	To a small extent (1)	To some extent (2)	To a large extent (3)
1. Dress yourself				
2. Stand for less than 10 minutes				
3. Stand for more than 60 minutes				
4. Bend down				
5. Sit for less than 10 minutes				
6. Sit for more than 60 minutes				
7. Walk for less than 10 minutes				
8. Walk for more than 60 minutes				
9. Climb stairs				
10. Do housework				
11. Carry light objects				
12. Carry heavy objects				
13. Get up/sit down				
14. Push a shopping cart				
15. Run				
16. Carry out sporting activities *				
17. Lie down				
18. Roll over in bed				
19. Have a normal sex life *				
20. Push something with one foot				

* If not applicable, mark box to the right.

How much pain do you experience:	None (0)	Some (1)	Moderate (2)	Considerable (3)
21. In the morning				
22. In the evening				
To what extent because of pelvic girdle pain:	**Not at all (0)**	**To a small extent (1)**	**To some extent (2)**	**To a large extent (3)**
23. Has your leg/have your legs given way?				
24. Do you do things more slowly?				
25. Is your sleep interrupted?				

Scoring procedure

The scores were summarized and recalculated to percentage scores from 0 (no problem at all) to 100 (to a large extent).

Bijlage 5e

Prafab-scorelijst voor ernst van ongewenst urineverlies

Geef voor elk onderdeel aan welke van de vier mogelijkheden voor u van toepassing is.

	Score
''Protection" (Bescherming) 1. Voor mijn urineverlies gebruik ik nooit verband. 2. Af en toe gebruik ik verband of moet ik mijn ondergoed verschonen 3. als regel draag ik verband of verschoon ik mijn ondergoed meerdere malen per dag. 4. Ik moet altijd verband gebruiken voor mijn incontinentie.	
"Amount" (Hoeveelheid) 1. Het urine verlies dat ik heb, is slechts een druppeltje. 2. Ik verlies ook wel eens een scheutje urine. 3. Het verlies is zo veel dat het mijn verband en/of kleren flink nat maakt. 4. Ik verlies zo veel dat het mijn verband doorweekt en/of er doorheen lekt.	
"Frequency" (Frequentie) *Onvrijwillig urineverlies treedt bij mij op*: 1. Eens per week of minder. 2. Meer dan eens, maar minder dan drie keer per week. 3. Meer dan drie keer per week, maar niet iedere dag. 4. Elke dag	
"Adjustment" (Aanpassing) *Door mijn urineverlies:* 1. Laat ik mij niet hinderen in mijn dagelijkse leven. 2. Ben ik gestopt met sommige activiteiten, zoals sport en andere zware lichamelijke activiteiten. 3. Ben ik gestopt met de meeste lichamelijke activiteiten die onvrijwillig urineverlies veroorzaken. 4. Kom ik de deur bijna niet meer uit.	
"Body image" (Lichaamsbeeld) 1. Mijn urineverlies kan mij niet schelen. 2. Ik vind het vervelend en lastig, maar ik zit er niet echt mee. 3. Ik vind mijn urineverlies vies. 4. Ik walg van mezelf door mijn urineverlies.	
TOTAALSCORE:	

Toelichting:
Voor ieder onderdeel (PROTECTION, AMOUNT, FREQUENCY, ADJUSTMENT en BODY IMAGE) is een score van 1 tot 4 mogelijk. Vul achter ieder onderdeel een score van 1, 2, 3 of 4 in, afhankelijk van welke stelling het meeste van toepassing is op u. De totale score is de som van de scores op de 5 onderdelen. De minimum score is dan 5 en de maximale 20. Een hoge PRAFAB-score (>14 punten) lijkt een redelijk betrouwbare indicatie te zijn voor een ernstig urineverlies. Een lagere score sluit echter een ernstig urineverlies niet uit.

Bijlage 5f

Active Straight Leg Raise test (ASLR)

De ASLR is een functionele bekkentest. Doel is beoordeling van de stabiliteit van de SI-gewrichten. Vaststellen in hoeverre krachtgeleiding via het bekken mogelijk is respectievelijk of er verbetering in de kracht- en vormsluiting van het bekken heeft plaatsgevonden.

Gebruik: Deze test kan worden gebruikt om te beoordelen of er verbetering in de vorm- en krachtsluiting van het bekken heeft plaatsgevonden. Na de bevalling kan de ASRL worden gebruikt om het zelfsluitingsmechanisme van het bekken te beoordelen.

• Uitvoering: Bij deze test ligt de patiënt op de rug met de benen gestrekt. De patiënt wordt gevraagd één been gestrekt tot 5 cm boven de bank op te tillen. Bij een gestoorde krachtenoverdracht van romp naar benen en vice versa gaat de test gepaard met onmachtsgevoelens en /of pijn.

Er zijn zes gradaties te onderscheiden bij de uitvoering:
0 totaal geen moeite
1 nauwelijks moeite
2 enige moeite
3 veel moeite
4 zeer veel moeite
5 niet in staat

• Score: de optelsom van de score van het linker en rechter been (0 t/m 10) is een bruikbare maat voor de ernst van de situatie.

• Norm: De test is positief als de som van de scores aan beide zijden 3 of groter is.

Indien de test positief is, wordt de test herhaald met:
- manuele fixatie van het ilium aan de homolaterale zijde door de therapeut op de spina iliaca anterior superior (SIAS);
- aanspanning van spierketens die krachtsluiting van het bekken geven (bekeken wordt of een stabiliserend effect uitgaat van het aanspannen van deze spierketens);
- een bekkenband om, zodat het stabiliserende effect van een bekkenband bekeken kan worden

Bij een instabiliteit van het bekken blijkt dat het voor de patiënt in deze drie situaties gemakkelijker is om de benen op te tillen. De macht over het been neemt toe bij het inzetten van interne of externe factoren ter bevordering van de stabiliteit en naarmate het zelfsluitingsmechanisme van de SI-gewrichten beter functioneert.

Bron: J.Mens, A.Vleeming et al, 'Active straight leg raising, A clinical approach to the load transfer function in the pelvic girdle.

Bijlage 5g

Modified Trendelenburgtest

Testen van abductoren-functie. Bij een positieve test is er sprake van zwakte van de heupabductoren (m. tensor fasciae latae, gluteus medius en m. gluteus minimus).

Het is tevens een pijnprovocatietest, waarbij de test als positief wordt beoordeeld wanneer pijn ervaren wordt in de symfyse.

Uitgangspositie: staand op 2 benen
Vanuit staande houding wordt patiënt gevraagd om 1 been op te tillen (45° / 90° heupflexie).
Als het bekken aan de zijde van het opgetilde been omlaag zakt, is er zwakte van de heupabductoren aan de zijde van het standbeen. Men zegt dat de proef van Trendelenburg positief is aan de aangedane zijde.

Bijlage 5h

Posterior Pelvic Pain Provocation test (PPPP)

De PPPP-test is een pijnprovocatietest om te bepalen of er sprake is van SI-dysfunctie. De test wordt vaak gebruikt om onderscheid te maken tussen lage rugpijn en bekkenpijn.
De test geeft met name informatie over de ernst en de locatie. Pijn aan de achterkant van het bekken is specifiek voor peripartum bekkenklachten. Afgeraden wordt deze test bij elke patiënt uit te voeren.

De meeste patiënten hebben na deze test meer (na)pijn dan gebruikelijk. Bij zwangeren en bij patiënten met ernstige (pijn)klachten moet hiermee rekening worden gehouden.

• Uitvoering: de test wordt uitgevoerd terwijl de patiënt op de rug ligt. De heup wordt aan de te testen zijde in 90° flexie gebracht. Via de gebogen knie wordt een lichte, manuele, axiale druk uitgeoefend op het femur. Het bekken wordt op die manier tegen de onderlaag gedrukt terwijl de therapeut gelijktijdig het bekken heterolateraal aan de voorzijde stabiliseert.

• Norm: De test is positief wanneer de provocatie pijn oproept diep in de bilstreek.

Bijlage 5i

Patrick’s sign / Faber test

Patrick’s sign (Faber test) is een pijnprovocatietest. Middels de test kan onderscheid gemaakt worden tussen heup- en SI problematiek. Bij bewegingsbeperking duidt dit op een heupprobleem, bij pijn in de eindstand duidt dit op een SI probleem.

Uitgangspositie is rugligging
Therapeut brengt 1 been in flexie, abductie en externe rotatie. Wanneer dit pijnlijk is wordt de test als positief bestempeld.

Bijlage 6

Schema diagnostiek bekkenklachten, ingedeeld naar ICF-domeinen

Structuren, functies en stoornissen		**Activiteiten en participatie**	**Persoonlijke en externe factoren**
Sensorische functies en pijn (b2)	Bewegingssysteem en aan bewegingssysteem verwante functies (b7) en structuren (s7)	· Mobiliteit (d4) · Zelfverzorging (d5) - Huishouden (d6) · Relaties (d7,d9) - Levensgebieden (d8,d9)	
↓	↓	↓ ↓	↓
krakende/ knappende symfyse zwaar gevoel bekkenbodem, bilstreek beurs/ moe gevoel bekken spierpijn scherpe / schietende bandenpijn stekende pijn symfyse, si uitstralende pijn benen zeurende pijn (bilstreek) brandend gevoel sacrum gevoel door benen te zakken / machteloosheid maken beweging	mobiliteit en stabiliteit van lwk, heup, bekken (SIG) vorm -en krachtsluiting SIG spierfuncties: kracht en tonus van aan het bekken aanhechtende spieren; waaronder bekkenbodem (overactief, onderactief) steunfunctie benen gangpatroon(waggelgang; schuifelen) vermoeidheid conditieverminderingparadoxaal ademen	pijn bij veranderen van houding, statische belasting, schokbelasting, asymmetrische belasting en activiteiten gepaard gaande met verhoogde buikdruk; · zitten, staan, transfers lig/zit/staan · lopen, traplopen · tillen, dragen en verplaatsen van iets of iemand · fietsen, autorijden · aan- uitkleden, wassen, toiletgang? · intieme relaties · beroep /werk /opleiding · sport en recreatie	bewegingsangst coping werk, woon-en leefsituatie
↓	↓	↓	↓
Te gebruiken meetinstrumenten voor oefentherapeutische diagnostiek en evaluatie. Cursief aangeven meetinstrumenten zijn aanbevelingen en indicatoren genoemd in de richtlijn bekkenklachten			
↓	↓	↓	↓
Pijnbeleving: *VAS-pijn; (PGQ)* Pijnprovocatie: *P4*, *Patrick's sign/Faber*, *Mod. Trendelenburg*, Gaenslen, Thigh Thrust Stabiliteit SIG: *ASLR* Palpatie: symfyse, LDL *Spiertesten*: heupadductoren, heupabductoren, mm.glutei, m.piriformis, m.multifidus, mm.abdominis, mm.hamstrings, m.quadriceps en m.ilio psoas.		*PGQ* *PSK* *QBPDS*	Tampa
Aanvullend: Neurologisch: SLR, slumptest; *PRAFAB* bij klachten urineverlies Aanvullend /alternatief spierkracht met microFET; spierdruk: biofeedback stabilizer		Aanvullend: % Ziekteverzuim *PRAFAB* bij klachten urineverlies	

Bijlage 7

Checklist analyse en conclusies

Checklist analyse en conclusies

- Welke hulpvraag heeft betrokkene?
- Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen?
- In hoeverre zijn de problemen het gevolg van de aandoening en in hoeverre hangen deze samen met persoonsgebonden en omgevingsfactoren?
- Hoe is het beloop van de aandoening / de klachten?
- Welke functionele adaptaties zijn er?
- Is er sprake van niet-functionele adaptaties?
- Zijn er bepaalde bewegingsstrategieën die de patiënt gebruikt om met het gezondheidsprobleem om te gaan?
- Hoe is de relatie belastingbaarheid/belasting?
- Welke behandelbare componenten zijn er?
- Zijn de belemmerende factoren door oefentherapie te beïnvloeden? (bijvoorbeeld contra-indicaties).
- Welke onbehandelbare aspecten kunnen de behandeling beïnvloeden?
- Welke andere factoren zijn van belang voor de behandeling (bijvoorbeeld eerdere of andere behandelingen)?
- Begrijpt de cliënt wat de oefentherapie behandeling inhoudt?
- Is de cliënt gemotiveerd voor de behandeling?
- Hoe schat de oefentherapeut het beloop in met betrekking tot de oefentherapeutische behandeling (prognose voor herstel)?

Beslismoment m.b.t de volgende aspecten:

- Is de verwijzing duidelijk en volledig?
- Is er sprake van rode vlagen / contra-indicaties?
- Is er sprake van een bekkenbodemfunctiestoornis?
- Is er indicatie voor (bekken) oefentherapie?
- Is de deskundigheid van de oefentherapeut geëigend om te voldoen aan de zorgvraag van de cliënt?
- Is de richtlijn bekkenklachten van toepassing op de betreffende cliënt?

Bijlage 8

Stroomschema zorgproces

Verwijzing - Oriëntatiefase - **Directe toegankelijkheid oefentherapie**

Aanmelding met verwijsbrief	**Screening**
wel/niet zwangerschap gerelateerd tijdens zwangerschap of na de bevalling - voorgeschiedenis - andere pathologie - gegevens aanvullend onderzoek Indien medische gegevens ontbreken: in overleg met de cliënt contact opnemen met verwijzer.	wel/niet zwangerschapsgerelateerd hulpvraag pluis/niet -pluis, alarmsignalen: · persisterende onbegrepen pijn in bekken en/of lage rug · uitstralende overheersende pijn in benen · motorische en/of sensibele uitval benen Informeren & adviseren *Is er een indicatie voor anamnese en onderzoek door oefentherapeut? ja: start anamnese / nee: advies*

Diagnostische fase: probleemanalyse en probleemdefinitie

(aanvullende) Anamnese	**O-meting / Meetinstrumenten**
voorlopige hulpvraag en gezondheidsprobleem karakteristiek klachtengebied en specifieke kenmerken probleemhandelingen en invloed omgeving (fysiek en sociaal) symptomen bekkenbodemfunctiestoornis symptomen niet gerelateerd aan bewegingsstelsel coping, bewegingsangst, inzicht, motivatie	· VAS-pijn · PSK · QBPDS · PGQ · PRAFAB (bij urineverlies)
Is er een indicatie voor oefentherapeutisch onderzoek? Ja: samen met cliënt definitieve hulpvraag formuleren. Nee: terugverwijzen of doorverwijzen.	

↓

Activiteitenonderzoek	**Specifiek onderzoek**
Probleemhoudingen -en bewegingen · stabilisatie en motorische controle · variatie, adaptatie, strategieën · bewegingsangst · adempatroon	Uitsluiten lumbale oorzaak en heupprobleem. Diagnostische testen en palpaties: · ASLR, P4, Patrick's sign/Faber, Modified Trendelenburg, spiertesten. · palpatie: symfyse, LDL-test (postpartum) · niet zwangerschapsgerelateerd:cluster vd Wurff

↓

Analyse	
· alle cliënten	· is er sprake van een bekkenbodemfunctiestoornis? · is er sprake van niet-functionele adaptaties? · post -partum: is er sprake van normaal herstel?
· zwangerschapsgerelateerd	· balans belasting –belastbaarheid · is er sprake van functionele adaptaties?

↓

Oefentherapeutische diagnose Beroepsspecifieke oordeel op basis van anamnese en onderzoek /de werkhypothese
Vaststellen of er een indicatie is voor (bekken)oefentherapie

Ja Kan cliënt behandeld worden volgens richtlijn?	Ja, maar valt deels buiten de eigen deskundigheid → consulteren van of doorverwijzen naar bekkenoefentherapeut Ja, maar valt onder richtlijn ALR of urine-incontinentie.	Nee: terugverwijzen

Interventiefase: probleemoplossing , evaluatie en afsluiting

Behandeldoel(en)	
Algemeen	Bevorderen zelfredzaamheid en participatie. Verminderen van pijn Het verminderen van (mogelijke) risicofactoren voor het voortbestaan van bekkenklachten en het scheppen van voorwaarden voor herstel en aanpassingsprocessen. Ontwikkelen kwalitatief (en mogelijk kwantitatief) bewegingsgedrag.
En specifiek bij zwangere vrouwen	Het creëren van voorwaarden voor herstel / voorkomen van verergering van klachten en het uit de weg ruimen van (fysieke en mentale) barrières om fysieke activiteiten te kunnen volhouden tot de bevalling: - activiteiten en leefstijl afstemmen op het stadium van de zwangerschap - belastbaarheid verbeteren of behouden - voorbereiding op de bevalling en kraambed
Behandelplan, aandachtsgebieden	*Inzicht* in bewegingsgedrag, invloed van de omgeving en in wijze van omgaan met de klachten in relatie tot de ervaren problemen. *Functies en stoornissen*: Verbeteren bekkenstabiliteit en motorische controle. Ontspannen overactieve spieren. Spierkracht verbeteren, waakzaam zijn op overactieve bekkenbodem. *Dagelijkse activiteiten*: advies over en oefenen van dagelijkse handelingen uit en (zo mogelijk) in de context. Gericht op stabiliteit en motorische controle. Omgaan met niet op te heffen functiestoornissen en functionele adaptaties. Verminderen bewegingsangst. Verbeteren lichamelijke conditie.
Extra tijdens zwangerschap	*Voorbereiding op bevalling en kraambed.*

Uitkomstmaten	Pijnintensiteit, overige fysieke parameters, functionele mogelijkheden in adl, zelfredzaamheid, bewegingsangst.

↓

Evaluatie	
Korte termijn	In elke behandelsessie evaluatie van voortgang
Tussentijdse en eindevaluatie	Objectivering behandelresultaat met meetinstrumenten halverwege / na de bevalling en in eindfase
voortzetten of bijstellen behandelplan en/of bijstellen prognose in de tijd *bijstellen werkhypothese (oefentherapeutische diagnose) en behandelplan* *beslissen voorzetten of stoppen behandeling, verwijzen naar collega paramedicus of behandelend arts*	

↓

Afsluiting
Adviezen zelfmanagement en recidievenbeleid
Mogelijkheden nazorg
Verslaggeving (ook bespreken met cliënt)

Bijlage 9

Bewijstabellen

Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostisch accuratesseonderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

** Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.*

Niveau van conclusies

	Conclusie gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2, met consistent resultaat
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen