

Koninklijk Nederlands  
Genootschap voor Fysiotherapie

# ***KNGF-richtlijn***

## **Stress (urine-)incontinentie**

Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie

Jaargang 121 · Nummer 3 · 2011

Update klinimetrie 2017



# ***KNGF-richtlijn* Stress (urine-)incontinentie**

## **Praktijkrichtlijn**

### Onder redactie van:

A.T.M. Bernards

L.C.M. Berghmans

I.C. Van Heeswijk-Faase

E.H.M.L. Westerik-Verschuuren

I. de Gee-de Ridder

J.A.M. Groot

M.C.Ph. Slieker-ten Hove

H.J.M. Hendriks

Alle onderdelen van de richtlijn, inclusief een samenvatting, zijn beschikbaar via [www.kngfrichtlijnen.nl](http://www.kngfrichtlijnen.nl).

Creatief concept: Total Identity  
Vormgeving - DTP - Drukwerk: Drukkerij De Gans, Amersfoort  
Eindredactie: Tertius - Redactie en organisatie, Houten

© 2011 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het KNGF.

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 20.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.

# Inhoud

## Praktijkrichtlijn

- A Inleiding 1
  - A.1 Doelstelling en doelgroep 1
  - A.2 Onderbouwing 1
  - A.3 Afbakening SUI 1
  - A.4 Epidemiologie 1
  - A.5 Etiologie 1
  - A.6 Prognose 2
  - A.7 Verwijzing versus Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) 2
    - A.7.1 Verwijzing 2
    - A.7.2 Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) 2
  
- B Diagnostisch proces 3
  - B.1 (Aanvullende) anamnese 3
  - B.2 (Aanvullend) lichamelijk onderzoek 5
    - B.2.1 Inspectie 5
    - B.2.2 Functieonderzoek 6
  - B.3 Meetinstrumenten 8
    - B.3.1 De PRAFAB-vragenlijst 8
    - B.3.2 Mictiedagboek 8
    - B.3.3 Verbandtest 9
    - B.3.4 Patiënt Specifieke Klachten 9
    - B.3.5 Globaal Ervaren Effect 9
  - B.4 Analyse 9
  - B.5 Genereren van conclusies uit het diagnostisch proces 9
  - B.6 Behandelplan 10
    - B.6.1 Behandelplan bij SUI met disfunctie van de bekkenbodemmusculatuur 11
    - B.6.2 Behandelplan bij SUI zonder disfunctie van de bekkenbodemmusculatuur 11
    - B.6.3 Behandelplan bij SUI met prognostisch ongunstige factoren 12
  
- C Therapeutisch proces 12
  - C.1 Behandeling 12
    - C.1.1 Fasering, doelen en verrichtingen 12
    - C.1.2 Behandelduur en -frequentie 12
    - C.1.3 Preventie van bekkenbodeminufficiëntie 13
  - C.2 Evaluatie 13
  - C.3 Afsluiting, verslaglegging, verslaggeving 13

Dankwoord 13

## Bijlagen 14

- Bijlage 1 Conclusies en aanbevelingen 14
- Bijlage 2 Richtlijnen voor toiletgedrag 16

# Praktijkrichtlijn

A.T.M. Bernards<sup>I</sup>, L.C.M. Berghmans<sup>II</sup>, I.C. Van Heeswijk-Faase<sup>III</sup>, E.H.M.L. Westerik-Verschuuren<sup>IV</sup>, I. de Gee-de Ridder<sup>V</sup>, J.A.M. Groot<sup>VI</sup>, M.C.Ph. Slieker-ten Hove<sup>VII</sup>, H.J.M. Hendriks<sup>VIII</sup>

## A Inleiding

Deze KNGF-richtlijn beschrijft het fysiotherapeutisch handelen bij zowel vrouwen als mannen met stress (urine-)incontinentie (SUI) of met gemengde incontinentie met SUI als dominante vorm. In de *Verantwoording en toelichting* worden de in de richtlijn gemaakte keuzen met betrekking tot de afbakening van het gezondheidsprobleem, de diagnostiek en de therapie toegelicht en wordt achtergrondinformatie verstrekt ter ondersteuning van de praktijkrichtlijn.

### A.1 Doelstelling en doelgroep

De *KNGF-richtlijn SUI* is bedoeld voor (bekken)fysiotherapeuten die zich bezighouden met de diagnostiek en behandeling van urine-incontinentie. De (bekken)fysiotherapeut dient te beschikken over aantoonbare specifieke kennis van, attitude voor en inzicht in deze groep patiënten. Fysiotherapeuten die patiënten met SUI inwendig onderzoeken en behandelen moeten rekening houden met het feit dat het KNGF deze handelingen, gezien de huidige regelgeving, beschouwt als 'bijzondere handelingen' (onder andere palpatie via de vagina of anus of het inbrengen van een elektrode in de vagina of anus), waardoor deze bijzondere handelingen met een aantal waarborgen dienen te worden omkleed. Het KNGF adviseert fysiotherapeuten inwendige handelingen in het bekkengebied gericht op bekkenfysiotherapie over te laten aan geregistreerde bekkenfysiotherapeuten\*. De bekkenfysiotherapeut kan de patiënt inwendig onderzoeken en behandelen indien de patiënt hiermee instemt, nadat de patiënt volledig is geïnformeerd over de voorgestelde behandeling en mogelijke alternatieven. Aanbevolen wordt de patiënt een 'informed consent' te laten tekenen.

### A.2 Onderbouwing

De richtlijn bestaat uit drie delen: de *Praktijkrichtlijn*, de *Verantwoording en toelichting* en een *Samenvatting*. Een werkgroep van inhoudsdeskundigen heeft de klinische vraagstellingen opgesteld en het wetenschappelijk bewijsmateriaal geselecteerd en beoordeeld.

De richtlijn wordt geïmplementeerd volgens een standaard implementatiestrategie. Ze wordt beschreven conform de fasering van het Methodisch Fysiotherapeutisch Handelen. Nadere informatie is te vinden in de *Verantwoording en toelichting*.

### A.3 Afbakening SUI

De International Continence Society (ICS) en de International Urogynecological Association (IUGA) definiëren (urine-)incontinentie als 'onvrijwillig urineverlies'. De ICS/IUGA spreken van SUI als 'onvrijwillig verlies van urine bij intra-abdominale drukverhogende momenten zoals niezen, hoesten en fysieke activiteiten' en doet de suggestie om tegenover de patiënt de term 'inspanningsincontinentie' te gebruiken om geen verwarring te krijgen met 'psychische stress'.

SUI treedt op bij een stoornis in de functie van het urethrale afsluitmechanisme. Het onvrijwillig urineverlies dat hiermee gepaard gaat, kan invloed hebben op iemands deelname aan het sociaal-maatschappelijk leven (participatieproblemen). De mate waarin dergelijke participatieproblemen optreden varieert.

### A.4 Epidemiologie

Onvrijwillig urineverlies is een frequent voorkomend probleem. Het exacte aantal mensen met onvrijwillig urineverlies is niet bekend. Er wordt geschat dat ongeveer 5% van de Nederlandse bevolking enigszins of in grote mate last heeft van urine-incontinentie. Prevalentiecijfers van SUI bij vrouwen variëren van 10-40%. Deze variatie wordt verklaard vanuit de verschillen tussen de onderzoekspopulaties en de verschillende definities voor SUI die in de onderzoeken zijn gehanteerd. Ongeveer 20% van de vrouwen met incontinentieklachten zoekt professionele hulp. De jaarlijkse incidentie van SUI varieert van 7-11%. De prevalentie van SUI bij mannen tot 65 jaar is lager dan die bij vrouwen en varieert van 0,9-5%.

### A.5 Etiologie

Er zijn 2 samenwerkende mechanismen die verantwoordelijk zijn voor het continent zijn voor urine, een intrinsiek en een extrinsiek

\* In de gehele richtlijn wordt met bekkenfysiotherapeut bedoeld een geregistreerd bekkenfysiotherapeut.

- I Nol Bernards, arts, afdeling Deskundigheidsbevordering, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort en Instituut Paramedische Studies, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- II Bary Berghmans, PhD, MSc, bekkenfysiotherapeut/klinisch epidemioloog/gezondheidswetenschapper. Organisatorisch directeur Pelvic care Center Maastricht, Academisch Ziekenhuis Maastricht, Maastricht.
- III Ingrid van Heeswijk-Faase, MSPT, bekkenfysiotherapeut, Bekkenfysiotherapie-Zoetermeer, Zoetermeer.
- IV Liesbeth Westerik-Verschuuren, MSPT, Kerndocent Coördinator curriculum en evaluatie SOMT Masteropleiding Bekkenfysiotherapie, Amersfoort en bekkenfysiotherapeut, Medisch Spectrum Twente, Enschede.
- V Ineke de Gee-de Ridder, MSPT, bekkenfysiotherapeut, Het Kruispunt, Heemskerk.
- VI Joke Groot, MSPT, bekkenfysiotherapeut, VU medisch centrum, Amsterdam; bekQ up, Amsterdam; Centrum voor Bekken- en Bekkenbodempzorg HAGEMAN, Heemstede.
- VII Marijke Slieker-ten Hove, PhD, MA, bekkenfysiotherapeut Erasmus MC Rotterdam, ProFundum Instituut Dordrecht.
- VIII Erik Hendriks, fysiotherapeut/gezondheidswetenschapper, epidemioloog, programmaleider Richtlijnen Fysiotherapie, Centre for Evidence Based Physiotherapy (CEBP) en Vakgroep Epidemiologie Universiteit Maastricht, Maastricht.

mechanisme. Het eerste is het urethraal sluitingsmechanisme. Het extrinsieke mechanisme is de functie van de bekkenbodempier. De bekkenbodempier werkt ondersteunend. Bij disfunctie van een van beide of allebei deze mechanismen kan SUI ontstaan.

Aan het intrinsieke sluitingsmechanisme wordt bijgedragen door de tunica mucosa, de tunica spongiosa en de tunica muscularis. Etiologische factoren voor het ontstaan van disfunctie van dit mechanisme zijn atrofie van de tunica mucosa en de tunica spongiosa (bijvoorbeeld postmenopauzaal) of een gestoorde functie van de tunica muscularis (bijvoorbeeld als gevolg van een katheterisatie). Oestrogeendeficiëntie kan leiden tot verlies van steunweefsel rondom de urethra, waardoor de afsluitende werking van dat weefsel vermindert.

Etiologische factoren voor het ontstaan van een disfunctie van het ondersteunend extrinsiek mechanisme zijn onder andere: zwakte van de bekkenbodempieren en de ligamenten (deels aangeboren, of veroorzaakt of verergerd door zwangerschap en/of vaginale bevalling), vacuüm- of forcepsextractie, episiotomie en/of pudendusblokkade en een hoge leeftijd van de moeder ten tijde van de eerste bevalling. Ook het aantal bevallingen speelt een rol – het risico op het ontstaan van SUI wordt groter bij meer dan 3 bevallingen – evenals een prolaps. Overgewicht ( $25 \leq \text{BMI} < 30$ ), vooral pathologisch overgewicht ( $\text{BMI} \geq 30$ ) en urineweginfecties vergroten het risico op SUI. Ook neemt dit risico toe met het stijgen van de leeftijd, met een piek op een leeftijd van 45-50 jaar. Na de menopauze neemt het risico weer wat af.

Bij de man is SUI vrijwel uitsluitend het gevolg van sfincterdefecten door een trauma of na operatief ingrijpen (transurethrale resectie van de prostaat of radicale prostatectomie).

#### A.6 Prognose

Veel van de etiologische factoren die het risico op het ontstaan van SUI vergroten, hebben ook invloed op het al dan niet voortbestaan van de incontinentie. Zwangerschapsgelateerde factoren zoals het aantal zwangerschappen, of bevallingsgerelateerde factoren zoals een lange uitdrijving of een perineumruptuur, verminderen de kans op spontaan herstel en op herstel bij fysiotherapeutische behandeling. Ook een ernstige prolaps (POP-Q-stadium 3 of 4) kan de kans op herstel aanzienlijk verminderen.

Negatieve voorspellers voor herstel van de SUI zijn overgewicht, de aanwezigheid van andere ziekten of aandoeningen, zoals diabetes mellitus (kans op neuropathie), hart-vaatliden, psychische overbelasting en een door patiënten zelf ervaren geringe fysieke belastbaarheid. Indien een patiënt eerder voor SUI door een (bekken)fysiotherapeut is behandeld met een ongunstig resultaat, of wanneer de actuele SUI zeer ernstig is, is de kans klein dat fysiotherapie leidt tot een gunstig behandelresultaat. Patiënten met een hoger opleidingsniveau hebben een grotere kans op herstel.

#### A.7 Verwijzing versus Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)

De verwijzing naar de (bekken)fysiotherapeut gebeurt in Nederland schriftelijk, door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist (onder andere een uroloog of een gynaecoloog). Patiënten melden zich ook rechtstreeks bij de (bekken)fysiotherapeut, soms op advies van een verloskundige of een overgangsconsulent. In overleg met en met toestemming van de patiënt wordt in verwijzende en terugverwijzende zin samengewerkt met de huisarts of de specialist.

#### A.7.1 Verwijzing

Indien de patiënt zich met een verwijzing van een arts bij de (bekken)fysiotherapeut aanmeldt, dient de schriftelijke verwijzing ten minste de volgende gegevens te bevatten:

- datum verwijzing en personalia van de patiënt (geboortedatum, geslacht, adres, verzekering, burgerservicenummer [BSN]);
- (waarschijnlijkheids)diagnose SUI, de ernst van het urineverlies en de beleving van dit urineverlies;
- diagnostische bevindingen: of de patiënt de bekkenbodempier, al dan niet bewust, kan aanspannen dan wel ontspannen en een indicatie van het functioneren van de bekkenbodempier;
- contra-indicaties voor het inwendig onderzoek ter vaststelling van de functie van de bekkenbodempier;
- de aanwezigheid en gradering van een prolaps en of andere urogynaecologische relevante problematiek in het kleine bekken;
- de gegevens van het mictiedagboek;
- eventuele eerdere interventies;
- mogelijke (oorzakelijke) (etiologische) en prognostische factoren (bijvoorbeeld een ruptuur na een vaginale bevalling, een beschadiging van de nervus (n.) pudendus, diabetes mellitus, psychische gesteldheid, eerdere urogynaecologische operaties enzovoort);
- medicijngebruik (geneesmiddelen die in relatie staan met de incontinentie en die de behandeling kunnen beïnvloeden).

Het gaat hierbij om mogelijk oorzakelijke factoren voor het ontstaan van de SUI en factoren die voorspellend zijn voor een ongunstig beloop ervan.

Indien noodzakelijke medische gegevens ontbreken moet, in overleg met de patiënt, contact worden opgenomen met de huisarts of de medisch specialist.

Omdat er sprake is van een verwijzing, is aparte screening niet noodzakelijk en kan worden begonnen met het diagnostisch proces. Wel moet de (bekken)fysiotherapeut gedurende het diagnostisch en therapeutisch proces alert blijven op (alarm)signalen waarvoor eventueel contact met de verwijzer nodig is.

#### A.7.2 Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)

In het kader van de DTF die met ingang van 1 januari 2006 wettelijk mogelijk is, is het screeningsproces aan het fysiotherapeutisch methodisch handelen toegevoegd. Het screeningsproces bestaat uit 4 onderdelen: aanmelding, inventarisatie van de hulpvraag, screening op pluis/niet-pluis en informeren en adviseren over de bevindingen van het screeningsproces.

Bij screenen wordt door middel van het stellen van gerichte vragen, het afnemen van tests of door het verrichten van andere diagnostische verrichtingen, binnen een beperkte tijd vastgesteld of er al dan niet sprake is van een binnen het competentiegebied van de individuele fysiotherapeut vallend gezondheidsprobleem, vastgesteld op basis van een patroon van tekens (verschijnselen) en symptomen.

#### Aanmelding

Indien de patiënt gebruikmaakt van de directe toegankelijkheid, vraagt de (bekken)fysiotherapeut naar benodigde (medische) gegevens, zoals medicatiegebruik, andere pathologie of eerdere operaties. Indien de door de patiënt verstrekte gegevens niet vol-

doende of onvoldoende duidelijk zijn, is het de verantwoordelijkheid van de individuele fysiotherapeut om (met toestemming van de patiënt) contact op te nemen met de huisarts of specialist, met het verzoek aanvullende informatie te verstrekken.

#### **Inventarisatie van de hulpvraag**

Bij de inventarisatie van de hulpvraag van de patiënt is het van belang de belangrijkste klachten, het beloop van de klachten en de doelstelling van de behandeling te achterhalen.

#### **Screening pluis/niet-pluis**

Op basis van leeftijd, geslacht, incidentie, prevalentie, gegevens over ontstaanswijze, symptomen en verschijnselen moet de fysiotherapeut kunnen inschatten of symptomen en verschijnselen 'pluis' of 'niet-pluis' zijn, om te kunnen besluiten of verder fysiotherapeutisch onderzoek zonder tussenkomst van een arts is geïndiceerd. Bij de screening is de (bekken)fysiotherapeut alert op patroonherkenning en op het identificeren van eventuele aanwezige rode vlaggen (alarmsignalen).

#### **Rode vlaggen bij stress urine-incontinentie**

- geen enkele verklaring voor de incontinentie
- pijn bij het plassen
- bloedverlies
- ontstekingsverschijnselen
- infecties
- koorts
- (nachtelijk) transpireren
- tekenen van algemene malaise
- ernstig gewichtsverlies

#### **Symptomen van SUI**

- urineverlies bij intra-abdominale drukverhogende momenten zonder gevoelens van aandrang en zonder pijn

#### **Informereren en adviseren**

Aan het einde van het screeningsproces wordt de patiënt geïnformeerd over de bevindingen. Indien de bevindingen 'niet-pluis' zijn, krijgt de patiënt het advies contact op te nemen met de huisarts. Dat is het geval wanneer het patroon van symptomen en tekens onbekend is voor de individuele (bekken)fysiotherapeut, of wanneer er een of meerdere symptomen afwijken van het patroon van SUI, het beloop afwijkend is of wanneer er een of meerdere alarmsignalen aanwezig zijn. Indien de bevindingen wel 'pluis' zijn (conclusie: patroon is dat van SUI), wordt de patiënt hierover geïnformeerd. Indien er sprake is van zuivere SUI zonder aanwijzingen voor rode vlaggen is het niet noodzakelijk contact op te nemen met de huisarts en kan worden gestart met verdere diagnostiek.

## **B Diagnostisch proces**

Het doel van het fysiotherapeutisch diagnostisch proces is een indruk te verkrijgen van de aard, de ernst en de mate van beïnvloedbaarheid van het gezondheidsprobleem. Tijdens het diagnostisch proces worden de gezondheidsproblemen beschreven in termen van stoornissen in anatomische eigenschappen en functies, beperkingen in activiteiten en problemen met participatie en

worden relevante persoonsgebonden factoren en externe factoren in kaart gebracht.

Het vastleggen van het probleem op deze manier geeft de mogelijkheid veranderingen in de tijd aan te tonen en geeft de mogelijkheid om de gegevens als evaluatie-instrument te gebruiken, teneinde het effect van het fysiotherapeutisch zorgverleningsproces te meten.

De termen 'stoornis', 'beperking in activiteiten' en 'participatieproblemen' geven echter geen informatie over de aard van de onderliggende aandoening en/of het ziekteproces dat voor SUI verantwoordelijk is en de mogelijke beïnvloedbaarheid hiervan. Door middel van het fysiotherapeutisch diagnostisch proces moet de (bekken)fysiotherapeut daarom ook gegevens verzamelen die het mogelijk maken om uitspraken te doen over de aard en beïnvloedbaarheid van de factoren die voor het ontstaan van de SUI verantwoordelijk zijn.

Daarvoor is een analyse nodig van de ontstaanswijze en een inventarisatie van de etiologische factoren en de mate van beïnvloedbaarheid van de SUI op basis van prognostische factoren. De benodigde gegevens ten behoeve daarvan worden verkregen uit de anamnese, de zelfrapportage door de patiënt, vragenlijsten, mictiedagboekjes en het lichamelijk onderzoek dat de (bekken-)fysiotherapeut zal verrichten. Het wordt aanbevolen om bij de gegevensverzameling gebruik te maken van gestandaardiseerde vragenlijsten, zoals de PRAFAB-vragenlijst.

Op basis van de hulpvraag van de patiënt en de gegevens die zijn verzameld tijdens de (aanvullende) anamnese en het (aanvullend) fysiotherapeutisch onderzoek formuleert de (bekken)fysiotherapeut in de analysefase de fysiotherapeutische diagnose. Op basis daarvan bepaalt de (bekken)fysiotherapeut of er een indicatie is voor fysiotherapeutische behandeling en of de patiënt volgens de richtlijn kan worden behandeld. Het behandelplan stelt de (bekken)fysiotherapeut op in overleg met de patiënt.

Op basis van inzicht in de aard, de ernst en de mate van beïnvloedbaarheid van het gezondheidsprobleem kunnen de prognose en de doelstellingen van fysiotherapie bij een individuele patiënt worden geformuleerd in termen van het reduceren van stoornis(sen), beperking(en) in activiteiten en participatieproblemen, ofwel het verbeteren van functies, activiteiten en participatie.

### **B.1 (Aanvullende) anamnese**

Tijdens de anamnese worden de gegevens uit de stap aanmelding/verwijzing, dan wel het screeningsproces, verhelderd en aangevuld.

De vragen zijn gericht op:

1. Bevestiging van het type incontinentie (is er sprake van stress urine-incontinentie? Zie box 1.
2. Het in kaart brengen van de ernst van het gezondheidsprobleem door het inventariseren van de stoornis(sen) (bijvoorbeeld urineverlies tijdens hoesten), beperking(en) (bijvoorbeeld hygiëne) en participatieproblemen (bijvoorbeeld sociaal isolement). Zie box 2.
3. Het in kaart brengen van de mogelijke aard van de onderliggende aandoening met behulp van een inventarisatie van de mogelijke oorzakelijke, dan wel risicofactoren (bijvoorbeeld het verloop van bevallingen). Zie box 3.
4. Het in kaart brengen van factoren die op lokaal niveau, in prognostische zin belemmerend kunnen werken voor herstel- en aanpassingsprocessen (bijvoorbeeld uterusprolaps). Zie box 4.



5. Het in kaart brengen van andere factoren die, in prognostische zin, belemmerend kunnen werken voor herstel- en aanpassingsprocessen (bijvoorbeeld overgewicht). Zie box 5.
6. Persoonlijke gegevens (bijvoorbeeld wat de patiënt tot nu toe zelf aan het probleem heeft gedaan). Zie box 6.

#### Box 1. De 3IQ-test

1. Hebt u de afgelopen 3 maanden onvrijwillig urineverlies gehad (al is het een kleine hoeveelheid)?  
Ja (ga verder met vraag 2 en 3), of nee (de vragenlijst is afgerond).
2. Hebt u de afgelopen 3 maanden onvrijwillig urineverlies gehad? (a, b én c nagaan)
  - a. bij fysieke activiteit, zoals hoesten, niezen, tillen, of lichamelijke inspanning
  - b. bij onhoudbare aandrang of het gevoel de blaas te moeten ledigen waardoor u het toilet niet op tijd haalde
  - c. zonder fysieke activiteit en zonder het gevoel van onhoudbare aandrang
3. Wanneer trad de afgelopen 3 maanden onvrijwillig urineverlies het vaakst op? (1 antwoord)
  - a. bij het uitvoeren van fysieke activiteit, zoals hoesten, niezen, tillen, of lichamelijke inspanning
  - b. bij onhoudbare aandrang of het gevoel de blaas te moeten ledigen waardoor u het toilet niet op tijd haalde
  - c. zonder fysieke activiteit en zonder het gevoel van onhoudbare aandrang
  - d. ongeveer even vaak bij fysieke activiteit als bij het gevoel van onhoudbare aandrang

Het type urine-incontinentie wordt gebaseerd op het antwoord op vraag 3:

- a. het vaakst bij fysieke activiteit → stress of dominante SUI
- b. het vaakst bij onhoudbare aandrang → urgency of dominant urgency urine-incontinentie
- c. zonder fysieke activiteit en zonder onhoudbare aandrang → andere oorzaak
- d. ongeveer even vaak bij fysieke activiteit als bij onhoudbare aandrang → gemengde urine-incontinentie

#### Box 2. In kaart brengen van de ernst en het beloop van de urine-incontinentie (inclusief hulpmiddelen)

- de hoeveelheid urineverlies per keer (straal +++, scheutjes ++, druppels +)
- de frequentie van het urineverlies (1 of meerdere keren per week/dag)
- op welk tijdstip van de dag er urineverlies optreedt ('s morgens, 's middags, 's avonds of 's nachts)
- of er opvangmateriaal wordt gebruikt (hoe vaak wordt per dag gewisseld, wordt er mini, midi of maxi gebruikt)
- de frequentie van toiletbezoek en de reden ervan (angst voor verlies, toename mictiefrequentie)

- de eventuele consequenties van het urineverlies voor het dagelijks leven (werk, sport, huishoudelijke activiteiten, gezinsleven, sociaal leven en seksualiteit)
- de toilethouding en het -gedrag (uitgangshouding tijdens plassen, of de tijd wordt genomen, of er wordt geperst enzovoort)

Het verdient aanbeveling om de patiënt bij de anamnese standaard de PRAFAB-vragenlijst in te laten vullen.

#### Box 3. In kaart brengen van de mogelijke aard van de onderliggende aandoening met behulp van een inventarisatie van de etiologische factoren

- het moment van ontstaan en beloop van de klachten (tijdens zwangerschap, na de bevalling, na een prolaps, na een operatie, postmenopauzaal, ...)
- het aantal bevallingen en het verloop van de bevalling (lang of juist kort moeten persen, zwaarte van het kind, grootte/diameter van het hoofd van de baby, tang- of vacuümverlossing, ingescheurd, sectio caesarea)
- operaties in het buik/bekkengebied (vaginale of abdominale uterusextirpatie, sling- of suspensie-operaties, voor- en achterwandplastieken, prostaatoperatie, sfincteroperatie), hernia nuclei pulposi- operatie, mogelijke denervatieproblemen
- trauma's
- congenitale aandoeningen

#### Box 4. In kaart brengen van (prognostische) factoren die op lokaal niveau belemmerend kunnen zijn voor herstel- en aanpassingsprocessen

- last van obstipatie
- klachten voor/tijdens of na de menstruatie
- gebruik van plastabletten
- of de arts vaginale wanddefecten / een urogenitale prolaps heeft geconstateerd

#### Box 5. In kaart brengen van overige prognostische factoren die belemmerend kunnen werken op herstel- en aanpassingsprocessen

- eventueel overgewicht ( $25 \leq \text{BMI} < 30$ ) (BMI = gewicht in kilogram/kwadraat van de lichaamslengte in meters) of pathologisch overgewicht (obesitas  $\text{BMI} \geq 30$ )
- andere aandoeningen en/of klachten (hart- en vaatziekten, neurologische aandoeningen, rug-, bekken- en/of heupklachten, diabetes, COPD)
- seksuele problematiek
- gebruik van medicijnen (psychofarmaca, sympathicomimetica/-lytica, parasympathicomimetica of parasymphicolitica of oestrogenen)



**Box 6. In kaart brengen van persoonlijke factoren**

- wijze van omgaan met de klachten, inzicht, indrukken, angsten, 'illness beliefs' (de ideeën en opvattingen van de betrokken patiënt waar het gaat om de incontinentie zelf, om de oorzaken, de mogelijke consequenties, de kans op herstel, wat je er zelf aan kunt doen en welke bijdrage van andere hulpverleners is te verwachten)
- diagnostiek en behandeling die de patiënt tot nu toe heeft gehad
- gebruik van incontinentiemateriaal
- gebruik van medicatie gerelateerd aan de incontinentie
- de doelstellingen en verwachtingen van de patiënt

De (bekken)fysiotherapeut maakt een inschatting van de te volgen strategie voor onderzoek en voor (eventuele) fysiotherapeutische interventie(s) met behulp van de gegevens uit de anamnese, aangevuld met de gegevens van de verwijzer, informeert de patiënt hierover en bespreekt de mogelijke alternatieven.

Als het gaat om 'bijzondere' handelingen is dit het moment om de patiënt (schriftelijk) te informeren over de aard van de mogelijke onderzoek- en behandelmethoden. Op grond van deze informatie kan de patiënt dan een weloverwogen keuze maken ten aanzien van het vervolg van het onderzoek en de behandeling bij een tweede zitting. Aanbevolen wordt om de van de patiënt verkregen toestemming om bijzondere handelingen te verrichten, schriftelijk vast te leggen in de vorm van een informed consent.

Leidraad voor het diagnostisch en therapeutisch handelen is de in 2005 uitgegeven *Richtlijn voor hygiënisch werken in het bekkenbodemgebied* van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapeuten bij Bekkenproblemen en pre- en postpartum gezondheidszorg (NVFB).

**B.2 (Aanvullend) lichamenlijk onderzoek**

De ernst van de SUI is niet alleen afhankelijk van de conditie van de bekkenbodemp. Deze wordt mede beïnvloed door de ademhaling, de manier van bewegen en de algemene lichamenlijke en psychische gesteldheid. Het is daarom van belang de patiënt zowel lokaal (buik-/bekkenregio) als in totaliteit te onderzoeken.

Niet alle fysiotherapeuten zijn bevoegd om inwendig te onderzoeken en te behandelen bij patiënten met bekkenbodemp. Het verrichten van inwendig onderzoek of het inwendig behandelen van de genito-anale regio wordt dan ook in de richtlijn steeds specifiek aangegeven.

Het lichamenlijk onderzoek bestaat uit inspectie in rust en in beweging, palpatie en functieonderzoek en heeft de volgende doelstellingen:

- vaststellen van de mate van bewuste controle over de bekkenbodemp;
- vaststellen van de functie van de bekkenbodemp. musculatuur;
- vaststellen of en de mate waarin andere delen van het bewegingsapparaat belemmerend werken op de functie van de bekkenbodemp. musculatuur ;
- vaststellen van eventuele lokale en andere (algemene) prognostisch ongunstige factoren.

**B.2.1 Inspectie****Inspectie in rust**

Algemeen:

- algemene indruk;
- houding in stand en zit (onder andere vanwege de urethrale hoek en anorectale hoek en de buikdruk);
- de wijze van ademhalen (adempatroon en stemgedrag).

Lokaal/regionaal:

- observatie van de buik- en bekkenregio;
- lokaal onderzoek van de genito-anale regio.

Het aanvullend onderzoek 'Inspectie in rust' staat in box 7.

**Box 7. Aanvullend onderzoek 'Inspectie in rust'**

Uitgangshouding van de patiënt: rugligging, knieën gebogen en gespreid (steensnedeligging).

De bekkenfysiotherapeut draagt hierbij handschoenen en neemt de hygiënische aspecten in acht.

**Inspectie bovenste gedeelte dijbenen, huid perineale regio en buitenste schaamlippen**

Let op huidirritaties (duidt vaak op bijna voortdurend nat zijn of gebruik van ongeschikt opvangmateriaal!).

**Inspectie perineum, ingang en distaal gedeelte van de vagina**

Hiertoe dienen de buitenste en binnenste schaamlippen gespreid te worden. Men kan hierbij gel of lauw water gebruiken.

- Beschouw het perineum, registreer eventuele ruptuur of littekens als gevolg van de knip of atrofie van de bekkenbodemp. musculatuur.
- Registreer de uitgang van de urethra.
- Bekijk de ingang van de vagina.
- Let op eventuele vaginitis (rood, droog in plaats van roze, vochtig), eventuele witte vloed (schimmelinfectie uitsluiten).

**Inspectie van de vagina**

Let op de aanwezigheid van:

- vaginaal voorwand- of achterwanddefect, prolaps van de baarmoeder (neem de POP-Q af).

**Inspectie van de anus**

Let op de aanwezigheid van:

- hemorroïden;
- fissuren.

**Inspectie tijdens bewegen**

Algemeen:

- mobiliteit en tonus (wervelkolom, buik- en bekkenregio);
- bewegingspatronen.

Lokaal en regionaal:

- inspecteer en/of observeer de buik-, bil- en beenmusculatuur.

Het aanvullend onderzoek 'Inspectie tijdens bewegen' staat in box 8.

### Box 8. Aanvullend onderzoek 'Inspectie tijdens bewegen'

#### *Inspectie/observatie gedurende het aanspannen en ontspannen van de bekkenbodemspier*

Geef volgens een standaardprotocol en -procedure een korte voorlichting over (de noodzaak van) het aanvullend inwendig onderzoek en instructie hoe de bekkenbodem moet worden aangespannen ('aanspannen en gelijktijdig in- en optrekken van de bekkenbodemspieren', i.e., contractie en elevatie bekkenbodem) en geef vervolgens de patiënt de opdracht om de bekkenbodemspieren aan te spannen en te ontspannen. Geef de patiënt ruim de gelegenheid (bijvoorbeeld 3 keer oefenen) om tot een bewuste, willekeurige bekkenbodemcontractie te komen alvorens deze bevinding in maat en getal vast te stellen. Ook de uitgangshouding, de omstandigheden en het tijdstip van het onderzoek moeten worden vastgelegd.

Vraag de patiënt de bekkenbodemspieren zo goed mogelijk aan te spannen en zo nodig te doen alsof men een windje probeert tegen te houden.

Vastgelegd wordt:

- of er een beweging zichtbaar is bij het bewust aanspannen, of de beweging inwaarts is gericht, naar craniaal en ventraal, of dat de beweging neerwaarts is gericht; bij bewuste aanspannen is sprake van een normaal 'rimpelen en intrekken' van de vaginale entree, anale sfincter en perineaalstreek; een neerwaartse beweging van het perineum is niet functioneel;
- of er bij het bewust aanspannen cocontracties zichtbaar zijn in spieren die niet tot de bekkenbodem behoren.

Vraag de patiënt na het aanspannen van de bekkenbodemspieren het aanspannen weer los te laten.

Vastgelegd wordt:

- of het loslaten zichtbaar is.

#### *Inspectie/observatie gedurende het hoesten*

Vraag de patiënt voldoende sterk te hoesten.

Vastgelegd wordt:

- of er bij het hoesten er een beweging zichtbaar is, of de beweging inwaarts is gericht, naar craniaal en ventraal, of dat de beweging neerwaarts is gericht; bij hoesten hoort de bekkenbodem door een onbewust onwillekeurig aanspannen van de bekkenbodem niet naar caudaal te bewegen, een kleine beweging naar ventraal wordt nog als normaal gezien; is de onbewust onwillekeurige contractie disfunctioneel, dan ziet men een daling van het perineum en/of gapen en/of uitstulpen van vaginale entree (eventueel prolaps) en/of urineverlies.

Vraag de patiënt het hoesten te herhalen, maar nu met de instructie eerst de bekkenbodem bewust aan te spannen. Beoordeel of er een zichtbaar verschil is tussen test 1 en 2.

#### *Inspectie/observatie gedurende het persen (onbewust, onwillekeurig ontspannen)*

Vraag de patiënt flink te persen.

Vastgelegd wordt:

- of er bij het persen een beweging zichtbaar is, en of deze beweging inwaarts is gericht, naar craniaal en ventraal, of dat de beweging neerwaarts is gericht naar caudaal; bij persen is een onbewust onwillekeurig ontspannen van de bekkenbodem normaal en is een beweging te zien van het perineum naar caudaal.

### B.2.2 Functieonderzoek

#### *Funcieonderzoek van bekkenbodemspier met (in)directe palpatie*

De procedure en de beoordeling hierbij is hetzelfde als bij het aanvullend onderzoek en de inspectie tijdens bewegen, met dit verschil dat de bewegingen van het perineum door de fysiotherapeut worden geobserveerd door middel van indirecte palpatie. De uitgangshouding van de patiënt is in kortligging met het ondergoed aan. De fysiotherapeut legt een hand tegen de bilspleet van de patiënt ter hoogte van de anus en een hand op de onderbuik, met de duim ter hoogte van het schaambeentje en vraagt de patiënt achtereenvolgens:

- a. de bekkenbodemspieren bewust aan te spannen;
- b. de bekkenbodemspieren weer los te laten;
- c. te hoesten;
- d. de bekkenbodemspieren bewust aan te spannen en dan te hoesten;
- e. flink te persen.

Het aanvullend functieonderzoek staat in box 9.

### Box 9. Aanvullend inwendig onderzoek/functieonderzoek van de bekkenbodemspier met directe 'palpatie'

Palpatie van de bekkenbodem kan bij de vrouw vaginaal of anal worden uitgevoerd, bij de man uiteraard slechts anal.

Uitgangshouding van de patiënt bij vaginale palpatie: rugligging, met de knieën gebogen en gespreid (steensnedeliggig). De bekkenfysiotherapeut beoordeelt:

- de vagina-entree, tonus en toegankelijkheid;
- de tonus van musculus (m.) levator ani en diafragma urogenitale;
- littekens;
- de proprioceptie;
- de sensibiteit links/rechts;
- pijn ventraal links/rechts;
- pijn dorsaal links/rechts;
- pijn triggerpoints links/rechts;
- atrofie van de m. levator ani;
- de aanwezigheid van een vaginaal defect in achterwand/voorwand;
- of de patiënte een pessarium draagt.

Uitgangshouding van de patiënt bij anale palpatie: op de linkerzijde met de benen opgetrokken.

De bekkenfysiotherapeut beoordeelt:

- de rusttonus van de anus;
- de gradatie in deficiëntie van de anus;
- aanwezigheid van vaginale achterwanddefect.

Palpatie wordt ook toegepast om vast te stellen of tijdens bewust aanspannen en ontspannen, bij hoesten en bij persen het aanspannen en ontspannen van de bekkenbodemspieren op een adequate wijze gebeurt.

Vraag de patiënt de bekkenbodemspieren zo goed mogelijk aan te spannen en zo nodig te doen alsof men een windje probeert tegen te houden.

Adequate contractie wordt door de bekkenfysiotherapeut ervaren tijdens intravaginale/anale palpatie als vaginaal/anaal knijpen rondom de wijsvinger van de bekkenfysiotherapeut, waarbij door de contractie de palperende vinger verder naar binnen wordt getrokken (contractie met gelijktijdige elevatie).

Er wordt vastgelegd:

- of er tijdens het bewust willekeurig aanspannen van de bekkenbodemspieren een blaashalslift aanwezig is;
- of er sluiting plaatsvindt van de diastase van de levatorplaten.

Vraag de patiënt de bekkenbodemspieren zo krachtig mogelijk aan te spannen en op te trekken (3 keer, 10 seconden rust).

Als gemiddelde van 3 keer aanspannen wordt vastgelegd:

- wat de beoordeling is van de contractie in termen van afwezig, zwak, normaal en sterk;
- of er een asymmetrie is waar te nemen in zijwaartse en voorachterwaartse richting.

Vraag de patiënt de bekkenbodemspieren op 50% van de maximale kracht aan te spannen en op te trekken en zo lang mogelijk vast te houden (3 keer, 10 seconden rust) (duurkracht).

Als gemiddelde van 3 keer aanspannen wordt vastgelegd:

- wat de gemiddelde tijd is in seconden dat de patiënt de contractie kan volhouden.

Vraag de patiënt de bekkenbodemspieren 10 keer kort maar krachtig aan te spannen (snelkracht).

Vastgelegd wordt:

- het aantal malen dat de patiënt deze korte contractie krachtig kan uitvoeren;
- de beoordeling van de spierkracht in termen van afwezig, zwak, normaal en sterk;
- of het aanspannen van de bekkenbodemspieren gebeurt zonder bovenmatige aanspanning van andere musculatuur.

Vraag na het aanspannen om de bekkenbodemspieren zo volledig mogelijk te ontspannen.

Vastgelegd wordt:

- of de ontspanning voelbaar is;
- de beoordeling ervan in termen van afwezig, gedeeltelijk of volledig.

Vraag de patiënt voldoende sterk te hoesten.

Er wordt vastgelegd:

- of bij het hoesten een onbewust onwillekeurig aanspannen voelbaar is;
- of de beweging inwaarts is gericht, naar craniaal en ventraal, of dat de beweging neerwaarts is gericht; bij hoesten hoort de bekkenbodem door een onbewust onwillekeurig aanspannen van de bekkenbodem niet naar caudaal te bewegen; een kleine beweging naar ventraal wordt nog als normaal gezien; is de onbewust onwillekeurige contractie disfunctioneel, dan voelt men een daling van het perineum;
- of er urineverlies optreedt.

Vraag de patiënt eens flink te persen.

Er wordt vastgelegd:

- of bij het persen een ontspanning van de bekkenbodem voelbaar is;
- of de beweging van de bekkenbodem neerwaarts is gericht naar caudaal; bij persen is een onbewust onwillekeurig ontspannen van de bekkenbodem normaal en is een beweging te zien van het perineum naar caudaal;
- of de patiënt bij persen juist de bekkenbodemspieren aanspant (paradoxaal).

#### ***Kracht van de bekkenbodemusculatuur met (in)directe palpatie***

Uitgangshouding van de patiënt: in kortligging met het ondergoed aan. De test verloopt als volgt:

De fysiotherapeut vraagt aan de patiënt de bekkenbodem aan te spannen, palpeert en kan via de onderbuik voelen of er trek ontstaat op de fascia die de bekkenbodem met de onderste buikspieren verbindt. Bij aanspannen van de bekkenbodem trekt tevens de bilspleet in en trekt het perineum op. Indien dit niet het geval is, is er sprake van een bekkenbodemdysfunctie. De fysiotherapeut observeert hoe de patiënt bij deze activiteit ademt. Tijdens de test beoordeelt de fysiotherapeut de contractiekracht en de locatie van de contractie (ventraal/dorsaal, links/rechts) en of er cocontracties zijn van buik-, bil- en beenmusculatuur.

Vervolgens vraagt de fysiotherapeut feedback aan de patiënt (via proprioceptie). Op deze wijze wordt indirect de bekkenbodemusculatuur getest. De fysiotherapeut wil inzicht krijgen in:

1. de kracht;
2. het uithoudingsvermogen (volhoudtijd op 50% van maximaal);
3. het aantal herhalingen (van snelle contracties [1 seconde]).

#### ***Beoordeling van de toilethouding en het -gedrag***

Met de patiënt wordt de stand of zithouding tijdens plassen besproken en beoordeeld op adequaatheid. Door vooroverkantelen van het bekken wordt de urethra in een meer verticale positie gebracht en wordt de blaas, door het opstrekken van de romp, naar ventrocraniaal getild. Het bekkenkantelen als toiletoefening ondersteunt de realisatie van een goede toilethouding. Met anatomische platen en een model van een bekken wordt gedemonstreerd wat de bedoeling is.

Ten aanzien van het toiletgedrag wordt geïnformeerd naar de omstandigheden rond de mictie, hoe vaak mictie per 24 uur plaatsvindt, en wordt beoordeeld of de mictie in alle rust kan worden uitgevoerd. Verder of er een goede relaxatie plaatsvindt van de

bekkenbodemspieren voor het in gang zetten van de mictiereflex, en of er tijdens de mictie sprake is van onwenselijk gebruik van buikpersdruk. De richtlijnen voor toiletgedrag zijn opgenomen in bijlage 2.

**B.3 Meetinstrumenten**

Meetinstrumenten, vragenlijsten en tests objectiveren de ernst van de gezondheidsproblemen in termen van stoornissen in functies, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen en de impact van het gezondheidsprobleem op de patiënt en kunnen bovendien worden gebruikt om gedurende en na de behandeling het herstel te evalueren.

De meetinstrumenten die van toepassing kunnen zijn bij patiënten met SUI zijn op systematische wijze gekoppeld aan de gezondheidsdomeinen van de ICF. In figuur 1 staat een overzicht van de aanbevolen meetinstrumenten. Deze instrumenten kunnen worden toegepast wanneer daar in de praktijk aanleiding toe is. De optionele meetinstrumenten staan in de *Verantwoording en toelichting*. Al deze meetinstrumenten zijn beschikbaar via [www.meetinstrumentenzorg.nl](http://www.meetinstrumentenzorg.nl).

**B.3.1 De PRAFAB-vragenlijst**

De Protection Amount Frequency Adjustment Body Image (PRAFAB) 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 consequenties die het urineverlies heeft voor

iemands zelfbeeld ('body of self-image'). De PRAFAB-vragenlijst combineert hiermee belangrijke objectieve en subjectieve aspecten van de ernst van het urineverlies.

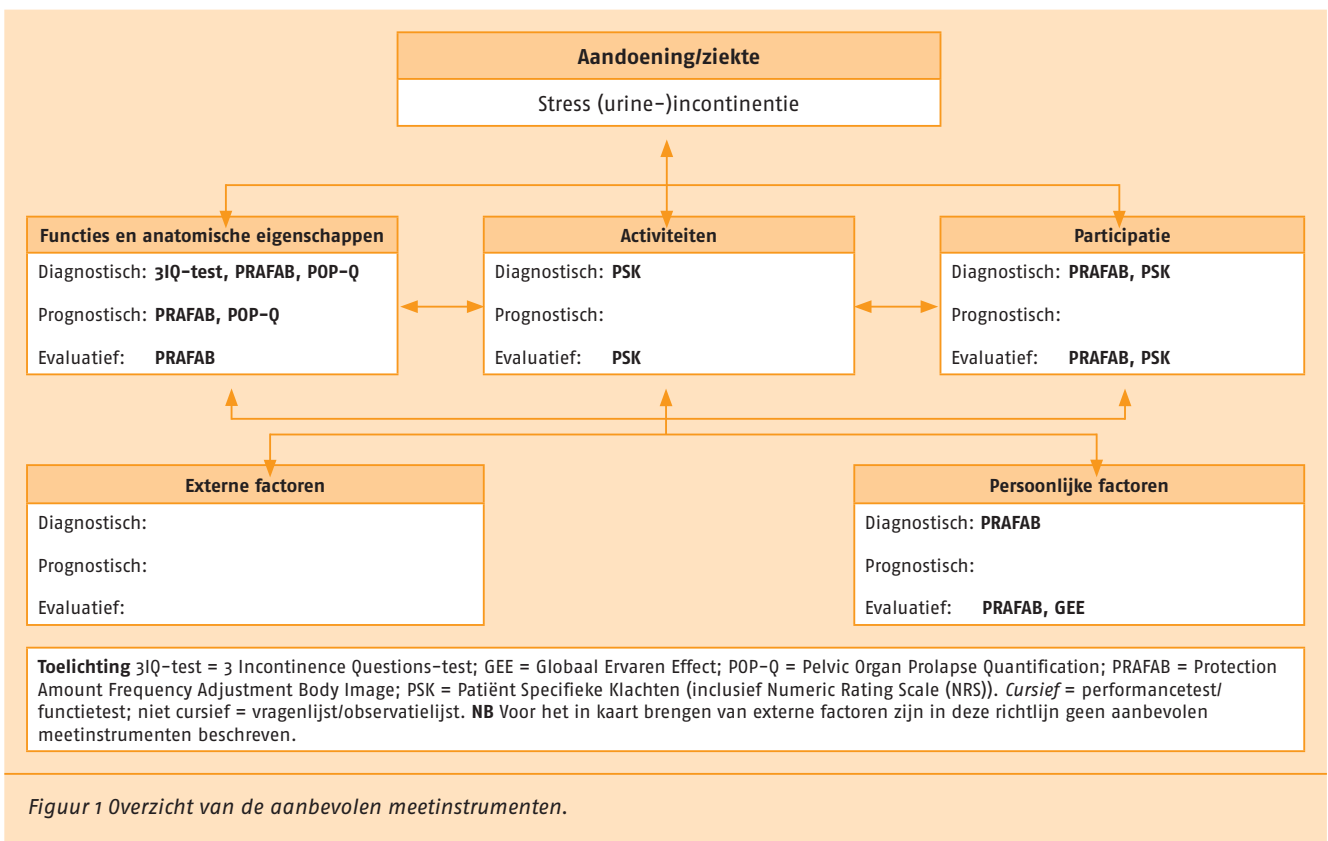
De PRAFAB-vragenlijst heeft als voordeel dat het een korte vragenlijst is, die zowel de mate van het urineverlies vastlegt als de ervaren impact van het urineverlies op de dagelijkse activiteiten en het zelfbeeld van de patiënt. Bovendien zijn hiermee op individueel niveau veranderingen in de gezondheidstoestand 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.

**B.3.2 Mictiedagboek**

Met behulp van het mictiedagboek wordt inzicht verkregen in een aantal variabelen met betrekking tot mictie, onvrijwillig urineverlies en activiteiten tijdens dit verlies.

De volgende variabelen worden structureel vastgelegd, met voorkeur voor een registratie van minimaal 3 opeenvolgende, voor de patiënt representatieve dagen (bijvoorbeeld 2 werkdagen en 1 dag in het weekend):

- tijdstip waarop wordt gedronken en de hoeveelheid drinken;
- wat er wordt gedronken;
- de mate van aandrang om te plassen;
- de omvang en het tijdstip van de mictie;
- het tijdstip waarop er urine wordt verloren en hoeveel urine dat is;
- de activiteit/activiteiten of bezigheid/bezigheden net voorafgaand aan of tijdens het verlies van de urine.



Figuur 1 Overzicht van de aanbevolen meetinstrumenten.

### B.3.3 Verbandtest

Om de ernst van het urineverlies en mate waarin dit urineverlies optreedt te objectiveren en te kwantificeren, kan een pad- of verbandtest worden uitgevoerd. Er zijn kortdurende, gestandaardiseerde padtests, waarbij gedurende 1 uur verschillende spring-, huppel-, en loopoefeningen worden gedaan ter provocatie van onvrijwillig urineverlies, en langdurende padtest waarbij gedurende 24 tot 48 uur een verband gedragen wordt in het ondergoed onder het perineum. Meteen na gebruik worden verbanden door de patiënt, met of zonder hulp van derden, in luchtdichte plastic verpakkingen gedeponneerd. De verbanden worden bij voorkeur met behulp van een geijkte, digitale weegschaal gewogen. Van het gewicht van de gebruikte verbanden wordt het gewicht van een equivalent droge verbanden afgetrokken om het gewicht van de opgevangen urine te bepalen als maat voor de ernst van het urineverlies. De 1-uursverbandtest heeft maar beperkte klinische waarde. Om die reden gaat de voorkeur uit naar de 24-uursverbandtest.

### B.3.4 Patiënt Specifieke Klachten

Om de ervaren beperkingen specifiek van deze patiënt te kunnen vaststellen, kan gebruik worden gemaakt van het meetinstrument Patiënt Specifieke Klachten (PSK). Met de PSK kan de patiënt aangeven wat de belangrijkste activiteiten zijn waarin hinder wordt ondervonden. Veranderingen in de tijd hierin weerspiegelen de veranderingen in de ervaren gezondheidstoestand en daarmee indirect de kwaliteit van leven.

### B.3.5 Globaal Ervaren Effect

De verandering in de ervaren gezondheidstoestand is ook te meten door de patiënt te vragen hoe deze het effect van de behandeling ervaart. Het effect betreft dan de mate van incontinentie na de behandeling vergeleken met de mate van incontinentie voorafgaand aan de behandeling. Het Globaal Ervaren Effect (GEE) is een eenvoudige vragenlijst waarmee de patiënt kan aangeven wat de ervaren verandering is als gevolg van de behandeling.

## B.4 Analyse

Doelstellingen van het fysiotherapeutisch diagnostisch proces zijn: inventariseren van de ernst van het gezondheidsprobleem, inzicht krijgen in de aard van de onderliggende aandoening en/of het onderliggende ziekteproces, en de mate waarin deze aandoening en/of dit ziekteproces te beïnvloeden zijn. Daarbij gaat het om de aandoening / het ziekteproces dat verantwoordelijk is voor de SUI. Het in kaart brengen van prognostische factoren die lokaal, dan wel algemeen van invloed zijn op herstel- en aanpassingsprocessen is noodzakelijk gezien de mogelijke invloed van deze factoren op het resultaat van de fysiotherapeutische interventie.

In het analyseproces wordt de indicatiestelling 'fysiotherapie' geëxpliciteerd op basis van de bevindingen uit het diagnostisch proces, aangevuld met medische verwijsgegevens. Daartoe dient de (bekken)fysiotherapeut antwoord te geven op de volgende vragen:

- Is er sprake van SUI en aan SUI gerelateerde gezondheidsproblemen?
- In welke mate is er sprake van SUI?
- Is er sprake van een disfunctie van de bekkenbodemuisculatuur?
- Wat veroorzaakt deze disfunctie?

- Zijn er op dit moment prognostische factoren die op lokaal niveau belemmerend kunnen werken op herstel- en/of aanpassingsprocessen en zijn deze lokale 'belemmerende' factoren beïnvloedbaar door fysiotherapie?
- Zijn er op dit moment prognostische factoren die in algemene zin belemmerend kunnen werken op herstel- en/of aanpassingsprocessen en zijn deze algemene 'belemmerende' factoren beïnvloedbaar door fysiotherapie?

## B.5 Genereren van conclusies uit het diagnostisch proces

De ernst van de SUI is wel van belang voor de prognose en de evaluatie van het effect van de interventie, maar heeft geen implicaties voor de behandelstrategie.

Bij de meeste vrouwelijke patiënten met de diagnose SUI is er na het diagnostisch proces nog een mate van onzekerheid over de aard van de onderliggende aandoening. Daarom is er op voorhand geen absolute uitspraak te doen over of en in welke mate de SUI door fysiotherapie is te beïnvloeden. De behandeling moet dan ook als een 'diagnostische' behandeling worden beschouwd. Er kan alleen iets worden gezegd over mogelijke beïnvloedbaarheid van de incontinentie op basis van veronderstelde prognostische factoren.

De oorzakelijke factor van SUI bij mannen is meestal niet een disfunctie van de bekkenbodemuisculatuur, maar is vrijwel uitsluitend het gevolg van sfincterdefecten door een trauma of na operatief ingrijpen (transurethrale resectie van de prostaat of radicale prostatectomie). In dat geval kan echter een disfunctie van de bekkenbodemuisculatuur een beperkende factor zijn voor het compenseren van de sfincterinsufficiëntie. Het kan dan ook voorkomen dat de patiënt geen bewuste controle heeft over de bekkenbodemuisculatuur en niet weet hoe hij de bekkenbodemuisculatuur moet aanspannen. Het bewust kunnen aanspannen en ontspannen is wel een voorwaarde bij oefenen van de bekkenbodemuisculatuur. Disfunctie van de bekkenbodemuisculatuur wordt echter wel eens gezien bij de wat oudere man, vanwege een beschadiging van de spier- en/of zenuwvezels in het bekkenbodemuisculatuurgebied, bijvoorbeeld na een trauma of na bestraling. Het komt ook voor dat er een overmaat aan spanning in de bekkenbodemuisculatuur wordt gegenereerd om urineverlies te voorkomen. Dit komt zowel bij mannen als bij vrouwen voor.

Rekening houdend met de hiervoor beschreven prognostische factoren zijn de volgende probleemgebieden te onderscheiden:

- SUI met disfunctie van de bekkenbodemuisculatuur:
  - De patiënt kan de bekkenbodemuisculatuur niet vinden, er is geen awareness, geen contractie, geen ontspanning; er is geen effectieve onbewuste contractie van de bekkenbodemuisculatuur bij buikdrukverhoging.
  - De patiënt kan de bekkenbodemuisculatuur niet vinden, er is geen awareness, geen contractie en geen ontspanning; er is wel een onbewuste, maar niet effectieve contractie bij buikdrukverhoging.
  - De patiënt kan de bekkenbodemuisculatuur niet vinden, er is geen awareness, geen contractie en geen ontspanning; er is wel een onbewuste effectieve contractie bij buikdrukverhoging.
  - Er is een meetbare te hoge spanning van de bekkenbodemuisculatuur die niet op commando kan worden verlaagd (met of zonder bewuste aanspanning en met of zonder effectieve onbewuste contractie bij buikdrukverhoging).

- De patiënt kan de bekkenbodem aanspannen en ontspannen, maar heeft geen effectieve onbewuste controle over de bekkenbodem tijdens buikdrukverhoging.
- De patiënt heeft een bewuste en onbewuste controle over de bekkenbodemspieren, maar de bekkenbodemspieren zijn te zwak.
- De functie van andere delen van het bewegingsapparaat heeft een negatieve invloed op de functie van de bekkenbodemspieren, bijvoorbeeld vanuit de ademhaling, de toilethouding en het toiletgedrag.
- SUI zonder disfunctie van de bekkenbodemspieren.
- SUI plus lokale en/of andere (algemene) prognostisch ongunstige factoren die lokaal dan wel in algemene zin belemmerend kunnen werken op herstel- en/of aanpassingsprocessen en die al dan niet beïnvloedbaar zijn met behulp van fysiotherapeutische interventies.

Het is van groot belang om bij de analyse de lokale en/of andere (algemene) prognostisch ongunstige factoren te betrekken, die lokaal dan wel in algemene zin belemmerend kunnen werken op herstel- en/of aanpassingsprocessen. Indien deze factoren niet beïnvloedbaar zijn, zijn ze immers in negatieve zin medebepalend voor het mogelijke resultaat van de fysiotherapeutische interventie. Indien deze factoren wél beïnvloedbaar zijn en beïnvloedbaar zijn door fysiotherapie, moet het reduceren van de invloed van deze factoren een therapeutische doelstelling worden. Dit achterwege laten zou een kunstfout zijn.

Of en in welke mate fysiotherapie is geïndiceerd, kan niet in alle gevallen worden aangegeven. Dit komt doordat de diagnostische mogelijkheden die de (bekken)fysiotherapeut ter beschikking staan niet altijd toereikend zijn bij het inzichtelijk maken van de beïnvloedbaarheid van de onderliggende aandoening en/of het ziekteproces dat voor de SUI verantwoordelijk is. Dit geldt met name voor eventuele lokale factoren die belemmerend werken op het herstelproces. Het evalueren van het effect van fysiotherapie na zes behandelingen kan worden gezien als 'diagnostisch' instrument om de beïnvloedbaarheid te kunnen beoordelen. Bij geen verbetering van de incontinentie gemeten met de PRUFAB-vragenlijst moet de SUI als niet beïnvloedbaar worden beschouwd met fysiotherapie.

De (bekken)fysiotherapeut dient onduidelijkheden over de ernst, de aard van de aandoening en gerelateerde gezondheidsproblemen met de verwijzer te bespreken en/of de patiënt terug- of door te verwijzen voor verdere diagnostiek en/of bijstelling van het te voeren beleid.

## B.6 Behandelplan

De doelstellingen van de fysiotherapeutische behandeling bij een individuele patiënt worden geformuleerd in termen van het reduceren van stoornis(sen), beperking(en) en participatieproblemen, ofwel het verbeteren van functies, activiteiten en participatie. Op basis van de gegevens uit het diagnostisch proces worden in overleg met de patiënt de individuele behandeldoelen bepaald. Hierbij is het van belang de behandeldoelen expliciet te formuleren. Het algemene beoogde einddoel van de fysiotherapeutische behandeling is een 'zo volledig mogelijk functieherstel'. De mate van het functieherstel zal mede worden bepaald door bij de individuele patiënt geldende prognostische factoren en de mate waarin deze prognostische factoren beïnvloedbaar zijn door fysiotherapie.

Het kan zijn dat de uroloog de hulp van een (bekken)fysiotherapeut inroept voorafgaand aan een urologisch ingrijpen, om de patiënt bekkenbodemspieroefeningen (BBSO) te leren om preoperatief te oefenen, waarbij de juiste manier van aan- en ontspannen wordt geleerd, evenals een efficiënte opvang van een intra-abdominale drukverhoging. Het doen van BBSO verbetert mogelijk de conditie van de bekkenbodem, wat het postoperatieve beloop gunstig beïnvloedt. Tevens weet de patiënt op het moment dat er postoperatief geoefend mag worden hoe hij dat moet doen. Deze preoperatieve fysiotherapie kan plaatsvinden bij zowel de intramuraal werkende (bekken)fysiotherapeut als de (bekken)fysiotherapeut in de eerste lijn.

In het algemeen is het doel van de fysiotherapeutische interventie dat de patiënt de belastbaarheid (van de bekkenbodem) kan afstemmen op de belasting (pieken in de intra-abdominale druk). Afhankelijk van de mogelijke beïnvloedbaarheid van deze belastbaarheid, zullen doelstellingen voor de fysiotherapie geformuleerd kunnen worden als 'een gezondheidstoestand waarbij de stoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen die kenmerkend waren voor het individuele gezondheidsprobleem zijn opgeheven dan wel zijn gereduceerd tot een voor de patiënt aanvaardbaar niveau'.

De (bekken)fysiotherapeut wil dat de patiënt de belastbaarheid van de bekkenbodem vergroot door het trainen van de bekkenbodemspieren (functie maakt vorm); daarnaast wil de (bekken)fysiotherapeut de invloed van factoren die dit aanpassingsproces in de weg staan zo veel mogelijk elimineren. Omdat de belastbaarheid van de bekkenbodem onder ideale omstandigheden is afgestemd op de belasting moet er niet alleen worden geoefend om de belastbaarheid te vergroten, maar ook om de belastbaarheid op peil te houden ('use it or lose it'). Dit vraagt een blijvende actieve betrokkenheid van de patiënt en integratie van tijdens de therapie aangeleerde vaardigheden in het dagelijks leven, ofwel een verandering in leefstijl van de patiënt. De fysiotherapeutische interventies moeten deze gedragsverandering dan ook ondersteunen.

Daarnaast kan door het vergroten van de algemene fysieke conditie de invloed van andere ziekten en/of aandoeningen op het continentiemechanisme worden gereduceerd.

De therapie begint met het geven van uitleg en voorlichting aan de patiënt. Inzicht in de normale anatomie en fysiologie, de invloed van stress en ontspanning op de functie van de bekkenbodem en het ontstaan van de stressincontinentie, motiveert de patiënt om met de therapie te beginnen.

Op professionele wijze voorlichting geven, veronderstelt kennis van en inzicht in de manier waarop deze voorlichting moet plaatsvinden en welke factoren een positieve dan wel negatieve invloed uitoefenen op de totstandkoming van een gedragsverandering. Ook met het oog op secundaire preventie is het van belang om deze factoren te kennen en te herkennen. Bovendien moet voorlichting aansluiten bij de eigen ideeën en opvattingen van de patiënt zoals die tijdens de anamnese zijn geïnventariseerd. Voorlichting die op deze wijze is afgestemd op de individuele patiënt moet een vast onderdeel uitmaken van het behandelplan.

In het algemeen kan worden gesteld dat het oefenen van de bekkenbodemspieren, in combinatie met het geven van voorlichting aan de patiënt en deze begeleiden, de basis is van de behandeling van patiënten met SUI. Voorwaarde is dan wél dat



de patiënt bewuste controle heeft over de bekkenbodemp. Is deze controle er niet, dan moet deze eerst worden gerealiseerd.

#### **B.6.1 Behandelplan bij SUI met disfunctie van de bekkenbodemmuscultuur**

##### ***Er is geen bewuste controle over de bekkenbodemp***

De patiënt kan de bekkenbodemp niet vinden, is zich er niet van bewust en kan de bekkenbodemmuscultuur niet bewust, willekeurig aanspannen en ontspannen.

##### ***Doel***

Bewuste controle van de patiënt over de bekkenbodemp.

##### ***Therapie***

Elektrostimulatie en/of biofeedback en/of digitale 'assessment' door de (bekken)fysiotherapeut of patiënt zelf, gebruik makend van tapping, aanhaken en eventueel vibratie. Bij het bereiken van bewuste controle over de bekkenbodemp krijgen BBSO een groter accent en wordt de patiënt gestimuleerd om zelfstandig te oefenen.

Indien het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling onbevredigend is, bijvoorbeeld als gevolg van het bestaan van een niet door de (bekken)fysiotherapeut aan te tonen (centraal of perifeer) neurologisch probleem, verwijst de (bekken)fysiotherapeut de patiënt terug naar de verwijzer. Indien bij de patiënt wel bewuste controle wordt bewerkstelligd, zet de (bekken)fysiotherapeut de behandeling voort zoals hierna beschreven.

##### ***Er is geen onbewuste controle over de bekkenbodemp***

Er vindt geen onbewust, onwillekeurig aanspannen van de bekkenbodemmuscultuur plaats bij intra-abdominale drukverhoging.

##### ***Doel***

Compensatie of adaptatie.

##### ***Therapie***

Het oefenen van de 'Knack', als verankerende contractie, om qua timing de onbewust onwillekeurige contractie, bijvoorbeeld bij hoesten en tillen, te compenseren. Het inschakelen van onbewust onwillekeurig aanspannen van de bekkenbodemmuscultuur kan worden geoefend door de bekkenbodemmuscultuur te betrekken bij het stabiliseren van de romp.

##### ***Er is bewuste controle over de bekkenbodemp***

De patiënt kan de bekkenbodemp vinden, is zich ervan bewust en kan de bekkenbodemmuscultuur bewust, willekeurig aanspannen en ontspannen, maar de bekkenbodempieren zijn te zwak.

##### ***Doel***

Volledig herstel van de functie van de bekkenbodemmuscultuur.

##### ***Therapie***

Oefenen en sturen van functies van de bekkenbodemmuscultuur door middel van BBSO als huiswerk oefeningen. Optie bij vrouwen zijn BBSO met vaginale cones. Bij aanvang van de therapie wordt getracht geïsoleerde contracties van de bekkenbodemmuscultuur te realiseren. Is de patiënt hiertoe in staat, dan wordt geprobeerd om enkelvoudige taken uit te voeren (adl-functies) met bewuste controle, daarna dubbel- en meervoudige taken en vervolgens

dezelfde taken met automatische controle. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij hoogbejaarde patiënten het uitvoeren van dubbel- en meervoudige taken met bewuste en automatische controle moeilijker kan zijn, bijvoorbeeld vanwege concentratieproblemen. Onbevredigend resultaat kan het gevolg zijn van een SUI met óf een gelijktijdig optredende disfunctie van het intrinsieke urethrale sluitingsmechanisme óf een endopelviene fascialaesie na een traumatische partus. Bij postmenopausale vrouwen treedt mogelijk disfunctie van het intrinsieke urethrale sluitingsmechanisme op door verandering in de hormonale status.

Bij een onbevredigend resultaat van de fysiotherapeutische behandeling verwijst de (bekken)fysiotherapeut de patiënt terug naar de verwijzer.

##### ***Andere delen van het bewegingsapparaat hebben een negatieve invloed op de functie van de bekkenbodemmuscultuur***

Er is een negatieve invloed van ademhalingsstoornissen, andere delen van het bewegingsapparaat, de toilethouding, het toiletregime of -gedrag op de functie van de bekkenbodemmuscultuur.

##### ***Doel***

Het reduceren dan wel elimineren van de nadelige invloed van ademhalingsstoornissen en/of van andere delen van het bewegingsapparaat, de toilethouding, het toiletregime en -gedrag en functieverbetering van de bekkenbodemmuscultuur.

##### ***Therapie***

Oefentherapie gericht op deze problematiek, bijvoorbeeld oefeningen gericht op het aanleren van de juiste ademtechniek, ontspanning en correctie van de houding, het effectief inschakelen van de bekkenbodemmuscultuur bij het stabiliseren van de romp, het verbeteren van de toilethouding, het toiletregime en -gedrag en het geven van tilinstructie. Daarnaast worden BBSO en huiswerk oefeningen gegeven ter verbetering van de functie van de bekkenbodemmuscultuur.

Bij een onbevredigend resultaat van de fysiotherapeutische behandeling, verwijst de (bekken)fysiotherapeut de patiënt terug naar de verwijzer.

#### **B.6.2 Behandelplan bij SUI zonder disfunctie van de bekkenbodemmuscultuur**

Aangezien er sprake is van SUI zonder disfunctie van de bekkenbodemmuscultuur is de verwachting dat er sprake is van disfunctie van het intrinsieke afsluitmechanisme (interne sfincter). De therapie richt zich op een reductie van de stoornissen en beperkingen in activiteiten.

##### ***Doel***

Compensatie.

##### ***Therapie***

Oefentherapie voor de bekkenbodemmuscultuur (BBSO) en huiswerk oefeningen. Gezien de oorzaak van de klachten is de kans op volledig herstel door middel van BBSO klein. Optie bij vrouwen: BBSO met vaginale cones (bij het gebruik van vaginale cones dient na het vaginaal plaatsen van een cone te worden gecontroleerd of de vrouw in reactie hierop de bekkenbodemp kan contraheren. Is dit niet het geval is, dan heeft het gebruik van een cone geen zin. Wanneer een patiënt geen bewuste controle heeft over de bekken-



bodem en niet weet hoe hij deze bewust moet aanspannen, moet deze controle worden aangeleerd; alleen dan kan de bekkenbodem immers worden geoefend. Bij een onbevredigend resultaat van de fysiotherapeutische behandeling, verwijst de (bekken) fysiotherapeut de patiënt terug naar de verwijzer.

### B.6.3 Behandelplan bij SUI met prognostisch ongunstige factoren

Bij prognostisch ongunstige factoren is sprake van factoren die lokaal dan wel in algemene zin belemmerend kunnen werken op herstel- en/of aanpassingsprocessen; deze factoren zijn al dan niet beïnvloedbaar met behulp van interventies door de (bekken) fysiotherapeut.

#### Doel

Zo veel mogelijk reduceren van de ongunstige invloed van deze factoren.

#### Therapie

De behandeling richt zich op het reduceren van de negatieve invloed van de beïnvloedbare ongunstige factoren bij de individuele patiënt door:

- het vergroten van de algemene fysieke conditie om de invloed van andere ziektes en/aandoeningen op de continentie te verminderen.
- het reduceren van het overgewicht als prognostisch ongunstige factor op het effect van oefentherapie.

#### Aandachtspunten

Sommige factoren, zoals hart- en vaatlijden of veranderingen in de hormonale huishouding zijn niet beïnvloedbaar door fysiotherapie. Deze factoren zijn prognostisch van belang omdat ze het herstel- of aanpassingsproces kunnen vertragen. Andere factoren, zoals onbegrip, schaamte, vermijdingsgedrag en problemen in (sociale) participatie zijn met goede voorlichting en begeleiding van de (bekken)fysiotherapeut te beïnvloeden. Dit geldt ook voor de factor therapietrouw.

## C Therapeutisch proces

Het therapeutisch proces omvat de behandeling, de evaluatie en de afsluiting van de behandeling.

### C.1 Behandeling

#### C.1.1 Fasering, doelen en verrichtingen

Op basis van het analyseproces zijn een aantal probleemgebieden te onderscheiden.

Hierover ontvangt de patiënt voorlichting. Daarbij wordt gebruikgemaakt van voorlichtingsmateriaal.

Besproken kan worden wat SUI is, waardoor deze veroorzaakt wordt, wat de prognose is, welke factoren er zoal invloed op uit kunnen oefenen, zowel in positieve als in negatieve zin, wat de patiënt er zelf aan kan doen en wat de patiënt kan verwachten van de fysiotherapeutische interventie.

Het therapeutisch proces wordt uitgevoerd aan de hand van de behandelplannen die zijn geformuleerd in relatie met de onderscheiden probleemgebieden.

Binnen deze behandelplannen is een logische opbouw en fasering in de tijd terug te vinden.

- De patiënt krijgt informatie en instructie over de bekkenbodem en de lagere urinewegfuncties met behulp van diagrammen, tekeningen, platen en modellen.
- De patiënt krijgt uitleg over een correcte contractie van de bekkenbodemspieren. De patiënt moet eerst in de gelegenheid worden gesteld om te oefenen alvorens te onderzoeken of en in hoeverre een (adequate) contractie mogelijk is. Het leren aanspannen van de juiste spieren zal pas mogelijk zijn, als bewuste controle van de bekkenbodem mogelijk is. Pas wanneer de juiste spieren kunnen worden aangespannen, kan ermee worden geoefend. Wanneer oefenen onder begeleiding lukt, kan de patiënt daarna thuis oefenen.
- De patiënt krijgt uitleg over wat er gebeurt bij correcte aanspanning van de bekkenbodem en laat de patiënt dit ervaren.
- Als de patiënt niet (op de juiste wijze) kan aanspannen, kunnen de volgende technieken worden gebruikt: aanhaken, tapping, massage en snelle stretching of elektrostimulatie en/of EMG-feedback. Als de patiënt de tijd krijgt om thuis te oefenen, hebben de meest patiënten het juist aanspannen van de bekkenbodem snel onder de knie.
- Indien bewuste contractie van de bekkenbodem mogelijk is, wordt een op de individuele patiënt afgestemd huiswerkprogramma opgesteld. Contracties moeten maximaal zijn; voer het programma op tot 8-12 contracties, 3 keer per dag. Een vermoeidheidsprikkel aan het eind van elke trainingssessie is nodig om krachtsverbetering te realiseren. Begin met maximale contracties van 1-3 seconden en bouw dit uit tot contracties van 6-8 seconden (oefenen duurkracht) en oefen hiermee ten minste 2-3 keer per week. Aanbevolen wordt om uiteindelijk dagelijks te oefenen.
- De patiënt wordt geïnstrueerd om de bekkenbodem aan te spannen en vast te houden, net voor en tijdens hoesten, lachen, niezen en tillen (een bewuste precontractie ofwel de 'Knack' genoemd).
- De patiënt wordt gevraagd aan te geven wanneer en waar hij van plan is om te oefenen. De patiënt krijgt een oefendagboek mee als er geen gebruik wordt gemaakt van computergestuurde biofeedback met opslagfunctie. Als er geen biofeedback wordt gebruikt, kan met de patiënt worden besproken of het gebruik daarvan motiverend zou werken. De apparatuur moet dan uiteraard wel beschikbaar zijn.

Om te komen tot een blijvend resultaat van de behandeling moet de patiënt de tijdens de therapie aangeleerde vaardigheden in zijn dagelijks leven leren integreren.

#### C.1.2 Behandelduur en -frequentie

Behandelduur en -frequentie verschillen per patiënt. Deze worden mede bepaald door specifieke behandeldoelen en problemen en de leer- en trainbaarheid van de patiënt. In deze richtlijn kunnen dan ook slechts globale indicaties worden gegeven.

Over het algemeen beslaat de totale behandelduur niet meer dan 3-6 maanden. Bij patiënten met disfunctie van de bekkenbodem zonder bewuste controle van de bekkenbodem is de begeleiding in de eerste fase intensiever om zo snel mogelijk bewuste controle te verkrijgen. Dit kan bij deze patiënten in die periode leiden tot een hogere behandel-frequentie.

Wanneer er voor het herstel prognostische factoren zijn die beïnvloedbaar zijn door fysiotherapie, is het beïnvloeden van deze factoren onderdeel van het behandelplan. Wanneer de invloed van prognostisch ongunstige factoren is gereduceerd, is het effect van BBSO vooral afhankelijk van hoe vaak en hoe intensief wordt geoefend (getraind), of dat nu onder of zonder begeleiding gebeurt. Wanneer iemand de oefeningen zelfstandig kan uitvoeren, kan minder frequent worden begeleid, op voorwaarde dat de patiënt wel zelfstandig zijn oefeningen doet en blijft doen.

- Oefen wekelijks of tweewekelijks onder begeleiding, individueel of in groepsverband.
- Evalueer na een serie van 6 behandelingen en vraag of bepaal of de ernst van de incontinentie is afgenomen, gemeten als een lagere score op de PRAFAB-vragenlijst.
- Onderzoek de progressie na 3 maanden; dan moet reeds een duidelijke vooruitgang zijn geboekt.
- Onderzoek het resultaat na 6 maanden; doorgaans is het beoogde effect pas dan bereikt.

### C.1.3 Preventie van bekkenbodemsufficiëntie

Preventie van bekkenbodemsufficiëntie is een belangrijk doel van bekkenbodembre-educatie. Op basis van de mogelijke etiologische factoren die bij het ontstaan van SUI een rol spelen, is vast te stellen welke patiënten voordeel kunnen hebben van preventieve maatregelen. Een aantal factoren wordt geassocieerd met het ontstaan van SUI, zoals 'erfelijke zwakte van steunweefsels' of 'prolaps'. Een andere factor is zwangerschap. Primaire preventie, ofwel het voorkómen van SUI, is een belangrijk aandachtsgebied voor de groep vrouwen die pre- en postnataal worden begeleid. Meestal worden (bekken)fysiotherapeuten echter pas ingeschakeld op het moment dat de SUI al bestaat.

### C.2 Evaluatie

Na 6 behandelingen wordt het herstel geëvalueerd. De behandeling zelf wordt immers gezien als een diagnostisch instrument, omdat op basis van de diagnose SUI niet met zekerheid een conclusie is te trekken over de aard van de onderliggende aandoening, of er sprake is van lokale belemmeringen voor herstel en/of deze lokale belemmeringen beïnvloedbaar zijn door fysiotherapie. Aanbevolen wordt om standaard de PRAFAB-vragenlijst te gebruiken. Indien geen substantiële verbetering in de ernst van de incontinentie is waar te nemen, moet worden geconcludeerd dat er mogelijk sprake is van belemmeringen voor herstel die niet door fysiotherapeutische interventie zijn te beïnvloeden. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er sprake is van een intrapelviene fascialaesie. Ook bij een ernstige prolaps, een belangrijke ongunstige prognostische factor, kunnen de resultaten van de bekken-

bodemspiertraining bescheiden zijn. In beide gevallen moet de (bekken)fysiotherapeut de patiënt terugverwijzen naar de huisarts of specialist. Wellicht is chirurgisch ingrijpen een optie.

Hoewel de training van de bekkenbodem in dat geval geen duidelijk effect heeft gehad op de mate van incontinentie, is de behandeling toch zinvol geweest. Een goede conditie van de bekkenbodem is immers bij operatief ingrijpen een prognostisch gunstige factor voor het postoperatieve herstel.

Als de therapie wordt beëindigd, vindt een evalueer plaats, waarbij opnieuw de geadviseerde meetinstrumenten worden gebruikt. De gestelde behandeldoelen moeten zijn behaald, of de patiënt moet voldoende in staat zijn de activiteiten/oefeningen zelfstandig voort te zetten.

De patiënt wordt terugverwezen naar de verwijzer bij (tussentijdse) complicaties en/of bij het niet bereiken van de behandeldoelen (en wanneer de inschatting van de (bekken)fysiotherapeut is dat de patiënt het maximale resultaat heeft bereikt).

### C.3 Afsluiting, verslaglegging, verslaggeving

Bij de afsluiting van de behandeling moet in ieder geval de datum en de reden van de afsluiting (doelen wel, niet of gedeeltelijk bereikt) worden genoteerd. Ook specifieke afspraken die met de patiënt zijn gemaakt (bijvoorbeeld thuis blijven oefenen), moeten worden genoteerd.

Verslaggeving vindt gedurende het gehele behandelproces plaats volgens de stappen van het methodisch handelen zoals beschreven in de *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaggeving*, uit 2011. Afwijken van de richtlijn en de reden daarvoor dient te worden vastgelegd, evenals contra-indicaties voor verdere fysiotherapeutische behandeling.

Bij beëindiging van de behandeling moet de huisarts en, indien de patiënt werd verwezen door de specialist, ook deze specialist, worden geïnformeerd over het behandelresultaat. Indien van toepassing worden gegevens over nazorg (monitoring) gerapporteerd. Ook indien er sprake was van DTF moet verslag worden gedaan aan de huisarts.

### Dankwoord

Het concept van de richtlijn is becommentarieerd door externe deskundigen. De werkgroep is de volgende deskundigen zeer erkentelijk voor hun bijdrage: mevrouw prof. dr. A.L.M. Lagro-Jansen, mede namens het Nederlands Huisartsen Genootschap; mevrouw dr. M.J.A. van der Weide, voorzitter afdeling Continëntie Verpleegkundigen en Verzorgenden van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland; mevrouw. drs. E.M.J. Bols, Capaciteitsgroep Epidemiologie Universiteit Maastricht, prof. dr. P.E.V. van Kerrebroeck, hoofd afdeling Urologie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum Maastricht en dr. C.H. van der Vaart, gynaecoloog Universitair Medisch Centrum Utrecht.

# Bijlagen

## Bijlage 1 Samenvattende aanbevelingen

### Toelichting

De bewijskracht van de conclusies op basis van de literatuur is ingedeeld op basis van landelijke afspraken (EBRO/CBO). Er wordt onderscheid gemaakt tussen vier niveaus die gebaseerd zijn op de kwaliteit van de onderliggende artikelen:

- Niveau 1: onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
- Niveau 2: één onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
- Niveau 3: één onderzoek van niveau B of niveau C
- Niveau 4: mening van deskundigen

### Kwaliteitsniveaus (interventie en preventie)

- A1 Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
- A2 Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang
- B Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontroleonderzoek, cohortonderzoek)
- C Niet-vergelijkend onderzoek
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Indien een systematische review bestond uit RCT's met een matige kwaliteit is ervoor gekozen om de kwaliteit van de literatuur niet een niveau A1 te geven maar een niveau B. Afhankelijk van het aantal studies met een matige kwaliteit (niveau B) heeft de conclusie een bewijskracht gekregen van 2 ( $\geq 2$  RCT's met een matige kwaliteit) of 3 (1 RCT met een matige kwaliteit).

Indien een vergelijkend onderzoek aan geen van de kenmerken van een A2-onderzoek voldeed, heeft dit onderzoek kwaliteitsniveau C gekregen.

### Samenvattende aanbevelingen

#### Afbakening van het gezondheidsprobleem

##### 1 Inventarisatie van etiologische factoren

Aanbevolen wordt etiologische factoren systematisch te inventariseren om een idee te krijgen van de aard van de stoornis in het continentiemechanisme.

#### Diagnostisch proces

##### 2 Vaststellen van het type incontinentie

De werkgroep adviseert de 3IQ-test te gebruiken voor het vaststellen van het type incontinentie.

##### 3 Palpatie

De werkgroep adviseert bij het bepalen van de functie van de bekkenbodembodem gebruik te maken van het assessmentschema zoals beschreven in deze richtlijn.

##### 4 Functieonderzoek

De werkgroep adviseert ademhaling, houdingsregulatie, toilethouding en -gedrag te onderzoeken in samenhang met de functie van de bekkenbodemmusculatuur.

##### 5 PRAFAB-vragenlijst

De werkgroep adviseert voor het meten van de veranderingen in de gezondheidstoestand en het effect van de fysiotherapeutische interventie de PRAFAB-vragenlijst te gebruiken.

##### 6 Kwantificeren van de mate van urineverlies

De werkgroep adviseert bij onduidelijkheid over de mate van urineverlies dit urineverlies te kwantificeren met de 24-uursverbandtest.

##### 7 Patiënt Specifieke Klachten (PSK)

De werkgroep adviseert om zowel bij het inventariseren van het gezondheidsprobleem als bij het evalueren van het effect van de behandeling de PSK te gebruiken.

**8 Globaal Ervaren Effect (GEE)**

De werkgroep adviseert voor het evalueren van de ervaren verbetering van het gezondheidstoestand de GEE te gebruiken.

**9 Mictiedagboek**

De werkgroep adviseert een mictiedagboek te laten bijhouden voor het inventariseren van de ernst van het urineverlies en het evalueren van het resultaat van de behandeling.

**Therapeutisch proces****10 Informeren en adviseren**

De werkgroep adviseert bij het informeren en adviseren gebruik te maken van anatomische platen en fantomen van de bekkenbodempieren en van voorlichtingsmaterialen zoals leefstijladviezen.

**11 Vergroten van de algemene belastbaarheid**

De werkgroep adviseert het vergroten van de algemene belastbaarheid een plaats te geven binnen het behandelplan.

**12 Frequentie en uitvoering van bekkenbodempieroefeningen (BBSO)**

De werkgroep adviseert bij de behandeling van SUI BBSO van voldoende intensiteit en duur dagelijks toe te passen, waarbij aandacht wordt geschonken aan de correcte uitvoering daarvan en waarbij de oefeningen moeten zijn geïntegreerd in de activiteiten van het dagelijks leven.

**13 Selectieve aanspanning van de bekkenbodempieren**

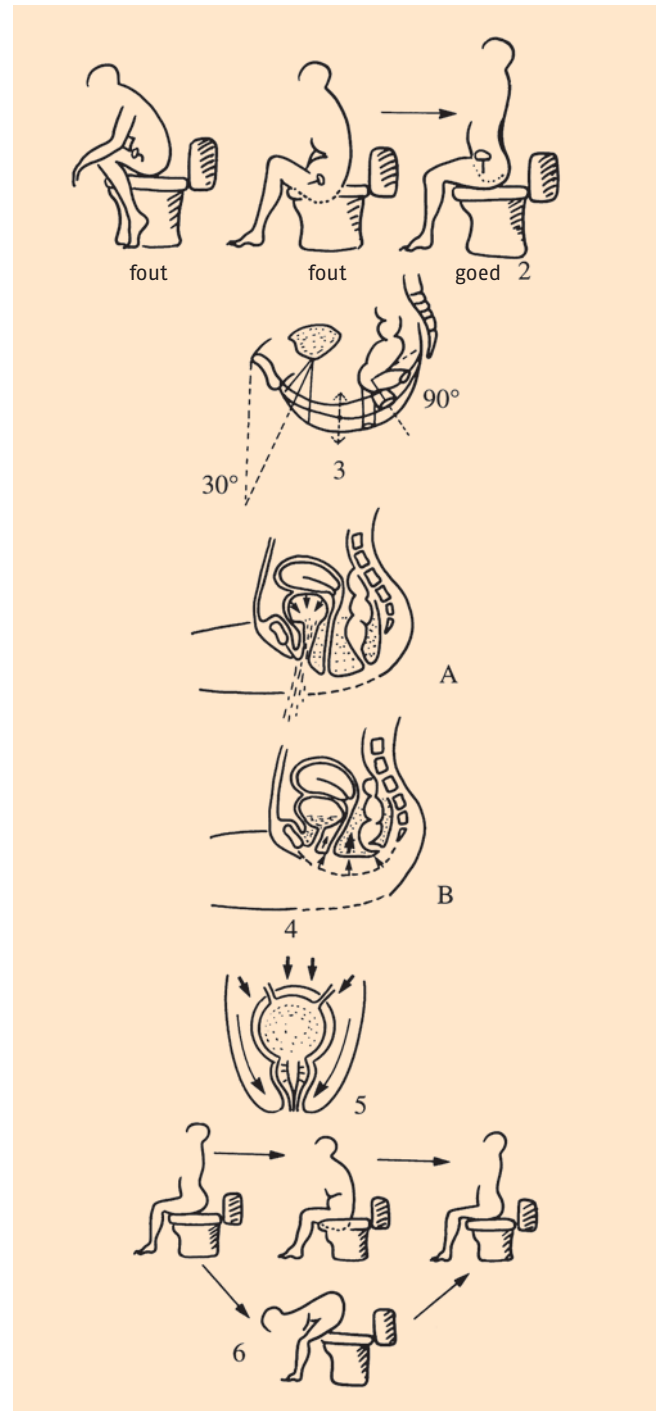
De werkgroep adviseert bij patiënten die hun bekkenbodempieren niet bewust en/of selectief kunnen aanspannen het oefenen van de bekkenbodempieren te combineren met elektrostimulatie.

**Preventie****14 Trainen van de bekkenbodempieren ter bevordering van postoperatieve herstel na een prostatectomie**

De werkgroep adviseert bij mannen die een prostatectomie moeten ondergaan preoperatieve training van de bekkenbodempieren.

## Bijlage 2 Richtlijnen voor het toiletgedrag

1. *Neem de tijd om naar het toilet te gaan.* De ontleding van de blaas duurt enige ogenblikken.
2. *Neem de juiste houding in voor de mictie.* Dus kantel het bekken naar voren. De voeten op de grond gesteund en de benen ontspannen.
3. *Ontspan de bekkenbodemspieren bewust.* Hierdoor wordt de mictie 'willekeurig' in gang gezet.
4. *Onderbreek de urinestraal niet* wanneer de mictie in gang is gezet. Na het starten van de mictie, houdt de reflex aan, zolang de bekkenbodemspieren ontspannen blijven en er urine door de blaashals stroomt; tot de blaas leeg is.
  - A Contractie van de bekkenbodemspieren geeft een reciproque inhibitie van de blaaspier via het sacrale mictiecentrum en het autonome mictiecentrum in de pons. Contractie van de bekkenbodemspieren tijdens de mictie, stuwt de urine tegen de stroomrichting in terug in de reflector ontspannen blaas. Het steunweefsel van het corpus intrapelvinum drukt de uretrovesicale hoek omhoog. Er ontstaat kans op blaasontsteking.
  - B Na herhaald onderbreken van de mictiereflex is de blaasinhoud ten slotte zo gering, dat de receptoren in de blaaswand geen afferente impulsen meer afgeven. Het gevoel van aandrang verdwijnt en de patiënt stopt te vroeg met de mictie door de reflex niet nogmaals willekeurig in gang te zetten. Urineresidu kan het gevolg zijn.
5. *Niet persen tijdens de mictie.* Door transmissie van de intra-abdominale druk op de urethra wordt de weerstand in de urethra hoger, naarmate de perskracht groter is. Wel mogen de buikspieren aan het eind van de mictie worden aangespannen, mits op de juiste wijze.
6. *Controleer of de blaas leeg is.* Daartoe wordt het bekken enige malen gekanteld. Is er nog een residu in de blaas, dan vindt de ontleding op deze wijze zo goed mogelijk plaats.
7. *Na de mictie even napersen tijdens een expiratie,* dus met weinig perskracht. Vervolgens de bekkenbodemspieren aanspannen teneinde een goede blaasafsluiting te verkrijgen.



Richtlijnen voor het toiletgedrag.

Bron: E.S. Versprille-Fischer. *Begeleiding van patiënten met bekkenbodempdisfunctie*. 2e herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2001.

