



**VvOCM**  
Vereniging van  
Oefentherapeuten  
Cesar en Mensendieck

# Richtlijn urine-incontinentie

## **Initiatief**

VvOCM (Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck)

## **Organisatie**

VvOCM

## **Financiering**

Deze richtlijn is gefinancierd door de VvOCM

## Colofon

**Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck:  
Richtlijn urine-incontinentie  
versie 3 november 2017**

Een uitgave van VvOCM

Kaap Hoorndreef 28

3563 AT Utrecht

Telefoon: (030) 26 25 627

E-mail: [info@vvocm.nl](mailto:info@vvocm.nl)

Datum: november 2017

© 2017 VvOCM

Alle rechten voorbehouden. Teksten, delen van teksten en/of artikelen uit deze uitgave mogen, na verkregen toestemming van de VvOCM, worden overgenomen of worden verveelvoudigd onder strikte voorwaarde van bronvermelding. Toestemming kan schriftelijk per e-mail worden aangevraagd.

# Inhoudsopgave

Inleiding	6
Hoofdstuk 1. Definitie, epidemiologie, fysiologie en etiologie	9
1.1 Definitie	9
1.2 Epidemiologie	10
1.3 Fysiologie	13
1.4 Etiologie	14
Hoofdstuk 2. Diagnostische fase	18
2.1 Aanmelding en verwijzing	18
2.2 Aanmelding zonder verwijzing	19
2.3 Diagnosecodes	20
2.4 Rode vlaggen	20
2.5 Anamnese	21
2.6 Beroeps specifiek onderzoek	26
2.7 Beroeps specifieke analyse en werkdiagnose	28
Hoofdstuk 3. Interventiefase	30
3.1 Behandeldoel	30
3.2 Conclusie literatuursearch en klinische boodschap voor een effectieve behandeling van urine-incontinentie	31
3.3 Behandelplan	32
3.4 Behandelprogramma- en proces	35
3.5 Evaluatie en afsluiting	37
3.6 Verantwoording en wetenschappelijke onderbouwing uitgangsvraag en aanbeveling	38
Literatuurlijst	48
<b>Bijlagen</b>	
Bijlage 1. Tabel typen urine-incontinentie	52
Bijlage 2. Stroomschema zorgproces	54
Bijlage 3. Specifieke anamnese	56
Bijlage 4. Checklist analyse en conclusies	59
Bijlage 5. Intercollegiale hulpvraag	60
Bijlage 6. Meetinstrumenten	63

## Participerende groepen

### Werkgroep

Mw. drs. S.C.N. Akihary	Projectleider namens VvOCM tot december 2016
Mw. M.H.T. Post, MSc	Projectleider namens VvOCM vanaf januari 2017
Mw. G. Buis	Samenstelling tekst

### Inhoudelijke experts werkgroep

Mw. K. de Baets	Bekkenoefentherapeut, ZwangerTotaal, Medisch Sociaal Centrum, Hulst
Mw. T. Feleus-Vermeulen	Bekkenoefentherapeut, ZwangerTotaal, PC Epicurus, Terneuzen
Mw. A. van den Hout	Bekkenoefentherapeut, Zeist / voorzitter werkgroep Bekkenoefentherapie
Mw. J.L.J. Kempen-Nijhof	Bekkenoefentherapeut MC Asklepios, Barneveld / lid werkgroep Bekkenoefentherapie
Mw. J.M. van Nie- van de Bilt	Bekkenoefentherapeut PMC Twigt, Sliedrecht
Mw. H. Onatli	Bekkenoefentherapeut / docent Hogeschool van Amsterdam
Mw. dr. A. L. Pool-Goudswaard	Universitair docent / wetenschappelijk onderzoeker bij de faculteit der bewegingswetenschappen, Amsterdam Movement Sciences, Vrije Universiteit, Amsterdam
Mw. drs. B. Versluijs	Bekkenoefentherapeut / Psychosomatisch oefentherapeut, Maatschap Oefentherapie Rotterdam
Mw. M.H. Wildenbeest, MSc	Bewegingswetenschapper / Oefentherapeut / docent Hogeschool Utrecht
Dhr. dr. J.P. van Wingerden	Bestuurder Spine & Joint Centre, Rotterdam

### Klankbordgroep

Mw. R.I. Brandse	Bekkenoefentherapeut, Hattum
Mw. C. Dunning	Oefentherapeut Scheper Ziekenhuis, Emmen
Mw. drs. M.H. Krabbe	Huisarts, Driebergen
Mw. B.M.A. Kroon, MA	Oefentherapeut, Groningen
Mw. M.M.P. Oosthoek-van 't Westende	Bekkenoefentherapeut ZwangerTotaal, Zeeland
Mw. dr. T.A.M. Teunissen	Kaderhuisarts urogynaecologie /senior onderzoeker, Radboud UMC eerstelijns geneeskunde / Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen
Mw. S.O. Wildschut	Bekkenoefentherapeut, poli pijngeneeskunde, Emmeloord
Mw. M. Wilson	Oefentherapeut, Papendrecht
Pelvic Bekkenoefentherapie Twente:	
Mw. J.T.M. Ernst	Bekkenfysiotherapeut / Oefentherapeut
Mw. T. Wiebing-Raue	Bekkenoefentherapeut / Psychosomatisch oefentherapeut

Mw. H. Felix  
Mw. M. Geuzebroek-de Vries

Mw. C. Hassing  
Mw. R. Klomp

Bekkenoefentherapeut  
Bekkenoefentherapeut / Psychosomatisch  
oefentherapeut  
Bekkenoefentherapeut  
Bekkenoefentherapeut

## Inleiding

De richtlijn urine-incontinentie geeft informatie over en handvatten voor de diagnostiek en behandeling van volwassenen met klachten van stressincontinentie, urgency-incontinentie en gemengde incontinentie.

### Aanleiding

De eerste richtlijn urine-incontinentie dateert uit 2004. Zowel inhoud als vorm zijn aanleiding geweest tot de huidige actualisatie. In 2014 is met de richtlijn bekkenklachten gestart met een nieuwe indeling van het zorginhoudelijke deel, type schema's en bijlagen. Hierbij is ervoor gekozen algemene teksten over oefentherapie weg te laten. Verrichtingen tijdens het diagnostisch proces en de interventie die vanzelfsprekend zijn binnen het oefentherapeutisch handelen, worden kort aangegeven maar zijn niet meer uitgewerkt. Algemene informatie over oefentherapie is te vinden in het Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015 en de Richtlijn Verslaglegging 2017.

### Afbakening en klinische vraagstelling

De werkgroep heeft gekozen voor een beknopte richtlijn om twee redenen. De werkgroep vindt de NHG-standaarden prettig te lezen, kort en overzichtelijk, en financieel is een uitgebreide richtlijn, waarbij gebruik wordt gemaakt van systematische searches op alle hoofdonderwerpen, niet haalbaar. De werkgroep heeft daarom besloten alleen een uitgangsvraag over de interventie met een systematische search uit te werken. Hierbij is de keuze gemaakt te kijken naar *het effect van oefentherapie op de mate van urine-incontinentie en op de kwaliteit van leven*.

De doelgroep is afgebakend tot 'thuiswonende volwassen vrouwen en mannen met stressincontinentie, urgency-incontinentie of de gemengde vorm'. Prolaps als co-morbiditeit is geïnccludeerd. Wat betreft de interventie is gekeken naar studies waarin de beschreven interventie uitvoerbaar is door en behoren tot de interventies die de oefentherapeut uitvoert. De richtlijn richt zich vooral op vrouwen. In de praktijk behandelen (bekken) oefentherapeuten ook mannen, met name met aandrangklachten waarbij sprake is van een overactieve bekkenbodemp in combinatie met pijnlijk perineum en bijvoorbeeld een hoge ademhaling. Tijdens de literatuursearch is gebleken dat er weinig wetenschappelijke publicaties zijn over de behandeling van urine-incontinentie bij mannen.

De achtergronden van andere typen incontinentie dan hierboven genoemd, worden om een compleet beeld te geven kort beschreven in hoofdstuk 1, maar onderzoek en behandeling van deze vormen van incontinentie vallen niet binnen de huidige richtlijn. Diagnostiek wordt besproken in hoofdstuk 2, interventie in hoofdstuk 3. Verantwoording en toelichting over de literatuursearch met betrekking tot de uitgangsvraag zijn opgenomen in paragraaf 3.5.

### Doelgroep

Hoewel de richtlijnen van de VvOCM er zijn voor alle oefentherapeuten, vergen een aantal vaardigheden en het klinisch redeneren met de daaruit voortvloeiende besluitvorming specifieke scholing om patiënten met urine-incontinentie adequaat te kunnen onderzoeken

en behandelen. In de huidige richtlijn heeft de werkgroep voor een aantal handelingen aangegeven dat specifieke scholing is vereist. Algemeen geldt voor iedere oefentherapeut: onbekwaam is onbevoegd.

De VvOCM hanteert sinds 2012 een aparte registratie voor oefentherapeuten die zich hebben gespecialiseerd in het onderzoeken en behandelen van patiënten met bekken(bodem)problematiek. Deze registratie tot Bekkenoefentherapeut stelt specifieke eisen aan de deskundigheid en vaardigheid. Vanaf 2015 is het profiel Bekkenoefentherapeut toegevoegd aan het Beroepsprofiel Oefentherapeut, zijn kennis & kunde beschreven en is een Opleidingscompetentieprofiel ontwikkeld.

### **Werkwijze**

Er is een werkgroep samengesteld, bestaande uit zeven (bekken) oefentherapeuten uit het werkveld, drie wetenschappers en twee vertegenwoordigers van de VvOCM. De werkgroep is gestart met het inventariseren van knelpunten in de richtlijn uit 2004 en heeft vervolgens gekozen om een uitgangsvraag te formuleren over de interventie. De werkgroep heeft gedurende de periode van één jaar gewerkt aan beantwoording van de uitgangsvraag en het actualiseren en opstellen van de tekst voor de conceptringlijn. De werkgroep is vijf maal bijeen geweest. Ook is een klankbordgroep samengesteld, bestaande uit vijftien inhoudelijke experts. De klankbordgroep is in twee ronden digitaal bevraagd over alle inhoudelijke hoofdstukken.

De conceptringlijn is door de werkgroep na verwerking van de commentaren van de klankbordgroep geaccordeerd en aan het bestuur van de VvOCM voorgelegd in oktober 2017. De conceptringlijn is in november 2017 op de Algemene Ledenvergadering ter goedkeuring voorgelegd aan het werkveld.

### **Bronnen**

Voor epidemiologische en etiologische gegevens in hoofdstuk 1 is, met toestemming van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), gebruik gemaakt van de NHG-standaarden Urine-incontinentie bij vrouwen 2015 en Mictieklachten bij mannen 2013. Ook is materiaal van internationale organisaties geraadpleegd.

### **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.

## **Adviezen**

Adviezen zijn tot stand gekomen op basis van literatuur en mening van de werkgroep.

## **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. De geactualiseerde richtlijn zal worden verspreid onder oefentherapeuten en de VvOCM zal via de gebruikelijke kanalen het onderwerp onder de aandacht brengen bij de achterban.

## **Interne links en doorverwijzingen**

In de tekst wordt gebruik gemaakt van noten en doorverwijzingen. De noten verwijzen naar een extra toelichting. Wanneer er meer onderbouwing is beschreven, wordt gebruik gemaakt van een **A/B/C** systeem. Op deze link kan worden geklikt en daarmee wordt naar het einde van dit document genavigeerd. Aan het einde van de uitgebreide beschrijving staat een teken **▲** waarmee terug kan worden geklikt naar de tekst in de richtlijn.



# Hoofdstuk 1. Definitie, epidemiologie, fysiologie en etiologie

In deze richtlijn ligt de focus op het onderzoek en de behandeling door oefentherapeuten van volwassenen die problemen ondervinden als gevolg van stressincontinentie, urgency incontinentie of gemengde incontinentie. Andere vormen van incontinentie die worden onderscheiden zijn het overactieve blaassyndroom, overloopincontinentie, functionele incontinentie en dubbele incontinentie (urine en feces). De verschillende vormen van urine-incontinentie komen ook voor als co-morbiditeit bij bijvoorbeeld neurologische en cardiovasculaire aandoeningen. Al deze vormen van incontinentie verschillen in onderliggende pathofysiologie en hebben verschillende behandelmogelijkheden (Abrams, et al., 2013).

Er is in deze richtlijn aangesloten bij het begrippenkader van De International, Continence Society (ICS) en de International Urogynecological Association (IUGA) (Bo, et al., 2016) (Haylen, et al., 2010).

## 1.1 Definitie

De ICS / IUGA definiëren urine-incontinentie als 'onvrijwillig urineverlies'<sup>1</sup>. De drie meest voorkomende vormen van urine-incontinentie zijn stressincontinentie, urgency-incontinentie en gemengde incontinentie.

- Stressincontinentie (inspanningsincontinentie)  
Een vorm van onvrijwillig urineverlies bij fysieke inspanning en tijdens momenten dat de intra-abdominale druk verhoogt zoals tijdens hoesten, niezen en persen.
- Urgency-incontinentie (aandrangincontinentie)  
Een vorm van onvrijwillig urineverlies gepaard gaande met of voorafgegaan door een plotseling optredende onhoudbare mictiedrang.
- Gemengde urine-incontinentie  
Een mengvorm van stress- en urgency-incontinentie waarbij urineverlies optreedt zowel bij intra-abdominale druk verhogende momenten als bij plotselinge, onhoudbare mictiedrang.

Andere vormen van urine-incontinentie:

- Het overactieve blaassyndroom, een syndroom van klachten van onbedwingbare aandrang om te plassen, vaak in combinatie met een toegenomen mictiefrequentie en nycturie, met of zonder incontinentie en zonder aanwezigheid van identificeerbare pathologie (Haylen, et al., 2010).
- Functionele incontinentie, een vorm van onvrijwillig urineverlies vooral voorkomend onder ouderen die niet in staat zijn zelfstandig naar het toilet te gaan of het toilet niet tijdig kunnen bereiken door lichamelijke of cognitieve beperkingen (Haylen, et al., 2010), (NVOG, 2012).
- Overloopblaas, waarbij detrusorcontracties ontbreken en men geen mictiedrang ervaart.

---

<sup>1</sup> In deze richtlijn worden beide termen gebruikt: *urine-incontinentie* als de termen *urine-incontinentie* of *incontinency* zijn gebruikt en *urineverlies* als in de brontekst de termen *urineverlies*, *urine loss* of *leakage* zijn gebruikt (waarmee het symptoom wordt aangeduid).

Wanneer de druk in de blaas de maximale urethrale druk overschrijdt, ontstaat urineverlies. Deze vorm komt voor bij diabetische neuropathie, het cauda-equinasyndroom, een afvloedbelemmering of het gebruik van geneesmiddelen met een anticholinerg (Abrams, et al., 2013) (NHG, 2015).

- Neurogene oorzaak van incontinentie waarbij de blaas reflectoir samentrekt doordat de remmende invloed van de hersenschors en hersenstam op de blaas verloren is gegaan. Tegelijkertijd is er geen normale mictiedrang. Deze vorm komt voor bij patiënten met ziekte van Parkinson, multiple sclerose, na een herseninfarct of dwarslaesie of (diabetische ) neuropathie (Abrams, et al., 2013) (NHG, 2015).

Het type urine-incontinentie wordt geclassificeerd naar symptomen (subjectief, ervaring patiënt) en geobjectiveerde tekenen door de zorgverlener. Eventueel vindt aanvullend een urodynamisch onderzoek <sup>A</sup> plaats naar de functie van de blaas en het afsluitmechanisme. Het urodynamisch onderzoek wordt uitgevoerd door een arts of verpleegkundige, onder de verantwoordelijkheid van een gynaecoloog of uroloog.

*Bijlage 1 Tabel typen urine-incontinentie.*

## 1.2 Epidemiologie

Urine-incontinentie komt het meest voor bij vrouwen. Het betreft vrouwen van alle leeftijden maar het aantal neemt toe met de leeftijd (Abrams, et al., 2013) (Dumoulin, et al., 2014) (Linde, et al., 2016). Epidemiologie van urine-incontinentie onder vrouwen is uitgebreider onderzocht dan onder mannen. Het lijkt erop dat urine-incontinentie minstens tweemaal zo vaak voorkomt bij vrouwen dan bij mannen (Abrams, et al., 2013). Voorkomen en ernst van de incontinentie nemen toe met de leeftijd bij zowel vrouwen als mannen. De prevalentie in zorginstellingen is hoog<sup>2</sup> (Dumoulin, et al., 2014) (Hannestad, et al., 2000).

Door de verschillen in anatomie en pathofysiologie van (in)continentie tussen mannen en vrouwen is er een verschil in voorkomen van type incontinentie. Ook de oorzaken en risicofactoren zijn (deels) anders (Abrams, et al., 2013).

### 1.2.1 Prevalentiecijfers wereldwijd

Wereldwijd ervaart 5-69% van de volwassen vrouwen en 1-39% van de mannen een vorm van urine-incontinentie (Abrams, et al., 2013). De spreiding is groot door gehanteerde definities, verschillende onderzoekpopulaties en onderzoeksmethoden (Abrams, et al., 2013), (Dumoulin, et al., 2014). De meeste studies melden een prevalentie van 25% tot 45% onder vrouwen (Abrams, et al., 2013) (Dumoulin, et al., 2014) en ca. 5-32% bij mannen (Abrams, et al., 2013)<sup>3</sup>. Wanneer de ernst van het urineverlies is gedefinieerd als ‘dagelijks’, ‘wekelijks’ of ‘meestal’, gaat het om een gerapporteerde prevalentie met een veel smallere range <sup>B</sup> (ICS, Abrams et al., 2013).

<sup>2</sup> Deze groep valt niet binnen deze richtlijn

<sup>3</sup> Het gaat in deze alinea over een algemene populatie, exclusief zorginstellingen.

Ook geven onderzoekers aan dat de door hen gepubliceerde prevalentiecijfers vermoedelijk een zekere mate van onderschatting bevatten omdat niet alle klachten worden gemeld bij de huisarts en daardoor niet worden geregistreerd. Mogelijk spelen culturele verschillen een rol bij de beleving van incontinentie en daarmee de bereidheid de klachten te melden (Abrams, et al., 2013).

### **1.2.1a Prevalentie incontinentietypen bij vrouwen wereldwijd**

Zuivere stressincontinentie komt het meest voor (prevalentie van 10% - 39%), gevolgd door de gemengde vorm (prevalentie van 7.5% - 25%). Zuivere urgency urine-incontinentie komt weinig voor met een prevalentie van 1% - 7% (Abrams, et al., 2013) (Dumoulin, et al., 2014). De prevalentie tijdens de zwangerschap en postpartum is hoger. <sup>C</sup>

Stressincontinentie komt meer voor onder vrouwen van middelbare leeftijd en urgency-incontinentie / gemengde incontinentie meer in de oudere leeftijdsgroep (Hannestad, et al., 2000) (NHG, 2015).

Onder vrouwelijke topatleten is de prevalentie van urine-incontinentie hoog (Abrams, et al., 2013) (Goldstick & Constantini, 2013). Low-impact activiteiten werken mogelijk preventief. <sup>D</sup>

*Een overactieve blaas* komt voor bij 30% van de vrouwen maar slechts 8% heeft ook incontinentie (Rai & Parkinson, 2014). De klachten zijn vaak niet terug te voeren op een disfunctie van de blaas. Zo blijkt bij vrouwen dat ongeveer de helft van hen met klachten suggestief voor een overactieve blaas bij urodynamisch onderzoek geen overactieve blaas blijkt te hebben (NHG, 2015).<sup>E</sup>

### **1.2.1b Prevalentie incontinentietypen bij mannen wereldwijd**

Onder mannen komt urgency-incontinentie het meest voor (40% - 80%), gevolgd door een gemengde vorm (10% - 30%) en stressincontinentie (<10%) en andere typen of niet-geclassificeerde vormen van incontinentie (Abrams, et al., 2013). Urine-incontinentie bij mannen is veelal onderdeel van een multifactorieel probleem (Abrams, et al., 2013) (NHG, 2013). Vaak is er sprake van specifieke mictieklachten, zoals het moeilijk op gang komen van de mictie, een minderkrachtige straal, moeilijk te bedwingen aandrang, minder goed uitplassen, nadruppelen en toegenomen mictiefrequentie overdag en 's nachts, die niet direct te verklaren zijn door specifieke aandoeningen (Abrams, et al., 2013).

## **1.2.2 Prevalentie in Nederland**

Volgens schattingen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft ca.6% van de Nederlanders een vorm van incontinentie (meting 2014-2015). Kijkend naar de verschillende leeftijdsgroepen en onderscheid in vrouwen en mannen is ook in Nederland het aantal vrouwen met incontinentie groter dan het aantal mannen en neemt in beide groepen de prevalentie toe met de leeftijd. Omdat lang niet altijd professionele hulp wordt gezocht liggen de werkelijke cijfers hoger.

Uit een systematisch onderzoek door Linde et al. blijkt een prevalentiecijfer van urine-incontinentie van 36,8 % met een significant verschil tussen vrouwen en mannen (49.0% versus 22.6%). Bij zowel vrouwen als mannen neemt de prevalentie toe naarmate de leeftijd vordert. In de leeftijd van 18-39 jaar ondervinden zowel vrouwen als mannen urine-incontinentie (36,1% respectievelijk 17%) (Linde, et al., 2016). <sup>E</sup>

In zorginstellingen komt urine-incontinentie het meest voor op de psychogeriatrische afdelingen. Ook in deze sector geldt dat de prevalentie van urine-incontinentie hoger is bij vrouwen dan bij mannen en dat de prevalentie toeneemt met de leeftijd. Hoewel de onderlinge verschillen niet heel groot zijn komt de hoogste prevalentie van urine-incontinentie voor bij patiënten met dementie of CVA (Halfens, et al., 2016).

### 1.2.2a Incontinentie bij vrouwen

De NHG-standaard *Urine-incontinentie bij vrouwen* (NHG, 2015) geeft aan dat urine-incontinentie voorkomt bij een kwart tot de helft van de volwassen vrouwen, mogelijk gepaard gaande met aanzienlijke negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven. <sup>G</sup>

In de loop van een zwangerschap wordt een derde van de vrouwen incontinent. Een half jaar na de bevalling is bij meer dan de helft van deze vrouwen spontaan herstel opgetreden <sup>H</sup> (NHG, 2015).

Linde et al. deden onderzoek onder 678 vrouwen en 579 mannen. Zij vonden dat stressincontinentie en gemengde urine-incontinentie (veel) meer voorkomen bij vrouwen dan bij mannen en dat het percentage urgency-incontinentie nagenoeg gelijk is (Linde, et al., 2016).

### 1.2.2b Incontinentie bij mannen

De NHG standaard *Mictieklachten bij mannen* meldt een prevalentie van matige tot ernstige mictieklachten variërend tussen de 20% en 25% onder mannen ouder dan 40 jaar en dat deze toeneemt met de leeftijd. In de algemene populatie varieert de prevalentie van incontinentie bij oudere mannen van 11% tot 34% en bij mannen van middelbare leeftijd of jonger van 3% tot 5%.

Het betreft meestal urgency of gemengde incontinentie en slechts zelden stressincontinentie. Uit het onderzoek van Linde et al. blijkt bij mannen jonger dan veertig jaar juist stressincontinentie vaker voor te komen dan urgency-incontinentie (4,7% respectievelijk 2,3%).

Een door Linde et al., (2016) uitgevoerde multivariate analyse laat zien dat bij mannen de leeftijd niet significant gecorreleerd is met urine-incontinentie. Daarom menen de onderzoekers dat de toename van het risico op het ondervinden van urine-incontinentie met de leeftijd bij mannen niet door het verouderen op zich komt maar door ziektebeelden waarvan bekend is dat ze kunnen leiden tot urine-incontinentie (bijvoorbeeld diabetes mellitus en prostaatoperaties) (Linde, et al., 2016).

Met de huidige omschrijving van urine-incontinentie door de ICS blijkt dat 'elk ander type' incontinentie meer voorkomt dan urgency-incontinentie (11,7% respectievelijk 5%). Het betreft ongewild urineverlies in de vorm van nadruppelen, urineverlies zonder duidelijke reden, urineverlies tijdens slapen en continue urineverlies (Linde, et al., 2016).

### 1.2.3 Toekomstperspectief

Volgens een in 2012 door TNO uitgevoerd onderzoek onder inwoners van onder meer Amsterdam en Rotterdam zal het aantal inwoners met incontinentie in de komende jaren stijgen <sup>1</sup>. In absolute aantallen is het aantal volwassenen met incontinentie het grootst in de leeftijdscategorie tot 64 jaar. De verwachte stijging treft alle leeftijden maar is het grootst in de leeftijdscategorie van 65-74 jaar (Chorus, et al., 2014).

## 1.3 Fysiologie

Onderstaande paragrafen zijn met enkele aanpassingen overgenomen uit de richtlijn urine-incontinentie 2004.

### 1.3.1 Het continentie-mechanisme voor urine

Twee samenwerkende mechanismen zijn verantwoordelijk voor het continent zijn voor urine:

1. een intrinsiek urethraal afsluitmechanisme waaraan wordt bijgedragen door de tunica mucosa (slijmvlies), de tunica spongiosa (veneus zwelweefsel) en de tunica muscularis (laag bestaande uit dwarsgestreept en glad spierweefsel);
2. een extrinsiek ondersteunend en afsluitend mechanisme waaraan wordt bijgedragen door verschillende bekkenbodemspieren en het bindweefsel (Ashton-Miller, et al., 2001).

#### **Het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme voor urine**

De dikte van de tunica mucosa en de mate van zwelling van de tunica spongiosa bepalen de intrinsieke diameter van de urethra en zijn verantwoordelijk voor ongeveer een derde deel van de druk in de urethra. De tunica muscularis, bestaande uit een binnenste laag gladde spiervezels (m. sfincter internus) en een buitenste laag dwarsgestreepte spiervezels (m. sfincter externus), levert door de spierspanning een actieve bijdrage aan het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme. Bij een normale lichaamshouding en stand van het bekken treedt bij verhoogde intra-abdominale druk een verhoging van de urethrale druk op als gevolg van de verhoogde activiteit van de gladde spiervezels van de urethrawand door sympathische prikkeling (Boer, et al., 1987).

#### **Het extrinsiek ondersteunend en afsluitend mechanisme voor urine**

De bekkenbodemspieren dragen bij aan de continentie door afsluiting van de urethra, aan de mictie door ontspanning van de spieren en aan de ondersteuning van organen zoals de blaas en de uterus. Aanspannen van de bekkenbodemspieren tijdens inspanning levert een actieve extrinsieke ondersteuning van het urethraal afsluitmechanisme waardoor daling of

verplaatsing van de blaashals en de urethra wordt voorkomen. Daardoor wordt de urethra bij toename van de intra-abdominale druk op de bekkenbodem dichtgedrukt (Ashton-Miller, et al., 2001) (Boer, et al., 1987) (Karram & Bathia, 1989) (Miller, et al., 2001).

'Er is slechts summier literatuur voorhanden over de afzonderlijke bijdrage van het intrinsieke en het extrinsieke deel van het urethraal sluitingsmechanisme aan de totale urethrale afsluitdruk' <sup>1</sup> (KNGF, 2011).

### **1.3.2 De mictie-urgentie en de mictie**

Bij een normale fysiologische blaasfunctie treedt bij een, voor volwassenen, kritische blaasvulling van 300 tot 400 ml een mictiereflex op door prikkeling van sensoren in de blaaswand. Er ontstaat een contractie van de m. detrusor en een ontspanning van de m. sfincter internus. De mictie zelf staat onder een aangeleerde willekeurige controle. De mictiereflex kan geremd worden door een verhoogde tonus van de m. sfincter externus en de bekkenbodemspieren. De mictiedrang neemt af. Na verloop van tijd komt de mictiedrang echter in iets hevigere mate terug door de toegenomen blaasvulling. Indien nodig kan de activiteit van de m. detrusor opnieuw worden afgeremd. Het onderdrukken van de mictie blijft bij herhaling mogelijk. De m. detrusor is zeer rekbaar en de blaas kan wel zeven deciliter of meer bevatten. De drang tot urineren wordt echter bij iedere volgende gewaarwording van urgentie heviger. De mictie wordt willekeurig voorbereid door de wil tot actie over te gaan. Het gevolg is dat er minder remming van de m. detrusor plaatsvindt. Voor het op gang brengen van de mictie is echter nog een tweede mechanisme noodzakelijk, namelijk de willekeurige ontspanning van de bekkenbodemspieren. Door het ontspannen van de bekkenbodemspieren neemt de activiteit van de m. detrusor toe. De mictiereflex vangt aan en de urine stroomt door de blaashals. Dit veroorzaakt de duurcontractie van de m. detrusor. Bovendien blijven de bekkenbodemspieren gedurende de mictie reflectoir ontspannen door de reciproke invloed van de activiteit van de m. detrusor.

## **1.4 Etiologie**

Etiologische (risico)factoren zijn factoren die in oorzakelijke zin (mede) verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van incontinentie voor urine. Oorzaken van incontinentie kunnen reversibel zijn of chronisch (Abrams, et al., 2013) (Khandelwal & Kistler, 2013) (Rai & Parkinson, 2014). Bij reversibele incontinentie is sprake van spontaan herstel als de onderliggende oorzaak is opgelost. Als geen spontaan herstel optreedt is er sprake van chronische incontinentie. Het achterhalen van de oorzaak is van belang zodat de mogelijk op te lossen onderliggende oorzaak eerst wordt aangepakt.

### **1.4.1 Etiologische factoren per type incontinentie**

De onderstaande omschrijvingen stressincontinentie en urgency-incontinentie zijn met toestemming overgenomen uit de richtlijnen van de NHG. De werkgroep heeft bij stressincontinentie een alinea toegevoegd over activiteiten in het dagelijks leven.

### **Stressincontinentie**

Bij stressincontinentie schiet het mechanisme dat de urethra afsluit bij intra-abdominale drukverhoging te kort. Dit is het gevolg van een combinatie van niet goed functionerende sluitspieren van de blaas en urethra (qua kracht, coördinatie en timing van aanspanning), niet-stabiele positie van de urethra in het kleine bekken, en niet-waterdichte afsluiting van de urethra door de urethrale mucosa (NHG, 2015).

De werkgroep verwacht dat activiteiten in het dagelijks leven of bepaalde aandoeningen zoals COPD, sport of levensstijl die een veelvuldig hoge drukopbouw vereisen, bij kunnen dragen aan het ontstaan en aanwezig blijven van stressincontinentie bij zowel vrouwen als mannen.

### **Urgency urine-incontinentie**

Bij urgency urine-incontinentie is er sprake van een dysfunctie van de m. detrusor. Er treden onwillekeurige detrusorcontracties op, ten gevolge van overprikkeling vanuit het centrale zenuwstelsel of ten gevolge van verhoogde gevoeligheid voor prikkels. De oorzaak is vaak onbekend. Soms speelt een neurologische aandoening een rol, of irritatie van de blaas na een cystitis, na radiotherapie of door cafeïne. Urgency-incontinentie kan ook veroorzaakt worden door eerdere operaties in het kleine bekken, zoals voor stressincontinentie. Vanwege de onwillekeurige detrusorcontracties spreekt men ook wel van het overactieve blaassyndroom (OAB). Dit syndroom komt ook voor zonder incontinentie (NHG, 2015).

Bijna 30% van de vrouwen met incontinentie heeft een gemengde vorm van urine-incontinentie. De ervaren last in deze groep is groter dan bij zuivere stressincontinentie (Hannestad, et al., 2000) (Minassian, et al., 2013). Het is daarom belangrijk te bepalen of er sprake is van een gemengde vorm en de behandeling daarop af stemmen.

### **(A)specifieke mictieklachten**

Mictieklachten bij mannen zijn meestal multifactorieel bepaald (Linde, et al., 2016), (NHG, 2013). Incontinentie wordt vooral gezien als een gevolg van veroudering, maar komt ook voor als complicatie van operaties aan de urinewegen en als gevolg van neurologische stoornissen (NHG, 2013). Met de toevoeging aspecifiek wordt het aspecifieke karakter van mictieklachten bij mannen benadrukt. De termen overactieve blaas, blaasuitgangsobstructie en benigne prostaathyperplasie wijzen op een bepaald orgaan, terwijl er meestal geen bewijs is dat dit orgaan de enige of meest bepalende factor is (NHG, 2013).

### **1.4.2 Risicofactoren**

Tot de algemene risicofactoren worden gerekend leeftijd, obesitas, pariteit, familiegeschiedenis, dementie en neurologische aandoeningen als MS en Parkinson (Abrams, et al., 2013) (Khandelwal & Kistler, 2013) (Rai & Parkinson, 2014).<sup>K</sup>

Potentiele risicofactoren als roken, depressie, constipatie, urineweginfecties en fysieke inspanning zijn wel geassocieerd met urine-incontinentie maar zijn niet vastgesteld als etiologische risicofactor (Abrams, et al., 2013) (Lucas, et al., 2012).

Urine-incontinentie komt als co-morbiditeit ook voor bij aandoeningen als COPD en astma (frequente intra-abdominale drukverhogingen door hoesten), endocriene aandoeningen als Diabetes Mellitus <sup>L</sup>, gewrichtsaandoeningen en als bijwerking van medicijnen als psychofarmaca, ACE-remmers bloeddrukverlagers en diuretica (Abrams, et al., 2013) (Cerruto, et al., 2013) (Linde, et al., 2016) (NHG, 2015).

Overmatig gebruik van cafeïne of alcohol wordt vaak in verband gebracht met urine-incontinentie maar het bewijs is van lage kwaliteit (door het beperkte onderzoek en het beperkte aantal patiënten) of niet consistent (Abrams, et al., 2013) (Hannestad, et al., 2003) (NHG, 2015). Mogelijk leiden het drinken van koffie en alcohol wel tot een hogere urinefrequentie maar niet tot incontinentie (Lucas, et al., 2012).

Functionele en/of cognitieve beperkingen zijn te beschouwen als risicofactor hoewel het hierbij in strikte zin niet om blaasproblematiek gaat maar om beperking in het zich verplaatsten of verminderde cognitie mictiedrang (Abrams, et al., 2013) (Halfens, et al., 2016) (NHG, 2015).

#### **Risicofactoren specifiek bij vrouwen**

Zwangerschap en vaginale bevalling zijn significante risicofactoren maar de sterkte van dit verband neemt af naarmate de leeftijd vordert <sup>M</sup> (Abrams, et al., 2013) (Cerruto, et al., 2013) (Dumoulin, et al., 2014). De belangrijkste risicofactoren voor incontinentie tijdens de zwangerschap en na de bevalling zijn behalve de leeftijd, overgewicht bij de moeder, eerder doorgemaakte urine-incontinentie en het aantal doorgemaakte bevallingen (Abrams, et al., 2013) (Boyle, et al., 2012) (Cerruto, et al., 2013) (Linde, et al., 2016).

Overige risicofactoren bij vrouwen zijn postmenopauzale urogenitale atrofie (Rai & Parkinson, 2014), (NHG, 2015) urogenitale prolaps (NHG, 2015), vaginale hysterectomie (Abrams, et al., 2013) (Linde, et al., 2016) (NHG, 2015) (Abrams noemt het bewijs niet consistent) en andere operaties in het kleine bekken (Goldstick & Constantini, 2013), (NHG, 2015) en circumcisie (WHO, 2008).

#### **Risicofactoren specifiek bij mannen**

Duidelijke risicofactoren voor urine-incontinentie bij mannen zijn zelden wetenschappelijk gedocumenteerd maar verschillende medische correlaties zijn gerapporteerd (Abrams, et al., 2013). Vastgestelde (predisponerende) risicofactoren bij mannen zijn leeftijd, aspecifieke mictieklachten, urineweginfecties, functionele en cognitieve stoornissen, diabetes , neurologische aandoeningen en prostatectomie (Abrams, et al., 2013). <sup>N</sup>

Toegenomen of juist verminderde elasticiteit van de blaas, prostaatgrootte en veranderingen in bekkenbodemspieren kunnen een rol spelen. Neurogene regulatie, co morbiditeit en medicatie kunnen in wisselende mate van invloed zijn (NHG, 2013).



### **1.4.3 Relatie tussen urine-incontinentie (a)specifieke lage rugklachten en bekkengordelklachten**

Er is een duidelijke aanwijzing voor een sterk verband tussen lage rugklachten en het aanwezig zijn van urine-incontinentie, waarbij bij vrouwen met recidiverende lage rugklachten bij 96% urine- incontinentie klachten voorkomen (Eliasson, et al., 2008). Ook bij vrouwen met bekkengordelpijn blijkt een hogere ODS aanwezig op stressincontinentie (OR 4.4, CI 4.4-inf%) (Pool-Goudzwaard, et al., 2005). Er is nog geen oorzakelijk verband aangetoond. Wel verwacht de werkgroep dat het gedrag van de bekkenbodemspieren een rol kunnen spelen zowel bij de aanwezigheid van urine-incontinentie en problemen van lage rug en bekkengordelpijn. Klinisch experimenteel onderzoek toont aan dat de bekkenbodemspieren en de ademhaling gekoppeld zijn (Smith, et al., 2014).

## Hoofdstuk 2. Diagnostische fase

Doel van de fase is inzicht krijgen in de aard en ernst van het gezondheidsprobleem, de hulpvraag en factoren die het gezondheidsprobleem (mogelijk) beïnvloeden. De oefentherapeut bepaalt of er wel of geen indicatie is voor oefentherapie én of het in kaart brengen en het oplossen van het probleem binnen de eigen deskundigheid valt (Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015).

Informeren en adviseren vormen een essentieel onderdeel van het oefentherapeutisch handelen. Om een gedragsveranderingsproces te bevorderen start de oefentherapeut in de diagnostische fase met bewustmaking van de factoren uit de taken, omgeving, beleving en houding/beweging die voor de cliënt een probleem vormen. Hierbij sluit de therapeut aan op de informatiebehoefte van de cliënt en houdt rekening met factoren zoals leeftijd, sociaal-culturele achtergrond, werk, scholing (Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015).

Tijdens deze fase worden de gezondheidsproblemen beschreven in termen van ‘functies, structuren en stoornissen’, ‘activiteiten, participatie en beperkingen’, persoonlijke en externe factoren.

*Bijlage 2 ‘stroomschema zorgproces’ geeft de fasen van het methodisch handelen kort weer.*

### 2.1 Aanmelding met verwijzing

De meeste mensen met incontinentieklachten worden verwezen via de huisarts of medisch specialist of komen op advies van de verloskundige binnen via DTO. De gegevens in dit hoofdstuk kunnen voor verwijzing en intercollegiaal overleg over diagnostiek en behandeling van belang zijn.

#### Verwijsindicaties

Volwassen patiënten met stress- en/of urgency-incontinentie kunnen worden verwezen naar een oefentherapeut indien er sprake is van slecht functionerende bekkenbodemspieren, afwijkend toiletgedrag en/of mictiefrequentie, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen.

De hulpvraag van de patiënt zou hierbij leidend moeten zijn. Hierbij kan gedacht worden aan:

- Patiënten met veel vragen en onzekerheden omtrent incontinentieklachten, die behoefte hebben aan inzicht in de aandoening en de wijze waarop zij met hun klachten het beste kunnen omgaan.
- Patiënten die weliswaar inzicht hebben in de aandoening en/of bij wie sprake is van voldoende bekkenbodemfunctie, en die toch beperkingen in activiteiten en participatieproblemen blijven ondervinden.
- Patiënten waarbij het houdings- en bewegingspatroon, de adembeweging en/of spanningsregulatie de normale functie van de bekkenbodemspieren belemmeren.
- Patiënten met spanningsklachten en onvoldoende kunnen ontspannen wat overactiviteit van de bekkenbodem kan veroorzaken.
- Patiënten met klachten in relatie tot seksualiteit.

- Vrouwen die pre- en/of postpartum incontinentieklachten hebben al dan niet in combinatie met bekkenklachten of rugklachten.

Oefentherapie is *niet geïndiceerd* bij patiënten met onvoldoende mentale en fysieke mogelijkheden om bewuste controle over de bekkenbodemspieren te verwerven. Naast incontinentie voor urine komen de volgende bekkenbodemp Problemen voor: incontinentie voor ontlasting, chronische urineweginfecties, obstipatie, verzakkingsklachten, pijn in de bekkenbodem, prostaat, pijn bij vrijen en seksuele problemen. Deze vallen buiten deze richtlijn.

### **Relevantie specifieke verwijsinformatie**

Naast algemene verwijisgegevens over diagnose, klachten, ernst en prognose is de volgende specifieke verwijis informatie van belang voor de oefentherapeut:

- Relevante gegevens over bevallingen, traumata, operaties in het bekkengebied
- Eventuele bevindingen van inwendig onderzoek:
  - Indruk van de bekkenbodempunctie: overactief / onder actief / coördinatiestoornis / niet functionerend / normaal.<sup>4</sup>
  - Of er sprake is van een prolaps, met gradering en locatie (cystocele, ureterocele, rectocele, enterocele).
- Eventuele aanwezige huidaandoeningen zoals vulvaire vestibulitis en Lichen sclerosus.

Bij aanwezigheid van bekkenbodempunctiestoornissen worden patiënten bij voorkeur verwezen naar een bekkenoefentherapeut die samenwerkt met een bekkenfysiotherapeut. Inwendig onderzoek verricht door bekkenfysiotherapeut is hierbij een belangrijke aanvulling.

## **2.2 Aanmelding zonder verwijzing**

Mensen met incontinentieklachten kunnen sinds 2008 ook via directe toegang oefentherapie (DTO) naar de oefentherapeut. De gebruikelijke DTO-procedure dient gevolgd te worden. Indien er voldoende aanwijzingen zijn gevonden dat de patiënt incontinentieklachten heeft, dient de richtlijn urine-incontinentie te worden gevolgd.

---

<sup>4</sup> Terminologie: in deze richtlijn wordt aangesloten bij de KNGF en NVOG.

## 2.3 Diagnosecodes

Bij patiënten met incontinentie dienen onderstaande diagnosecodes gebruikt te worden volgens het diagnose coderingssysteem paramedische hulp DCSPH<sup>5</sup>.

**Lichaamslokalisatie: Posities I (hoofdgroep) en II (subgroep):**

**Positie I: altijd 6 (Bekkenregio, Bekkenboderegio)**

60 Bekkenregio

Te gebruiken bij incontinentie *zonder bekkenbodemfunctiestoornissen*

64 Bekkenboderegio (inclusief organen kleine bekken)

Te gebruiken bij incontinentie in combinatie *met bekkenbodemfunctiestoornissen*

69 Gecombineerd

**Pathologie: Posities III (hoofdgroep) en IV (subgroep):**

26: bij bekken(bodem)klachten, **niet** zwangerschap gerelateerd

89: bij zwangerschap gerelateerde en gynaecologische problematiek

83: proctologie

84: bij maag darm lever problematiek

85: bij seksualiteitsproblematiek

86: bij urine incontinentie

87: bij fecale incontinentie

88: bij urologische pathologie.

## 2.4 Rode vlaggen

Rode vlaggen zijn gegevens, symptomen en tekenen die speciale oplettendheid vragen, omdat ze verwijzen naar mogelijk ernstige ziekteprocessen. Verdere analyse van het gezondheidsprobleem valt dan buiten het competentiegebied van de oefentherapeut.

### Rode vlaggen

- hematurie
- symptomen die wijzen op een obstructie of afsluiting
- recidiverende urineweginfecties
- pijn, ontstekingsverschijnselen, infecties en algemene alarmsignalen als koorts
- tekenen van algemene malaise en ernstig gewichtsverlies
- geen enkele verklaring of aanleiding voor de incontinentie (door therapeut of patiënt)
- (nachtelijk) transpireren
- massaal oncontroleerbaar urineverlies
- continuverlies van urine direct postpartum.

Bronnen: (Khandelwal & Kistler, 2013), (KNGF, 2011)

<sup>5</sup> Op het moment van schrijven van deze richtlijn wordt een aantal codes niet door elke verzekeraar gehonoreerd. De VvOCM neemt deel aan de werkgroep DCSPH die voorstellen gaat doen de codering aan te passen om de administratieve lasten te verminderen.

## 2.5 Anamnese

Op basis van de anamnese formuleert de oefentherapeut een waarschijnlijkheidsdiagnose of bevestigt de diagnose van de verwijzer. Hierbij is belangrijk diagnostisch onderscheid te kunnen maken tussen (voornamelijk) stressincontinentie en urgency-incontinentie, gemengde incontinentie of een andere oorzaak. Deze differentiatie is belangrijk omdat de behandelingsaanpak verschilt. Ook wordt er een inschatting gemaakt van de ernst en het beloop van de incontinentie en de door de patiënt ervaren hinder in relatie tot het dagelijks functioneren en van risico's voor het voortbestaan van de klachten.

Incontinentieklachten kunnen worden ingedeeld naar probleemgebied: urologie, musculoskeletaal, gastro-enterologie, gynaecologie en seksuologie. Sommige symptomen kunnen door de patiënt als normaal worden ervaren, maar kunnen toch duiden op pathologie of op een functiestoornis van de bekkenbodem.

Incontinentieklachten kunnen niet los gezien worden van aanwezige bekkenklachten of lage-rugklachten. Zijn er naast de incontinentieklachten ook symptomen van bekkenpijn of lage-rugklachten dient de oefentherapeut te bepalen op welke wijze de richtlijn Bekkenklachten (VvOCM 2014) of de richtlijn Aspecifieke lage-rugklachten (VvOCM 2009) wordt gevolgd.

Bij alle vormen van incontinentie en ermee gepaard gaande klachten en belemmeringen dient de oefentherapeut na te gaan of er contra-indicaties zijn voor (onderdelen van) het fysieke onderzoek en of het onderzoeken en behandelen van de cliënt binnen haar deskundigheid valt.

### 2.5.1 Specifieke anamnese

De oefentherapeut richt de anamnese op functiestoornissen 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.

Onderdelen van de oefentherapeutische anamnese zijn de voorlopige hulpvraag en het gezondheidsprobleem in brede zin: klachten, ontstaan, beloop, status praesens, probleemhandelingen (werk / school, thuis, vrije tijd), invloed van de omgeving (fysiek en sociaal), persoonlijke factoren als co-morbiditeit, leefstijl, cognitie, medicijngebruik, contra-indicaties, coping stijl, motivatie, ervaren kwaliteit van leven en verwachtingen.

#### De hulpvraag

De hulpvraag van de cliënt ligt vaak op activiteiten -of participatieniveau, waarbij urineverlies of aandrangklachten de meest op de voorgrond tredende stoornissen zijn. Bij aanwezigheid van pijnklachten rondom bekken en lage rug wordt de anamnese uitgebreid met vragen in relatie tot musculoskeletale stoornissen. Bekkenbodemfunctiestoornissen worden uitgevraagd op basis van de hulpvraag en de door de patiënt genoemde problematiek. Mede afhankelijk van het al of niet aanwezig zijn van een door een arts gestelde diagnose zal de anamnese daarom worden uitgebreid met vragen op het gebied van gastro-enterologie,

gynaecologie, seksuologie en spannings- en ademhaling gerelateerde klachten (paragraaf 2.5.2).

### **Functies en structuren (ICF b2, b7, b6, s7)**

Stoornissen in functies en structuren worden uitgevraagd in relatie tot persoonlijke factoren, het wel of niet ervaren van beperkingen in activiteiten, consequenties voor participatie en met oog voor herstel bevorderende en belemmerende factoren en ervaren kwaliteit van leven.

Veel voorkomende stoornissen in functies en structuren hebben betrekking op:

- Functies gerelateerd aan mictie en controle over de blaas. Aandrangklachten en urineverlies: type (moeizaam, onderbroken mictie, aandrangklachten na mictie, pijn), moment van optreden, frequentie en nycturie. Hoeveelheid urineverlies en gebruik van incontinentie materiaal i.v.m. inschatten van de ernst van de klachten.
- Mogelijke dysfunctie van de bekkenbodern.
- Dysfunctie van de bekkenbodernspieren zoals een coördinatiestoornis, overactieve of onderactieve bekkenbodernspieren kan samenhangen met persoonlijke factoren als angst en spanning en/of met seksuele problematiek. Met name de overactiviteit en coördinatieproblematiek kunnen situationeel zijn. Deze materie vereist gedegen kennis van de therapeut over functiestoornissen van de bekkenbodern en de achtergronden ervan.
- Huidproblemen als gevolg van een huidaandoening als Lichen sclerosus en vulvaire vulvitis en/of huidirritaties t.g.v. het nat worden van de huid na urineverlies of door incontinentiemateriaal.
- Doorgemaakte urineweginfecties, historie bedplassen.
- Doorgemaakte operaties; congenitale afwijkingen.

### **Activiteiten en participatie**

Ongewild urineverlies kan optreden bij momenten waarbij de intra-abdominale druk toeneemt zoals tijdens lachen, hoesten of niezen, bij inspanning zoals tillen of sporten, bij spanning en angst, bij het zien of horen van stromend water, of bij een sterke aandrang.

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, lopen, zich verplaatsen, transfers, bukken, tillen, dragen).
- De verzorging van kinderen (ICF-d4, optillen, dragen).
- De persoonlijke verzorging (ICF-d5, zorgdragen voor toiletgang en voor de eigen gezondheid).
- Het huishouden (ICF-d6, optillen, dragen).
- Intieme relaties (ICF-d7).
- Fysiek zwaar werk of opleiding (ICF-d8).
- Vrijtijdsbesteding, hobby en sport (ICF-d9). Bijvoorbeeld activiteiten waarbij drukbelasting in het verticale vlak optreedt zoals springen, traplopen en rennen. En bewegingsvormen waarvan het doen van buikspieroefeningen deel uitmaakt.

De oefentherapeut zal in deze fase nagaan welke activiteiten uit het dagelijks leven van de

patiënt gepaard gaan met urineverlies en (momenten van) sterke aandrang. Belangrijk is dat de therapeut een indruk krijgt van hoe de patiënt omgaat met activiteiten die gepaard gaan met een verhoging van de intra-abdominale druk en van zijn toiletgedrag. Tijdens of na afloop van de anamnese observeert de therapeut deze activiteiten, in de reële context of door de patiënt nagebootst.

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.

### **2.5.2 Aanvullende specifieke anamnese per probleemgebied**

Op basis van gestelde diagnose, verwijsgegevens en/of door patiënt aangegeven problematiek, hulpvraag en co-morbiditeit geeft de oefentherapeut richting aan de aanvullende anamnese. Een of meer van de eerder genoemde probleemgebieden (anders dan urologie) staan hierbij centraal. In deze paragraaf wordt volstaan met het benoemen van uit te vragen onderwerpen.

*In bijlage 3 zijn de onderwerpen verder uitgewerkt en zijn voorbeeldvragen opgenomen.*

#### **Musculoskeletaal**

Aandoeningen waarvan bekend is dat er mogelijk een relatie is met het hebben van incontinentieklachten.

- Bekken- en/of rugpijn actueel of in het verleden; een bekkenbodempunctiestoornis kan een gevolg zijn van doorgemaakte pijnklachten. Zie ook paragraaf 1.4.3.
- Spondylolisis, -lysthesis, stenose, lumbale radiculare klachten, heupdysplasie.
- Spierziekten en andere neurologische aandoeningen als Parkinson en Multipole Sclerose.
- Congenitale afwijkingen.

#### **Gastro-enterologie**

- Defecatie: aandranggevoel (normaal, afwezig / zwak, heftig) vlak boven anale sphincter of in de buik; structuur, eventueel in beeld brengen met Bristol-stoelgangschaal ; hoeveelheid.
- Het optreden van obstipatie / constipatie, vertraagde / afwijkende , moeizame defecatie, flatus, opgezette buik.
- Aanwezigheid, nu of in het recente verleden, van
  - aambeien, fissuren
  - rectum prolaps, rectocele
  - fecale incontinentie.
- Darmziekten zoals M. Crohn, colitis ulcerosa, PDS (prikkelbare darmsyndroom).
- Gebruik van laxemiddelen en andere medicatie.
- Voedingsgewoonten en vochtinname. Intoleranties voor voeding hebben effect op de darmfunctie, hetgeen de spierketens van de buik beïnvloedt. Geadviseerd wordt in voorkomende gevallen door te verwijzen naar een voedingsdeskundige.

Op basis van problemen op het gebied van gastro-enterologie kan de therapeut overwegen de patiënt een defecatedagboek bij te laten houden. Het meetinstrument wordt ingezet om een indruk te krijgen van de defecatiefrequentie- en consistentie, ernst van de eventuele incontinentie, pijn en factoren die van invloed kunnen zijn op het defecatiemechanisme en de consistentie.

### **Seksuologie**

- Klachten (fysiek of bij de beleving).
- Dyspareunie; genitale pijnklachten bij coitus oppervlakkig, diep of na de coitus.
- Vaginisme /apareunie (onvermogen van de vrouw geslachtsgemeenschap te hebben door onbewust spannen van bekkenbodemspieren rondom de vagina).
- Angst voor verlies urine / ontlasting tijdens coïtus.
- Negatieve seksuele ervaringen.
- Erectie-, ejaculatie stoornissen of pijnklachten rondom het perineum bij de man.
- Huidaandoeningen, soa's, negatieve seksuele ervaringen.

### **Gynaecologie**

- Aantal zwangerschappen en bevallingen en het verloop: opgetreden complicaties, vacuüm / forceps, (sub) totaalrupturen, traumatische partus.
- Prolaps: aanwezig en/of familiair belast.
- Doorgemaakte gynaecologische aandoeningen en operaties.
- Verloop / historie menstruatie of menopauze.

### **Spanning en ademhaling**

- (Spier)spanningsklachten al dan niet gerelateerd aan (chronische)pijn.
- Ademhalingsklachten zoals COPD/hyperventilatie.

### **2.5.3 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 voor de diagnostische fase vanwege algemene geschiktheid gekozen voor de:

- de 3IQ-test (3 Incontinence Questions-test)
- de PRAFAB (protection', 'amount', 'frequency', 'adjustment' en 'bodyimage')
- de IIQ (Incontinentie Impact Questionnaire)
- de Mictielijst.



### **3IQ-test (Bernards ATM et al., KNGF 2011)**

De 3IQ-test is een korte vragenlijst ter ondersteuning bij het diagnosticeren of het bevestigen van de gestelde diagnose van het type urine-incontinentie. De lijst omvat drie vragen over of, wanneer en hoe vaak urineverlies optreedt. Het meetinstrument kan worden ingezet ter aanvulling op het onderscheiden van (voornamelijk) stressincontinentie, urgency-incontinentie, gemengde incontinentie of een andere oorzaak; de vragenlijst is ongeschikt bij complexe incontinentie of incontinentie met co morbiditeit.

### **De PRAFAB-vragenlijst (Mulders AFP, Vierhout ME. De Inco-test. Medicus 1990)**

De PRAFAB-vragenlijst is een korte vragenlijst, 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. Deze vragenlijst meet de ernst van het urineverlies in termen van het gebruik van opvangmateriaal, de hoeveelheid en de frequentie van het urineverlies, 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. De lijst combineert hiermee belangrijke objectieve en subjectieve aspecten van de ernst van het urineverlies. 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.

### **De IIQ –vragenlijst (Van der Vaart CH,2003)**

De IIQ meet de invloed van ongewenst urineverlies op de kwaliteit van leven. De lijst geeft inzicht in het probleem van de patiënt op het gebied van activiteiten, participatie, sociale contacten en emotionele gesteldheid.

### **Mictielijst of mictiedagboek (Bernards ATM et al., KNGF, 2011)**

De mictielijst wordt gebruikt om een indruk te krijgen van drinkgewoonten, mictiepatroon, de mate van (on)vrijwillig urineverlies, (onhoudbare) aandrang en de activiteiten net voorafgaand aan het urineverlies. De patiënt houdt het dagboek 3 dagen bij, verdeeld over werk- of schooldag en een vrije dag. De mictielijst wordt door de oefentherapeut ingezet als inventariserend en (eventueel) als evaluerend instrument. <sup>9</sup>

*Bijlage 6 bevat alle in deze richtlijn aanbevolen meetinstrumenten.*

Het is aan de therapeut om een inschatting te maken welke combinatie van bovenstaande meetinstrumenten te gebruiken bij de individuele patiënt. Ook andere meetinstrumenten zijn in individuele gevallen denkbaar, afhankelijk van de (multifactoriële) problematiek waarmee de patiënt de oefentherapeut consulteert.

Ook provocatietesten en palpaties genereren meetgegevens, waarvan een aantal belangrijk zijn binnen de diagnostiek (zie hoofdstuk 2.6.2).

## 2.6 Beroeps specifiek 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. Op basis van de anamnese bepaalt de oefentherapeut of er contra-indicaties zijn voor onderdelen van het lichamelijk onderzoek. Tijdens het gehele onderzoek heeft de oefentherapeut aandacht voor factoren die het beweeggedrag kunnen beïnvloeden: motoriek, motivatie, emotie, cognitie en omgevingsfactoren (VvOCM, 2015).

### Onderzoek van de bekkenbodempunctie binnen het oefentherapeutisch handelen

Het is niet vanzelfsprekend dat mensen op instructie de bekkenbodempunctie kunnen aanspannen. Van vrouwen met urine-incontinentie kan ca.40% op verbale instructie niet de bekkenbodempunctie op de juiste manier aanspannen (Thompson, et al., 2006). De oefentherapeut vormt zich tijdens het onderzoek een indruk over de vaardigheid van de patiënt om de bekkenbodempunctie te (ont)spannen. De oefentherapeut dient altijd te twijfelen omdat met het uitwendig beoordelen van de bekkenbodem in combinatie met informatie uit de anamnese alleen een indruk gekregen kan worden en niet met zekerheid wat gezegd kan worden over de bekkenbodempunctie, organen en spieren in het gebied van het kleine bekken en het perineum. Tests met gebruik van palpatietechnieken vereisen een specifieke scholing en kunnen daarom alleen worden uitgevoerd door oefentherapeuten die zich hierin hebben bekwaamd.

#### 2.6.1 Activiteitenonderzoek

Op basis van de door de cliënt aangegeven probleemhandelingen en mogelijk nog te verwachten probleemhandelingen voert de oefentherapeut een activiteitenonderzoek uit om zich een beeld te vormen van de (mogelijk) relaties tussen ervaren klachten, beperkingen in het dagelijks leven, bewegingsgedrag en eventuele belemmerende factoren.

Bij het observeren van de probleemhandelingen is aandacht voor de ademhaling, overmatige of lage buikspierspanning, functioneren van de m. abdominis transversus bij opvang van de buikdruk, de bewegingsuitvoering en of er sprake is van compensaties voor bekkenbodempunctie (zwakte en/of hypertonie). 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. Indien een authentieke context niet mogelijk is of niet gewenst is, zoals bij het observeren van het toilethouding, wordt de activiteit -voor zover mogelijk- door de cliënt nagebootst of door de therapeut goed uitgevraagd.

Onderdelen van het activiteitenonderzoek die al dan niet uitgebreid aan bod dienen te komen zijn:

- Toiletgang bij aandrang (urgency-incontinentie) of de wijze waarop de cliënt de mictie uitstelt.
- Toilethouding. Hierbij gaat het om de mictiehouding die de patiënt gewoonlijk aanneemt en welke oplossingen de patiënt zelf heeft bedacht. Maar ook of de patiënt bekend is met een efficiënte houding om goed te kunnen (uit)plassen en de moeite die het de patiënt

kost deze houding aan te nemen.

- Activiteiten uit het dagelijks leven van de patiënt die gepaard gaan met verhoging van de intra-abdominale druk of piekbelasting zoals bij (trap)lopen, tillen, dragen, springen, hoesten.

## 2.6.2 Specifiek onderzoek

In het specifiek onderzoek vormt de oefentherapeut zich door middel van observaties, fysieke metingen en gestandaardiseerde tests en palpaties<sup>6</sup> een beeld van de gegeneraliseerde en lokale toestand van het bewegingssysteem en aan beweging verwante systemen: soort, en mate van variabiliteit van bewegingsstrategieën, deficiënties in bijvoorbeeld proprioceptie, coördinatie, kracht, lenigheid, alertheid, disbalans in mechanische belasting, en spieractiviteit. Het doel is andere functionele stoornissen uit te sluiten, de diagnose te bevestigen, de fysieke belastbaarheid in te schatten en te achterhalen of er sprake is van compensaties en adaptaties (Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015).

Onderdelen van het specifiek onderzoek kunnen ook voorafgaan aan het activiteitenonderzoek. De bevindingen uit het specifiek onderzoek worden altijd weer bekeken in relatie tot bewegingsgedrag in dagelijkse houdingen en activiteiten.

Onderdelen van het specifiek onderzoek die al dan niet aan bod dienen te komen:

- Houding- en bewegingsmogelijkheden en (tijdelijke) compensaties:
  - Stand en bewegingsmogelijkheden van lendenwervelkolom, bekken, heupgewrichten en benen in staande houding, tijdens zitten en tijdens bewegen. Te verwachten patroon: endorotatie en adductie van de benen en retroflexie van het bekken, mogelijk als compensatie van bekkenbodemspierinsufficiëntie al dan niet gepaard gaande met pijn of bewegingsbeperking.
  - In staande houding palpatie van het os coccygis.
- Observeren van de ademhaling in rust en tijdens activiteit.
- Functies bekkengordelmusculatuur, m.n. buikspieren en bekkenbodemspieren:
  - Observatie buikcontour (diastase, asymmetrie), spanning van de buikspieren.
  - Contraheren van de buikspieren. Aandacht voor m. transversus abdominis vanwege de co-contractie met de bekkenbodemspieren. Insufficiëntie van de m. transversus abdominis kan duiden op insufficiëntie van de bekkenbodemspieren.
  - Samenwerking van de diepe spieren, te weten de m. transversus abdominis, mm. multifidi en bekkenbodemspieren. Een opgebolde buik zonder dat er sprake is van overgewicht kan een aanwijzing zijn voor disfunctie van de m. transversus abdominis. Contranutatiestand van het bekken kan een aanwijzing zijn voor disfunctie van de mm. multifidi of van een verstoorde agonist-antagonistwerking van de mm. multifidi en de bekkenbodemspieren.
  - Opvangreactie van verhoogde intra-abdominale druk observeren bij bijvoorbeeld hoesten.

---

<sup>6</sup> De (bekken)oefentherapeut zal de cliënt altijd om toestemming vragen om te mogen palperen.

- Vragen of patiënt de bekkenbodemspieren kan aan- en ontspannen; dit kan in verschillende houdingen zoals in ruglig met gebogen benen of in buiklig. Ook navragen of de patiënt in staat is het plassen tien seconden uit te stellen terwijl patiënt al op het toilet zit, omdat dit mogelijk een duidelijker aanwijzing is voor (dys)functie van de bekkenbodemspieren.
- Palpatie van het gebied rondom os coccygis in zijlig. Een lichte beweging op het ritme van de ademhaling waarbij de bekkenbodem tijdens de inademing naar buiten beweegt en tijdens de uitademing terugveert kan duiden op een normale tonus van de bekkenbodemspieren (Hodges, et al., 2007). Men dient alert te zijn op overactiviteit van de bekkenbodemspieren primair of als gevolg van aanpassing (als deze beweging niet kan worden waargenomen door de patiënt).
- Palpatie perineum tijdens contracties om een indruk te krijgen van de mogelijkheid tot bewuste aanspanning.
- Valsalva manoeuvre om een indruk te krijgen van de daling van het perineum.
- Hoesttest. Bij het vermoeden van stressincontinentie, is de hoesttest de meest betrouwbare klinische test om de diagnose te bevestigen (Khandelwal & Kistler, 2013).
- Functie van been- en bilspielen
  - Tonus, lengte en timing met aandacht voor agonist-antagonistwerking van de heupadductoren en -abductoren en van de heupflexoren- en extensoren.
  - Tonus van de diepe bilmusculatuur zoals m. piriformis, m. obturatorius internus en externus, mm. gemelli en m. quadratus femoris.
  - Kracht gluteaal spieren.

### 2.6.3 Aanvullend onderzoek door derden

Bij twijfel over, of voor controle van de bekkenbodemfunctie kan expertise van een bekkenfysiotherapeut worden gevraagd. Hierbij formuleert de (bekken)oefentherapeut een intercollegiale hulpvraag.

Een prolaps heeft een grote familiäre overerving en geeft vaak in het begin weinig symptomen. In geval van het voorkomen van prolaps in de familie kan het zinvol zijn de patiënt te adviseren dit te laten checken.

*Bijlage 5a Hulpvraag inwendig onderzoek aan bekkenfysiotherapeut, verloskundigen, (huis)arts.*

*Bijlage 5b Hulpvraag aan bekkenfysiotherapeut*

## 2.7 Probleemdefinitie: beroeps specifieke analyse en oefentherapeutische (werk)diagnose

De oefentherapeut analyseert en interpreteert alle verkregen gegevens uit verwijzing / screening, anamnese en het beroeps specifieke onderzoek, met aandacht voor de belemmerende en bevorderende factoren. Er wordt een waarschijnlijkheidsdiagnose opgesteld en vastgesteld of er sprake is van een indicatie oefentherapie of bekkenoefentherapie. Als er een indicatie is voor (bekken)oefentherapie worden er behandeldoelen besproken en een behandelplan, inclusief evaluatiemomenten opgesteld.

*Bijlage 4: Checklist analyse en conclusies.*

Indien het beweeggedrag niet van invloed is op het gepresenteerde probleem en er geen mogelijkheden zijn voor het oefenen van functies wordt het zorgverlenersproces stopgezet en de patiënt geadviseerd zich te wenden tot de huisarts of een andere zorgverlener.

Niet alle oorzaken en gevolgen van urine-incontinentie zijn volledig inzichtelijk te krijgen met behulp van de diagnostische mogelijkheden van de oefentherapeut. Het interpreteren van de bevindingen uit anamnese en het onderzoek naar alle facetten vereist veel ervaring. Ook het uitvoeren van de diagnostische palpaties vereist 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 bekkenbodempunctiestoornis, een bekkenoefentherapeut of bekkenfysiotherapeut te consulteren of de cliënt met een intercollegiale hulpvraag (tijdelijk) door te verwijzen.

*Bijlagen 5*

De werkgroep is van mening dat de volgende diagnostische handelingen specifieke scholing vergen:

- palpatie os coccygis
- uitwendige palpatie bekkenbodempunctie
- palpatie bekkenmusculatuur
- mobilisatietesten- en technieken van SI-gewrichten, symfyse en os coccygis
- atonisatie technieken van musculatuur rondom buik- bekken en lage rug .

Deze handelingen behoren niet tot de competenties van de afgestudeerde oefentherapeut. Therapeuten die scholing gevolgd hebben om deze technieken uit te voeren zijn bekwaam en kunnen deze handelingen wel verrichten. Geregistreerde bekkenoefentherapeuten zijn geschoold in al deze handelingen.

## Hoofdstuk 3. Interventiefase

De interventiefase omvat de behandeling, de evaluatie en de afsluiting van de behandeling. In de overgang van diagnostische fase naar de daadwerkelijke interventie formuleert de oefentherapeut in samenspraak met de patiënt behandeldoelen. Deze vormen de basis voor de behandeling, evaluatiemomenten en in te zetten evaluatie-instrumenten, vastgelegd in een behandelplan (Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015).

Dit hoofdstuk beschrijft in grote lijnen aandachtsgebieden voor het oefentherapeutisch handelen bij stressincontinentie en urgency-incontinentie. Bij de gecombineerde vorm van stress -en urgency-incontinentie zal de therapeut behandeldoelen en behandelplan afstemmen op de meest op de voorgrond tredende functiestoornissen en beperkingen in activiteiten. Uiteindelijke keuzes maakt de behandelend therapeut op basis van bevindingen uit de diagnostische fase en tijdens het behandelproces.

Uit de literatuursearch die voor deze richtlijn is uitgevoerd, blijkt dat oefenen van de bekkenbodemspieren effectief is. Conclusies en de klinische boodschap zijn beschreven in paragraaf 3.2. Ook heeft de werkgroep gekeken naar de inhoud van de gehanteerde programma's en heeft aandachtspunten bij het oefenen verwerkt in paragraaf 3.5 *Behandelprogramma en behandelproces*. Paragraaf 3.6 bevat de *verantwoording en toelichting* van de uitgevoerde literatuursearch en een korte beschrijving van de geïnccludeerde studies.

### 3.1 Behandeldoelen

Eindoelen van de oefentherapeutische behandeling zijn gericht op het opheffen of verminderen van klachten, functiestoornissen en van beperkingen in activiteiten en participatie of het voorkomen van chroniciteit. Mogelijke doelen van het behandelen van patiënten met urine-incontinentie zijn onderverdeeld in specifieke en algemene doelen<sup>7</sup>. Specifieke behandeldoelen:

- Opheffen of verminderen van urine-incontinentie en/of aandrangklachten.
- Vergroten van bewuste controle over de bekkenbodemspieren tijdens dagelijkse activiteiten.
- Verminderen angst voor urineverlies.

Algemene behandeldoelen:

- Het verminderen van (mogelijke) risicofactoren voor het voortbestaan van de klachten en het scheppen van voorwaarden voor herstel en aanpassingsprocessen.
- Vergroten kwaliteit van leven.
- 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

---

<sup>7</sup> Algemene doelen zijn gangbare doelen binnen het oefentherapeutisch handelen die de werkgroep belangrijk vindt bij patiënten met urine-incontinentie en zijn daarom opgenomen in deze richtlijn.

betrokkenheid leren patiënten haalbare doelen te stellen. Het stellen van realistische doelen is essentieel om zelfmanagementkwaliteiten te ontwikkelen en te leren van goede ervaringen.

### 3.2 Effect van oefentherapie op de mate van urine-incontinentie

In deze paragraaf is de conclusie beschreven van de uitgevoerde literatuursearch. De werkgroep heeft op basis van de geïncludeerde studies een klinische boodschap geformuleerd. Een beschrijving van de gevolgde methode, resultaten en een korte beschrijving van geïncludeerde artikelen zijn opgenomen in paragraaf 3.6.

#### **Conclusie**

Training van de bekkenbodemspieren heeft een positief effect op de 'Mate van urine-incontinentie' en op 'Kwaliteit van leven' bij vrouwen met urine-incontinentie.

De uitgevoerde review is ondersteunend voor oefentherapie als onderdeel van een eerstelijns conservatieve behandeling van vrouwen met stressincontinentie en andere typen urine-incontinentie. Over de grootte van het effect kunnen geen uitspraken worden gedaan aangezien in de uitgevoerde studie niet de effectsize is berekend. Over alleen urgency-incontinentie of gemengde incontinentie kunnen op basis van deze review geen uitspraken worden gedaan. Het effect op de lange termijn blijft onzeker aangezien er slechts één studie was die dit heeft onderzocht.

De werkgroep heeft geen conclusies kunnen trekken over training van de bekkenbodemspieren bij mannen omdat geen studies zijn gevonden waarin dat is onderzocht.

#### **Klinische boodschap**

- Bekkenbodetraining is effectief bij vrouwen met urine-incontinentie.
- In de beschreven interventies wordt er geoefend in meerdere uitgangshoudingen om de zwaarte van de oefeningen op te bouwen: liggend op de rug, in buiklig, knielend, zittend en staand.
- In de meeste studies wordt er gewerkt met een behandeling onder begeleiding van een professional. Daarnaast wordt er (dagelijks) thuis geoefend.
- Er is aandacht voor het onderscheid fasische maximaalcontracties (duur 2-4 sec.) en tonische duurcontracties of uithoudingsvermogen (5-12 sec.).
- Belang van rustmoment tussen sets van oefeningen wordt benadrukt.
- Belang van individuele benadering wordt benadrukt.

De werkgroep heeft de in de klinische boodschap genoemde aandachtspunten bij het oefenen verwerkt in paragraaf 3.5 Behandelprogramma en behandelproces.

### 3.3 Behandelplan

Relevante uitkomstmaten van de behandelinterventie gerelateerd aan behandeldoelen zijn:

1. Mate van urineverlies (frequentie, hoeveelheid)
2. Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, verbeteringen in het algemeen, invloed op arbeid.

Aan de hand van een individueel opgesteld haalbaar en gefaseerd behandelplan wordt gewerkt aan het verminderen of opheffen van klachten en belemmerende functiestoornissen, het verhogen van het activiteitsniveau en zelfmanagement. Hierbij spelen inzicht verwerven in verschillende aspecten van urine-incontinentie, bewustwording van het eigen (bewegings)gedrag, de mogelijkheid hier zelf verandering in aan te brengen, zelfstandig kunnen trainen en volhouden van het nieuwe gedrag een essentiële rol.

Binnen het oefentherapeutisch handelen is ook aandacht voor aspecten die in deze richtlijn niet verder zijn uitgewerkt, het gaat om:

- Verminderen van bewegingsangst, waarbij het leerproces is gericht op het leren herkennen en inschatten van signalen die iets zeggen over de eigen fysieke grenzen en daarmee leren omgaan.
- Informeren en adviseren over thuis oefenen en optimaal gezondheidsgedrag.
- Adviseren en coachen bij het opheffen of verminderen van eventuele omgevingsbarrières.
- Informeren en adviseren over psychosociale aspecten, over het gebruik van hulpmiddelen, lotgenotencontact, omgang met sociale omgeving en andere therapievormen.

Het handelen van een oefentherapeut is beschreven in het Beroepsprofiel Oefentherapeut.

De werkgroep heeft ervoor gekozen in deze paragraaf onderscheid te maken in aandachtsgebieden behandelplan stressincontinentie en urgency-incontinentie. Ondanks de gedeeltelijke overlap meent de werkgroep dat het apart beschrijven de leesbaarheid vergroot.

#### 3.3.1 Aandachtsgebieden behandelplan stressincontinentie

##### Subdoelen

- Verminderen / opheffen van urineverlies tijdens piekmomenten / intra-abdominale drukverhoging.
- Verkrijgen van bewuste controle over de bekkenbodemspieren.
- Verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren wat betreft coördinatie, kracht, uithoudingsvermogen, snelheid en tonus.
- Optimaliseren van de functionele samenwerking tussen de bekkenbodemspieren en de m. abdominis transversus, de mm. multifidi, de mm. glutei en de adductoren.
- Integratie van een optimale bekkenbodemfunctie in dagelijkse activiteiten en bij bekkenbodem gerelateerde functionele activiteiten, zoals toiletgang en seksualiteit.

##### Behandelplan functieniveau

Aandacht voor bewustwording, lichaamsbesef, inzicht, motorische controle:



- Bewust worden van de bekkenbodern en de invloed van de adernhaling en van de lichaarnsspanning op de bekkenbodern.
- Bewust leren aanspannen en ontspannen van de bekkenbodernspieren.
- Verbetering van de coördinatie van de adernbeweging in relatie tot de werking van de bekkenbodern.
- Verbetering van de kracht van de bekkenbodern.
- Optimaliseren van tonus, kracht en van de functionele samenwerking met de bekkenbodern van de m. abdominis transversus, de mm. multifidi, de mm. glutei en de adductoren.
- Optimaliseren van de functies van been- en bilspieren: tonus , lengte en timing met aandacht voor agonist -antagonistwerking van de heupadductoren en -abductoren en van de heupflexoren en -extensoren. Tonus van de diepe bilmusculatuur zoals m. piriformis, m. obturatorius internus en externus, mm. gemelli en m. quadratus femoris.

### **Behandelplan activiteiten-, en participatieniveau**

Aandacht voor bewustwording , inzicht, motorische vaardigheid, toepassing in het dagelijks leven:

- Toiletadviezen gericht op het aannemen van een goede houding op het toilet, ontspannen van de bekkenbodernspieren en het op een juiste manier legen van de blaas zonder druk.
- Bewustwording functie bekkenbodern tijdens activiteiten die gepaard gaan met intra-abdominale drukverhoging of piekbelasting zoals tijdens (trap)lopen, tillen, dragen, springen. Advies geven over en leren omgaan met piekbelastingen.
- In geval van een zwakke bekkenbodernspieren, adequaat leren afwisselen van de druk op de bekkenbodern gedurende de dag door te variëren in verticale en horizontale (rust) momenten.
- Het juist leren aanspannen dan wel ontspannen van de bekkenbodernspieren tijdens de door de patiënt aangegeven probleemhandeling.

De oefentherapeutische behandelstrategie kent een globale opbouw. De werkgroep adviseert om onderstaande opbouw aan te houden. Variatie is mogelijk en is afhankelijk van de gezondheidsproblemen van de patiënt.

### **Opbouw**

- Informatie geven over functie bekkenbodern en adernhaling.
- Mictiedagboek bijhouden gedurende drie dagen, voor het inventariseren van de mictiefrequentie, mate van het urineverlies en het evalueren van het behandelresultaat.
- Bewustwording van de bekkenbodern en vanuit ontspanning oefenen van het afwisselend aan- en ontspannen van de bekkenbodernspieren.
- Aanleren adequaat toiletgedrag.
- Aan- en ontspanning van de bekkenbodernspieren leren toepassen in het dagelijks leven.
- Oefeningen om de coördinatie, maximaalkracht, snelkracht en uithoudingsvermogen van de bekkenbodernspieren te verbeteren.

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

### **Contra-indicaties**

Stippeltjes plassen als oefening.

### **3.3.2 Aandachtsgebieden behandelplan urgency-incontinentie**

#### **Subdoelen**

- Verminderen of opheffen van aandrangklachten en eventueel aanwezige urineverlies.
- Beheersen van mictiedrang.
- Bewust leren aanspannen en ontspannen van de bekkenbodemspieren.
- Het verbeteren van tonus, coördinatie, kracht, snelheid en uithoudingsvermogen van de bekkenbodemspieren.
- Optimaliseren van de functionele samenwerking tussen de bekkenbodemspieren en de m. abdominis transversus, de mm. multifidi, de mm. glutei en de adductoren.
- Een optimale bekkenbodemfunctie in dagelijkse activiteiten en bij bekkenbodem gerelateerde functionele activiteiten, zoals toiletgang en seksualiteit.

#### **Behandelplan functieniveau**

Aandacht voor bewustwording , lichaamsbesef, inzicht, motorische controle.

- Uitleg over invloed van de ademhaling op de bekkenbodem bij een normaal adempatroon, laten voelen wat de patiënt zelf doet en zo nodig leren verbeteren.
- Uitleg over invloed van de algehele spierspanning op de bekkenbodem, laten voelen wat de patiënt zelf doet en zo nodig dit leren verbeteren.
- Het juist leren aanspannen dan wel ontspannen van de bekkenbodemspieren en bij zwakte van de bekkenbodemspieren oefenen van aan- en ontspannen van de bekkenbodem.
- Blaastraining <sup>P</sup> om de blaascapaciteit te verbeteren (vergroten of normaliseren) en meer urine te kunnen ophouden zonder naar het toilet te gaan of ongewenst urine te verliezen; gelijktijdig met de blaastraining oefenen van ontspanning en aanspanning en bij zwakte van de bekkenbodemspieren ook kracht verbeteren. Voorkomen van hyperactiviteit van de bekkenbodemspieren tijdens de uitstelmomenten.
- Optimaliseren van tonus, kracht en van de functionele samenwerking met de bekkenbodemspieren van de m. abdominis transversus, de mm. multifidi, de mm. glutei en de adductoren.
- Optimaliseren van de functies van been- en bilspijeren: tonus , lengte en timing met aandacht voor agonist-antagonistwerking over het heupgewricht van de adductoren en abductoren en van de flexoren en extensoren. Tonus van de diepe bilmusculatuur zoals m. piriformis, m. obturatorius internus en externus, mm. gemelli en m. quadratus femoris.

### **Activiteiten- en participatieniveau**

Aandacht voor bewustwording, inzicht, motorische vaardigheid, toepassing in het dagelijks leven.

- Bblastraining gekoppeld aan dagelijkse activiteiten en aan de sociale context.
- Adequaat leren afwisselen van de druk op de bekkenbodern tijdens de door de patiënt aangegeven probleemactiviteiten.
- Adviezen gericht op: - het op een ontspannen manier bereiken van het toilet, - een optimale houding aannemen op het toilet, - het willekeurig ontspannen van de bekkenbodern en op een juiste manier legen van de blaas zonder druk op de bekkenbodernspieren.
- Normaliseren mictiefrequentie. Bij een gemiddelde (1 á 1 ½ lt) vochtinname ongeveer 6 tot 8 keer per 24 uur (NHG 2015).

De oefentherapeutische behandelstrategie kent een globale opbouw. De werkgroep adviseert om onderstaande opbouw aan te houden. Variatie is mogelijk en is afhankelijk van de gezondheidsproblemen van de patiënt.

### **Opbouw**

- Informatie geven over functie bekkenbodern in relatie tot de aandrangklachten, invloed van ademhaling en van lichaamsspanning.
- Mictiedagboek bijhouden gedurende drie dagen, voor het inventariseren van de mictiefrequentie, ernst van het urineverlies en het evalueren van het behandelresultaat. Bewustwording van de bekkenbodern en vanuit ontspanning oefenen van bewuste, willekeurige controle van de bekkenbodernspieren.
- Aanleren adequaat toiletgedrag (frequentie en toilethouding) en toiletgang.
- Ontspanning bekkenbodernspieren in relatie tot ademhaling en spanningsregulatie.
- Leren de mictie uit te stellen volgens schema. De tijd tussen twee plasmomenten iedere week met 15 tot 30 minuten te verlengen tot interval van 3 tot 4 uur is bereikt, indien dit mogelijk is op een ontspannen manier.
- Oefeningen om de coördinatie, maximaalkracht, snelkracht en uithoudingsvermogen van de bekkenbodernspieren te verbeteren.
- Gefaseerd toewerken naar de normale dagelijkse activiteiten in relatie tot de hulpvraag.

### **Contra-indicaties**

Stippeltjes plassen als oefening.

### **3.4 Behandelprogramma en behandelproces**

De behandeling 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 doelen, inhoud en opbouw van de behandelsessies zijn daarom 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.

### 3.4.1 Behandelprogramma

De aandachtspunten voor het behandelprogramma zijn tot stand gekomen door een combinatie van de klinische boodschap die de werkgroep heeft geformuleerd op basis van de geïncludeerde artikelen (paragrafen 3.2 en 3.6) en de expertise van de werkgroep. De hierna genoemde herhalingen en seconden zijn een gemiddelde van hetgeen in de onderzoeken is gehanteerd (paragraaf 3.6 en klinische boodschap in paragraaf 3.2).

Aandachtspunten bij het verbeteren van de bekkenbodempunctie:

- Altijd zowel aan- als ontspannen oefenen.
- Meerdere oefenmomenten op de dag, 2 tot 4x.
- Maximaalkracht trainen, tussen 2 en 4 seconden vasthouden, 8-10 herhalingen, 3-10 series.
- Duurkracht of uithoudingsvermogen trainen, tussen 5 en 12 seconden vasthouden.
- Rustmomenten tussen oefensets.
- Coördinatie trainen (bv. liftoefening).
- Snelkracht trainen i.v.m. de functie van de bekkenbodem tijdens hoesten, niezen en sportactiviteiten.
- In dagelijkse activiteiten trainen met opbouw in fasen:
  - Actief aanspannen van bekkenbodemspieren voorafgaand aan een moment van intra-abdominale drukverhoging, max. 10 tellen vasthouden en loslaten tot basisspanning, de Knack.
  - Een normale basistonus herkennen en toepassen in combinatie met lage buikademhaling tijdens veel voorkomende dagelijkse houdingen als zitten en staan. Bekkenbodemspieren bewust aan- en ontspannen tijdens dagelijkse kortdurende inspanningen als bukken en tillen.
  - Bij een goed getrainde bekkenbodem gaat deze beter functioneren zodat getraind kan worden op activiteiten waarbij een langdurige belasting plaatsvindt, bijvoorbeeld in werk en tijdens sporten. In combinatie met een flankenademhaling. Des ondanks is het aan te raden bij piekbelastingen actief en bewust de bekkenbodemspieren te blijven aanspannen en daarna weer bewust te ontspannen.

### 3.4.2 Behandelproces en (tussentijds) behandelresultaat

De vermoedelijke behandelduur is 3 à 6 maanden. Na 6 weken moet enig effect merkbaar zijn.

De werkgroep gaat ervan uit dat de kans op volledig herstel met oefentherapie klein is in de volgende gevallen:

- Een dysfunctie van het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme. Dit mechanisme zelf lijkt niet beïnvloedbaar door oefeningen. De kans op volledig herstel door bekkenbodemoefeningen is daarom klein bij deze patiëntencategorie.

- Een prolaps kan een reden zijn voor het incontinent zijn voor urine. Urine-incontinentie kan ondanks een optimale functie van de bekkenbodemspieren blijven bestaan. Verder specialistisch onderzoek en advies is hierbij geïndiceerd. Voor meer informatie over prolaps verwijst de werkgroep naar de Richtlijn Prolaps van de NVOG uit 2014.
- Het eventueel nog optreden van een reflexactiviteit van de bekkenbodem tijdens bijvoorbeeld niezen, hoesten is niet actief te oefenen.

De werkgroep adviseert bij uitblijven van enig resultaat na 6 weken de patiënt met een intercollegiale hulpvraag (tijdelijk) door te verwijzen naar een bekkenfysiotherapeut of terug te verwijzen naar de huisarts of behandelend specialist.

*Bijlage 5 intercollegiale hulpvraag.*

### 3.5 Evaluatiesystematiek

In het behandelplan is de evaluatiesystematiek beschreven (Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015). In de evaluatiesystematiek is aangegeven wanneer evaluatie plaatsvindt, welke meetinstrumenten worden ingezet en zo mogelijk wat besliscriteria zijn voor doorgaan, stoppen, terugverwijzen of (tijdelijk) doorverwijzen naar een andere zorgverlener (Richtlijn Verslaglegging 2014).

Gevalideerde meetinstrumenten die op basis van werkdiagnose en gestelde behandeldoelen kunnen worden ingezet:

- Global Percieved Effect (GPE). De GPE is een evaluatief meetinstrument waarmee de mening van de patiënt over het herstel wordt gemeten aan de hand van gesloten vragen.
- PRAFAB (zie paragraaf 2.5)
- IIQ (Utomo E, et al. 2015) (zie paragraaf 2.5).
- Mictielijst (zie paragraaf 2.5)

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/medebehandelaars. 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?
- Heeft betrokkene voldoende 'bewegingsvertrouwen' herkregeen?
- Heeft betrokkene voldoende motivatie en discipline om zelfstandig de noodzakelijke trainings-en bewegingsactiviteiten vol te houden?

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

### 3.6 Verantwoording en toelichting

#### **Uitgangsvraag**

Wat is het effect van pelvic floor muscle training (exercise therapy) op de mate van Urine Incontinentie en Kwaliteit van leven, bij mensen met urine-incontinentie (stressincontinentie, urgency-incontinentie en mixed incontinentie)?

#### **Methode**

Op 22 september 2016 is er gezocht in de Cochrane Library database met de zoekterm 'Urinary Incontinence' in het tijdvak 2011-2016, met als resultaat 37 artikelen. Na lezen van titel en samenvatting zijn 2 reviews overbleven over het effect van pelvic floor muscle training (PFMT) bij mensen met urine-incontinentie: Boyle (Boyle, et al., 2012) en Dumoulin (Dumoulin, et al., 2014). Deze 2 reviews zijn als uitgangspunt genomen voor dit literatuuronderzoek. In de loop van het onderzoeksproces (fase 2) bleek het i.v.m. tijd niet haalbaar om de doelgroep zwangeren mee te nemen. Vanaf dat moment is besloten om alleen de review van Dumoulin als uitgangspunt te nemen.

**Doorzochte Databanken:** Cochrane Library, PubMed, CINAHL, SPORTDiscus en Embase

#### **Fase 1**

Op 10 november 2016 is er gezocht naar aanvullende RCT's en CT's vanaf 7 februari 2012 (vervolg op review Boyle) - tot aan de datum van de zoekactie.

De zoekopdracht is ingedeeld in twee blokken met zoektermen voor urine incontinentie in blok 1 en zoektermen voor oefentherapie in blok 2. Beide blokken zijn middels 'AND' met elkaar gecombineerd. Het geheel is begrensd door een filter op publicatietype en een filter op datum. Er is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van MeSH termen en title / abstract termen voor een zo gunstig mogelijke verhouding tussen vangst, precisie en ruis. Daarnaast zijn literatuurverwijzingen uit de gevonden studies gebruikt om relevante artikelen te traceren. Er is voor Pubmed de volgende zoekstring opgesteld: ("Urinary Incontinence"[Mesh] OR urinary incontinence[tiab]) AND ("Exercise Therapy"[Mesh] OR exercise therapy[tiab] OR therapeutic exercise\*[tiab] OR "pelvic floor muscle training"[tiab] OR pelvic floor exercise\*[tiab]) AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp]) AND ("2012/02/07"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]))

De PubMed zoekstring is overeenkomstig vertaald naar de andere databanken. Hierbij is een informatiespecialist van de Hogeschool Utrecht geraadpleegd.

#### **Fase 2**

De in- en exclusiecriteria zijn toegepast op titel en abstract van de geselecteerde artikelen in fase 1. Dit is uitgevoerd door twee beoordelaars. Wanneer beoordelaar 1 en 2 het niet met elkaar eens waren, heeft de 3<sup>e</sup> beoordelaar het definitieve oordeel gegeven. De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd:

- Preventie
- Prolaps als co-morbiditeit
- Cost-effectiveness, responsiveness studies mits ook resultaten op QOL en SUI outcome measures beschreven

- Beschreven interventie is uitvoerbaar door en behoren tot de interventies die de oefentherapeut uitvoert (bv. groepssessies en informatievoorziening)
- Obese mensen
- Thuiswonende ouderen
- Resultaten van of alleen controlegroep of interventiegroep is voldoende

De volgende exclusiecriteria zijn gehanteerd:

- Oncologie
- Kinderen
- Adolescenten
- Zwangeren
- Mannen na prostatectomie
- Biofeedback
- Elektrische stimulatie
- Mensen in verpleeghuizen
- Yoga
- Web-based interventies

#### *Level of agreement*

Per databank is bij elke zoekronde de level of agreement bepaald. Hierbij is een Cohens kappa waarde van  $> 0.7$  geaccepteerd als voldoende level of agreement. Bij onvoldoende level of agreement worden de in- en exclusiecriteria aangescherpt. Vervolgens zijn de artikelen opnieuw beoordeeld.

#### **Fase 3**

De in- en exclusiecriteria zijn toegepast op de geselecteerde full-text artikelen uit de geselecteerde artikelen in fase 2. Dit is uitgevoerd door twee beoordelaars. Wanneer beoordelaar 1 en 2 het niet met elkaar eens waren, heeft de 3<sup>e</sup> beoordelaar het definitieve oordeel gegeven.

#### *Level of agreement*

Per databank is bij elke zoekronde de level of agreement bepaald. Hierbij is een Cohens kappa waarde van  $> 0.7$  geaccepteerd als voldoende level of agreement. Bij onvoldoende level of agreement worden de in- en exclusiecriteria aangescherpt. Vervolgens zijn de artikelen opnieuw beoordeeld.

#### *Data-extractietabel*

Van de geselecteerde artikelen uit fase 3 is er door één beoordelaar een data-extractietabel gemaakt met een beschrijving van de volgende gegevens: beschrijving interventie en resultaten op de uitkomstmaten 'mate urine-incontinentie' en 'kwaliteit van leven'.

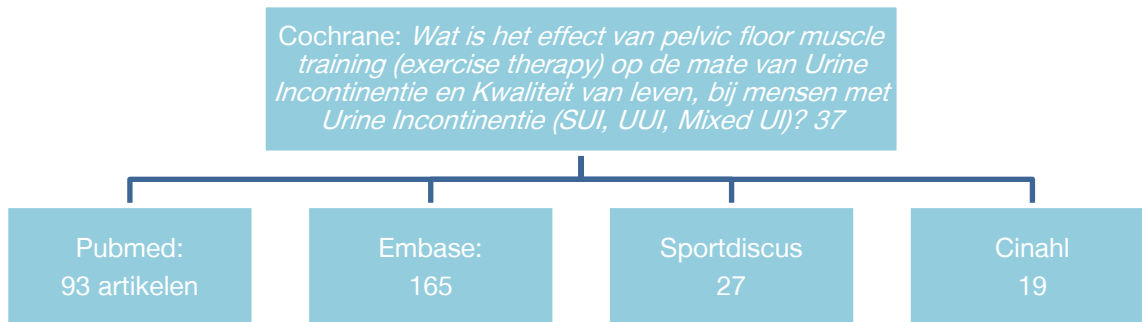
#### *Methodologische kwaliteit*

Van de geselecteerde artikelen uit fase 3 is de methodologische kwaliteit bepaald aan de hand van de Pedro-scorelijst door twee beoordelaars. Artikelen zijn geïncludeerd bij een score  $\geq 6$ .

#### Fase 4

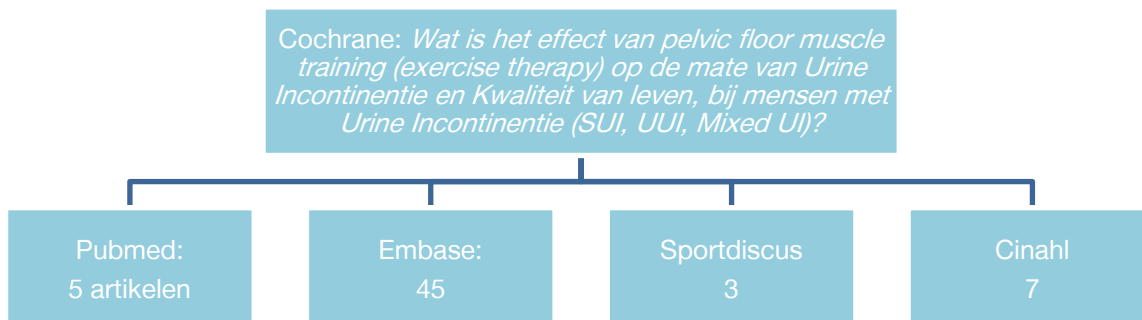
Aan de hand van de geselecteerde artikelen uit fase 3 is er antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. De resultaten van de interventie op 'Kwaliteit van leven' en op 'Mate van urine incontinentie' zijn vergeleken met de resultaten van de review van Dumoulin (2014). Ook is gekeken naar de vergelijkbaarheid van deze studies met Dumoulin (2014) met betrekking tot gegeven interventie.

**Fase 1** heeft 341 resultaten opgeleverd. Hieronder zijn de zoekresultaten per databank weer gegeven.



#### Fase 2

Vanaf dit moment is de keuze gemaakt om alleen de review van Dumoulin (2014) als uitgangspunt te nemen en zwangeren dus ook toe te voegen aan de exclusiecriteria. De in- en exclusiecriteria zijn toegepast op titel en abstract van de 304 geselecteerde artikelen uit fase 1. Dit leverde een selectie op van 60 artikelen. Hieronder zijn de resultaten per databank weergegeven.





### *Level of agreement fase 2*

Hieronder is per databank de Cohens Kappa waarde berekend:

DATABANK	COHENS KAPPA
COCHRANE	0,874
EMBASE	0,838
PUBMED	0,743
CINAHL	0,890
SPORTDISCUS	0,809

### **Fase 3**

De in- en exclusiecriteria zijn toegepast op de full-text artikelen geselecteerd in fase 2. Van de 60 artikelen zijn er 36 artikelen geïncludeerd om mee te gaan in de resultaten van deze literatuurstudie.

### *Level of agreement fase 3*

Hieronder is per databank de Cohens Kappa waarde berekend:

DATABANK	COHENS KAPPA
REF 1-30	1,00
REF 30-60	0,782

### *Data-extractietabel*

Van de geselecteerde 36 artikelen uit fase 3 is een data-extractietabel gemaakt. Per studie is er een beschrijving weer gegeven van de interventie en resultaten op de uitkomstmaten 'mate UI' en 'kwaliteit van leven'.

### *Methodologische kwaliteit*

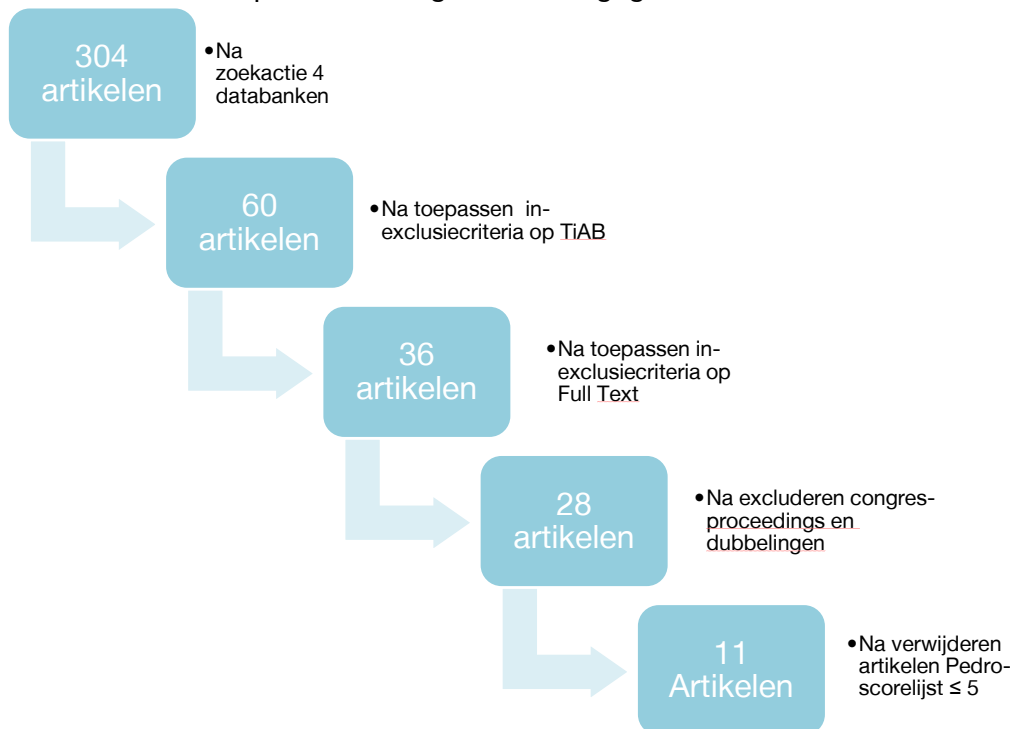
De artikelen met een Pedroscore van  $\geq 6$  zijn geselecteerd voor fase 4. De resultaten zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Artikel	<i>Pedro-score</i>
1. Azuri et al., (2016)	7
2. Celiker Tosun et al., (2015)	7
3. Golmakani et al., (2014)	7
4. Kafri et al., (2015)	7
5. Padmaja et al., (2014)	7
6. Delgado et al., (2013)	6
7. Jorde & Schweinle, (2014)	6

8. Labrie et al., (2014)	6
9. Pereira et al., (2012)	6
10. Tannenbaum et al., (2013)	6
11. Visser et al., (2015)	6

Bij deze analyse zijn nog 5 extra artikelen geëxcludeerd omdat het geen volledige artikelen, maar congressproceedings betrof. Op basis hiervan kan geen goede methodologische afweging worden gemaakt en geen data-extractie worden uitgevoerd. Ook bleken 3 artikelen dubbel voor te komen, zodat er nog 3 afvielen. Uiteindelijk bleven er 11 artikelen over voor fase 4.

Hieronder is de selectieprocedure nogmaals weergegeven:



#### Fase 4

##### Beschrijving Dumoulin (2014)

Dumoulin et al., (2014) hebben het effect onderzocht van bekkenbodemspiertraining op incontinentieklachten bij vrouwen in vergelijking met niets doen, een placebo en andere inactieve behandelingen (bijv. advies om pads te gebruiken en placebo-elektrostimulatie). Uitkomstmaten waren: 'mate van urine-incontinentie' (frequentie en hoeveelheid urineverlies) en 'kwaliteit van leven'. De reviewers hebben 18 studies geïncludeerd (gepubliceerd tussen 1990 en april 2013) met een omvang van totaal 1051 vrouwen met stressincontinentie, urgency-incontinentie of mixed incontinentie (541 vrouwen kregen de interventie 'Pelvic Floor

Muscle Training' en 510 vrouwen zaten in de controlegroepen). In 13 studies richt het onderzoek zich op vrouwen met stressincontinentie, in de overige 5 studies zijn alle drie de vormen van urine-incontinentie geïnccludeerd. De 18 studies omvatten een grote variatie aan interventies, populatie en uitkomstmaten. De gegeven PFMT is niet altijd duidelijk beschreven.

Vrouwen uit de PFMT-groepen rapporteerden vergeleken met de controlegroepen minder urineverlies, minder episoden per dag en een betere kwaliteit van leven. Het effect van PFMT was groter bij de vrouwen met stressincontinentie dan bij de vrouwen uit de onderzoeken met alle drie de typen incontinentie.

Dumoulin et al., (2014) concludeerde dat hun review ondersteunend is voor PFMT als onderdeel van een eerstelijns conservatieve behandeling van vrouwen met stressincontinentie en andere typen urine-incontinentie. Over alleen urgency- incontinentie of mixed incontinentie konden Dumoulin et al., (2014) op basis van hun review geen uitspraak doen. Het effect van PFMT op de lange termijn is volgens Dumoulin et al., (2014) onzeker en zou dan ook verder onderzocht moeten worden.

Deze resultaten ondersteunen het al bestaande advies om PFMT te adviseren in de eerste lijn bij vrouwen met zowel stress urine-incontinentie als een andere vorm van urine-incontinentie.

### **Beschrijving aanvullende artikelen**

In de 11 geïnccludeerde studies zijn vrouwen onderzocht in de leeftijd van 18-88 met stressincontinentie, urgency-incontinentie of mixed-incontinentie. De studieomvang varieert van 30 tot 460 personen.

In alle studies is bekkenbodempunctietraining vergeleken met geen interventie, een andere vorm van oefentherapie (bijvoorbeeld heuprotaties door Jordre & Schweinle, 2014) of een andere interventie (blaastraining, operatie, medicijnen, geneeskrachtige kruiden, gedragsmatige interventie). In alle studies zijn 'mate van urineverlies' en/of 'kwaliteit van leven' gehanteerd als uitkomstmaten.

In 9 studies is de inhoud van de PFMT beschreven. De informatie in deze studies over het oefenen varieert van aantal en duur van de contracties, lichaamshouding waarin geoefend werd, aantal oefensessies per dag en week tot gebruikte hulpmiddelen en adviezen. Onderstaand overzicht bevat per studie een beschrijving van de gegeven oefentherapeutische interventie.

<b>Studies met beoordeling Pedro 7</b>
(Padmaja, et al., 2014) Vergeleken interventies: PFMT + geneeskrachtige kruiden / PFMT + placebo  <i>Beschrijving PFMT:</i> 30 minuten durende trainingssessie bij een fysiotherapeut bij bezoek 1. Inhoud: oefeningen gericht op bewustwording bekkenbodemspieren, gericht op stoppen en starten urinestraal. Daarna moesten ze de dijbenen en billen bij elkaar knijpen en de buikspieren aanspannen. Doel hiervan was om een contractie

van bekkenbodemspieren te krijgen. Vervolgens bekken achterover kantelen om lagere buikspieren te versterken. Vervolgens bekkenbodemspieren aanspannen (Kegel's exercise). Gelijktijdig werden frequentie en duur van de contracties groter. Hierbij moest men bewust bekkenbodemspieren naar binnen en omhoog spannen. 20 contracties 4 x per dag tot 200 contracties per dag waren geïnstrueerd. Deze oefening moest in verschillende uitgangshoudingen worden uitgevoerd: zitten, knielen, staand met gespreide benen en liggen. Ze moesten Kegel's oefeningen dagelijks thuis uitvoeren.

(Golmakani, et al., 2014)

Vergeleken interventies: Behavioral Intervention (BI) / PFMT + cones

*Beschrijving PFMT:* 10 sec. aanspannen resp. 10 sec. ontspannen; 1e week 10 x per dag, per week 10 erbij tot 40 x per dag in week 4. Oefeningen werden in 4 posities uitgevoerd: ruglig, buiklig, knielend, staand.

(Celiker Tosun, et al., 2015)

Vergeleken interventies: PFMT / controlegroep

*Beschrijving PFMT:* 30 minuten sessies gedurende 12 weken. De eerste 2 weken 3x per week.

1<sup>e</sup> bijeenkomst: informatie over anatomie, functies en hygiëne. Eerste 2 weken: houdingsoefeningen en uitleg over invloed van houding ; daarna oefeningen om te leren de bekkenbodemspieren te spannen zonder cocontractie van omliggende musculatuur. Vervolgens per deelnemer een individueel schema, rekening houdend met de sterkte/zwakte van de bekkenbodemspieren, propriocepsisverlies en individuele grenzen. Individueel advies over welke oefeningen, aantal herhalingen, duur contractie, rust tussen contracties en oefenfrequentie per week. Aandacht voor lichaamshouding en toepassing in ADL; als coördinatie training: aanspannen bekkenbodem vlak voor en tijdens hoesten, niezen, tillen (the 'knack').

(Kafri, et al., 2013) (Azuri, et al., 2016)

Vergeleken interventies: PFMT / Blaastraining / CPFR (combined pelvic floor rehabilitation) / medicijnen

*Beschrijving PFMT:* 3 sets van 8-12 langzame max. contracties durend van 6-8 sec. in verschillende uitgangshoudingen beginnend met lig daarna opbouwend naar staan. Deelnemers zetten hun PFMT thuis voort waarbij de oefeningen werden opgeschreven.

Blaastraining: 3 componenten; 1)educatie over blaasfunctie en hoe continentie functioneert. 2) toename intervallen tussen legen blaas 3) positieve bekrachtiging, aanmoediging en psychologische steun.

CPFR: Blaastraining en PFMT en gedragsmatige adviezen; onderwijs over darmfunctie, vermijden van obstipatie, aanpassen van vocht inname, toename van dagelijkse activiteiten en houdingsconsultatie.

#### **Studies met beoordeling Pedro 6**

(Visser, et al., 2015)

Vergeleken interventies: gedragsmatige interventie / blaastraining / PFMT

*Beschrijving PFMT:* niet

(Labrie, et al., 2014)

Vergeleken interventies: bekkenfysiotherapie / operatie

*Beschrijving PFMT :* De bekkenfysiotherapie omvatte educatie over functie bekkenbodempieren, blaasfunctie en hoe de bekkenbodempieren aan te spannen. Toepassing: kort voor een druk verhogend moment (zoals niezen) de bekkenbodempieren aanspannen. Onder begeleiding werd een opbouwend programma uitgevoerd van 8-12 contracties, 3 keer per dag. Behandelfrequentie: 1 keer per week of 1 keer per 2 weken (afhankelijk van ernst symptomen en behandeldoelen, therapietrouw en de vaardigheid van de vrouwen om de spiercontracties uit te voeren). Wanneer vrouwen niet in staat waren om de spieren te contraheren werden er hulpmiddelen ingeschakeld zoals tast, tikken en massage om het bewustzijn van deze spieren te vergroten. Ook biofeedback of functionele elektrostimulatie kon hierbij worden ingezet.

(Jordre & Schweinle, 2014)

Vergeleken interventies: PFMT / RHR-training (heuprotaties)

*Beschrijving PFMT:* 2x daags 5 minuten geïsoleerde bekkenbodempierencontracties volgens een protocol, bestaande uit:

1. 1 set van 20 x 5 sec aanspannen, 5 sec rust
2. 1 set van 20 snelle flicks voor 1 a 2 sec cues gebruikt bij oefenen en tip om PFM te 'voelen' en tips om ongewenste bijbewegingen te vermijden.

De RHR training bestond uit 2x daags 5 min. heupoefeningen (rotaties) volgens protocol:

1. endo- en exorotatie met diafragmale ademhaling gedurende 10x in-uitademen
2. 10x exorotatie met een weerstandsband, 5 seconden vasthouden en 5 sec rust
3. 10x endorotatie/adductie, met weerstand van 9 inch. een zachte opblaasbare bal

(Tannenbaum, et al., 2013)

Vergeleken interventies: evidence-based zelfmanagementprogramma met / educatie over urine-incontinentie

*Onderwerpen educatie:* obesitas, cafeïne houdende dranken, roken, constipatie en gebruik van een dagboek. Aanpak van zwakke bekkenbodempieren vormde een onderdeel van het zelfmanagementprogramma. De inhoud hiervan is niet beschreven.

(Delgado, et al., 2013)

Vergeleken interventies: PFMT / PFMT + weerstand

*Beschrijving PFMT:* De standaard PFMT bestond uit 5 snelle en 5 langzame (aanhoudende) intensieve contracties van de bekkenbodempieren, 2x per dag

gedurende 16 weken (op basis van NICE aanbevelingen: minimaal 8 contracties 3x daags).

(Pereira, et al., 2012)

Vergeleken interventies: PFMT / PFMT + cones / controlegroep

*Beschrijving PFMT:* Informatie over anatomie bekkenbodern en continentie mechanismen. Versterkende oefeningen voor de bekkenbodern in liggende, zittend en staande positie. De moeilijkheidsgraad nam toe d.m.v. aanpassen houding waarin geoefend werd, toename van aantal herhalingen en van de duur van de aangehouden contractie. Gemiddeld werden er 100 contracties per sessie uitgevoerd: fasische contracties (duur 3 sec gevolgd door 6 sec rust) en tonische contracties (duur 5-10 sec gevolgd door 10-20 sec rust). Om de bekkenbodernspieren niet te veel te vermoeien werd er toegezien op de rusttijd tussen de oefeningen en de duur van de contracties werd langzaam opgevoerd. Men startte met de contractieduur die bij elke vrouw individueel was gemeten bij de 0-meting; elke week werd dit met 1 sec opgevoerd (met een max van 10 sec.). Na de sessie kregen de deelnemers een folder mee met informatie over de oefeningen en het belang om de oefeningen ook thuis uit te voeren, 2 x per week. Daarnaast droeg deze groep een vaginale cone tijdens de oefensessie. Thuis oefende deze groep zonder cone.

### Effect op uitkomstmaten

Alle 11 studies melden een significant positief effect van PFMT op 'kwaliteit van leven' en 'mate van urineverlies' ten opzichte van de 0-meting. In 2 studies is een positief effect gevonden maar bleek de controlegroep nog beter af te zijn: vrouwen die geopereerd zijn (Labrie et al., 2014) en een groep die naast de PFMT geneeskrachtige kruiden gebruikte (Padmaja et al, 2014). In 2 studies is er geen significant verschil in positief effect tussen de PFMT en een andere oefenmethode bestaande uit heuprotaties (Jordre & Schweinle, 2014) of een gecombineerd programma van PFMT, blaastraining en gedragsmatige adviezen (Kafri et al., 2013).

De studie van Azuri et al., omvat een follow-up na vier jaar bij de vrouwen met urgency-incontinentie uit het onderzoek van Kafri et al., (2013) (Azuri et al., 2016). Alle groepen (PFMT, medicijnen, blaastraining en gecombineerd PFMT, baastraining en adviezen) waren significant verbeterd op de uitkomstmaten 'mate van urineverlies' en 'kwaliteit van leven'. Het aantal urgency-incontinentie episodes per week daalde en de I-QOL scores verbeterden significant in alle groepen.

### Conclusie met betrekking tot de uitgangsvraag

De aanvullende literatuur van 2012 tot heden, ondersteunt de conclusie van Dumoulin et al., (2014): PFMT heeft een positief effect op 'Mate van urine-incontinentie' en 'Kwaliteit van leven' bij vrouwen met urine-incontinentie.

Over de grootte van het effect kunnen geen uitspraken worden gedaan aangezien in deze studie niet de effectsize is berekend. Deze review is ondersteunend voor PFMT als onderdeel van een eerstelijns conservatieve behandeling van vrouwen met stressincontinentie en andere typen urine-incontinentie. Over alleen urgency-incontinentie of mixed incontinentie kunnen op

basis van deze review geen uitspraken worden gedaan. Het effect van PFMT op de lange termijn blijft onzeker aangezien er slechts 1 studie was die dit heeft onderzocht. Er zijn geen studies gevonden over PFMT bij mannen.

### **Klinische boodschap**

- Bekkenbodemtraining is effectief bij vrouwen met urine-incontinentie.
- In de beschreven interventies wordt er geoefend in meerdere uitgangshoudingen om de zwaarte van de oefeningen op te bouwen: liggend op de rug, in buiklig, knielend, zittend en staand.
- In de meeste studies wordt er gewerkt met een behandeling onder begeleiding van een professional. Daarnaast wordt er thuis (dagelijks) geoefend.
- Er is aandacht voor het onderscheid fasische (duur 3 sec.) maximaalcontracties en tonische (5-12 sec.) duurcontracties.
- Belang van rustmoment tussen sets van oefeningen wordt benadrukt.
- Belang van individuele benadering wordt benadrukt ( 0-meting en op basis hiervan gaan uitbreiden).

## Literatuurlijst

- (ICS), I. C. (2015, Augustus). <https://www.ics.org/public>. Opgehaald van ICS.
- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. (2013). *Incontinence, 5th Edition*. International Consultation on Incontinence edition:5 location:Paris date:February 2012: ICUD-EAU.
- Ashton-Miller, J., Howard, D., & DeLancey, J. (2001). The functional anatomy of the female pelvic floor and stress continence control system. *Scand J Urol Nephrol Suppl. 2001; (207):1-7*.
- Azuri, J., Kafir, R., Ziv-Baran, T., & Stav, K. (2016). Outcomes of Different Protocols of Pelvic Floor Physical Therapy and Anti-Cholinergics in Women With Wet Over-Active Bladder: A 4-Year Follow-Up. *Neurourology and Urodynamics, DOI 10.100*. <https://doi>.
- Bo, K., Frawley, H., Haylen, B., Abramov, Y., Almeida, F., Berghmans, B., . . . Wells, A. (2016). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodynam 9999:1-24*.
- Boer, P., Vereecken, R., & Voogt, H. d. (1987). *Urology*. Utrecht : Bunge .
- Boyle, R., Hay-Smith, E., Cody, J., & S., M. (2012). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD007471. DOI: 10*.
- Celiker Tosun, O., Mutlu, E. K., Ergenoğlu, A. M., Yeniel, A., Tosun, G., Malkoc, M., & ... Itil, I. (2015). Does pelvic floor muscle training abolish symptoms of urinary incontinence? A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation, 29(6), 525-537. ht*.
- Cerruto, M., D'Elia, C., Aloisi, A., Fabrello, M., & Artibani, W. (2013). Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int 2013;90:1-9; DOI: 10.1159/000339929*.
- Chorus, A., Perenboom, R., Hoffstetter, H., & Stadlander, M. Z. (2014). *Indicatie van de zorgvraag in 2030: Prognoses van functioneren en chronische aandoeningen*. TNO/LS 2014 R 10798 (Rotterdam) en TNO/LS 2014 R 10792 (Amsterdam). .
- Delgado, D., White, P., Trochez, R., & Drake, M. J. (2013). A pilot randomised controlled trial of the pelvic toner device in female stress urinary incontinence. *Spinger, 24, 1739-1745. https://doi.org/10.1007/s00192-013-2107-x*.
- Dumoulin, C., Hay-Smith, E. J., & Habée-Séguin, G. M. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment , or inactive control treatments , for urinary incontinence in women ( Review ) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (5). <https://doi.or>.
- Dumoulin, C., Hay-Smith, E., & Mac Habée-Séguin, G. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 5. Art. No.: CD005654. DOI: 10.1002/146*.
- Eliasson, K., Elfving, B., Nordgren, B., & E., M. (2008). Urinary incontinence in women with



- low back pain. . *Man Ther.* 2008 Jun;13(3):206–12.
- Goldstick, O., & Constantini, N. (2013). Urinary incontinence in physically active women. *Br J Sports Med Published Online First: May 18 2013 doi:10.1136/bjsports-2012-091880.*
- Golmakani, N., Khadem, N., Arabipoor, A., Kerigh, B. F., & Esmaily, H. (2014). Behavioral Intervention Program. *Oman Medical Journal*, 29(1), 32–38.
- Gyhagen, M., Bullarbo, M., Nielsen, T. F., & Milsom, I. (2013). A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes. : *a national cohort study in primiparous women. BJOG 2013 120: 12: 1548-1455.*
- Halfens, R., Meesterberends, E., Rijcken, S., Schols, J., & Wolters, S. .. (2016). *Rapportage Resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit 2015.* Maastricht University, 2016.
- Hannestad, Y., Rortveit, G., Daltveit, A., & Hunnskaar, S. (2003). Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study; . *BJOG:an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. March 2003, Vol. 110, p.*
- Hannestad, Y., Rortveit, G., Sandvik, H., & Hunnskaar, S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPICONT study. *Journal of Clinical Epidemiology 2000;53:1150–7.*
- Haylen, B., de Ridder, D., Freeman, R., Swift, S., Berghmans, B., Lee, J., . . . Schaer, G. (2010). Standardisation and Terminology Committees IUGA and ICS, Joint IUGA / ICS Working Group on Female Terminology. *Neurourol Urodyn. 2010;29(1):4-20. DOI: 10.1002/nau.20798. Int Urogynecol J (2010) 21:5-26 DOI: 10.1007/s00192-009-0976-9.*
- Hodges, P., Sapsford, R., & Pengel, L. (2007). Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles. *Neurourol Urodyn, 2007;26(3):362-71.*
- Jordre, B., & Schweinle, W. (2014). Comparing Resisted Hip Rotation With Pelvic Floor Muscle Training in Women With Stress Urinary Incontinence. *Journal of Women's Health Physical Therapy, 38(2), 81–89. https://doi.org/10.1097/JWH.0000000000000008.*
- Kafri, R., Deutscher, D., Shames, J., Golombp, J., & Melzer, I. (2013). Randomized trial of a comparison of rehabilitation or drug therapy for urgency urinary incontinence: 1-year follow-up. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction 24(7), 1181–1189. https://doi.org/10.1007/s00192-012-1992-8.*
- Karram, M., & Bathia, N. (1989). Management of coexistent stress and urge incontinence . *Obstet Gynaecol 1989; 73:4-7.*
- Khandelwal, C., & Kistler, C. (2013). Diagnosis of Urinary Incontinence. *American Academy of Family Physicians Volume 87, Number 8 April 15, 2013.*
- KNGF-Richtlijn Stress (urine-)incontinentie. (2011). *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. Jaargang 121.Nummer 3 .*
- Labrie, J., Berghmans, L. M., Fischer, K., Lagro-janssen, A. L., & Vaart, C. H. (2014). Chirurgie of fysiotherapie voor stressincontinentie \*, 1–7.
- Linde, J., Nijman, R., Trzpis, M., & Broens, P. (2016). Urinary incontinence in the Netherlands: Prevalence and associated risk factors in adults . *Neurourol Urodynam 2016; 9999: 1–*

10; DOI 10.1002/nau.23121.

- Lucas, M., Bosch, R., Burkhard, F., Cruz, F., Madden, T., Nambiar, A., . . . Pickard, R. (2012). EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *European Urology, Volume 62, Issue 6*, Pages 1130-1134.
- Miller, J., Perucchini, D., Carchidi, L., DeLancey, J., & J., A.-M. (2001). Pelvic floor muscle contraction during a cough and decreased vesical neck mobility. *Obstet Gynecol. 2001 Feb;97(2):255-60*.
- Minassian, V., Devore, E., Hagan, K., & Grodstein, F. (2013). Severity of Urinary Incontinence and Effect on Quality of Life in Women, by Incontinence Type. . *Obstetrics & Gynecology: May 2013 - Volume 121 - Issue 5 - p 1083-1090 doi: 10.1097/AOG.0b013e31828ca761 of*.
- NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen. (2015).
- NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen. (2013).
- NVOG Richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen. (2012).
- Padmaja, A. R., Sultana, A., Rahman, K. U., & Nagapattinam, S. (2014). Effectiveness of Cyperus scariosus and Boswellia serrata on quality-of-life in women with stress urinary incontinence assessed with international consultation on incontinence questionnaire-short form. . *Journal of Experimental and Integrative Medicine, 4(3), 212-219. https://doi.org/10.5455/jeim.240614.or.107*.
- Pereira, V. S., Melo de, M. V., Correia, G. N., & Driusso, P. (2012). Long-Term Effects of Pelvis Floor Muscle Taining With Vaginal Cone in Post-Menopausal Women With Urinay Incontinence: A Randomized Controlled Trial. *Neurourology and Urodynamics, 10.100*.
- Pool-Goudzwaard, A., Slieker-ten Hove, M., Vierhout, M., Mulder, P., Pool, J., Snijders, C., & Stoeckart, R. (2005). 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*.
- Rai, J., & Parkinson, R. (2014). Urinary incontinence in adults. *Renal and Urological surgery III; Elsevier Ltd*.
- Smith, M., Russell, A., & Hodges, P. (2014). The relationship between incontinence, breathing disorders, gastrointestinal symptoms, and back pain in women: a longitudinal cohort study. . *Clin J Pain. 2014 Feb;30(2):162-7. doi: 10.1097/AJP.0b013e31828b10fe. PubMed PMI*.
- Tannenbaum, C., Agnew, R., Benedetti, A., Thomas, D., & van den Heuvel, E. (2013). Effectiveness of continence promotion for older women via community organisations: a cluster randomised trial. *BMJ Open, 3(12), e004135. https://doi.org/10.1136/bmjopen-201*.
- Thompson, J., O'Sullivan, P., Briffa, N., & Neumann, P. (2006). Assessment of voluntary pelvic floor muscle contraction in continent and incontinent women using transperineal ultrasound, manual muscle testing and vaginal squeeze pressure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006 Nov;17(6):624-30. Epub 2006 Mar 11*.
- Visser, E., De Bock, G. H., Messelink, E. J., Schram, A. J., Kollen, B. J., Van Gemert, S. L., & Dekker, J. H. (2015). Active encouragement of older women with urinary incontinence

in primary care to undergo diagnosis and treatment: A matched-pair cluster. *Maturitas*, 80(2), 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.11.015>.

VvOCM Beroepsprofiel Oefentherapeut 2015. (sd).

WHO. (2008). *Eliminating Female genital mutilation, an interagency statement*. World Health Organization.

## Bijlage 1. Tabel typen urine-incontinentie

Type	Stressincontinentie (SUI)	Urgency-incontinentie (UII)	Gemengde vorm (MUI)	Overloop	Functionele	Neurogene
<b>Mechanisme</b>	Zwakke van de sfincter en/of de bekkenbodem. Intrinsiek mechanisme: Atrofie tunica mucosa en spongiosa of gestoorde functie tunica muscularis Extrinsiek mechanisme: zwakte bekkenbodemspieren en/of beschadiging lokale zenuwvezels, steunapparaat	Dysfunctie van de m. detrusor zich uitend in overactiviteit (ongeremde blaascontracties) of onderactiviteit (Khandewal & Kistler, 2013)	Een mengvorm van SUI en UII	Detrusorcontracties ontbreken of zijn verzwakt. Of er is een afvloeiingsobstructie. Wanneer de druk in de blaas de maximale urethrale druk overschrijdt, ontstaat urineverlies	Niet zelfstandig naar toilet kunnen of toilet niet tijdig kunnen bereiken	Blaas trekt reflectoïr samen doordat de remmende invloed van de hersenschors en hersenstam op de blaas verloren is gegaan
<b>Oorzaak</b> exclusief Transient Causes of Urinary Incontinence (DIAPPERS Mnemonic)	Chronisch hoesten Denervatie van de bekkenbodem en/of sfincter trauma (Khandewal et al., 2013; Rai et al., 2014)	Onbekend Aandoeningen cz Dwarslaesie, HNP Prostaathypertrofie Prostatectomie Angst (Khandewal et al., 2013)	Zie SUI, UII	Diabetische neuropathie Cauda-equina syndroom Afvloedbelemmering Medicijnen met een anticholinerg effect	Cognitieve beperking en/of fysieke immobiliteit	Parkinson MS Herseninfarct Dwarslaesie Diabetische neuropathie
<b>% voorkomen</b> (Khandewal & Kistler, 2013)	25-45% vr >30 jaar	31% vr >75 jaar; 42% man > 75 jaar; 9% vr 40-44 jaar	20-30% van mensen met chronische urine-incontinentie	5% van mensen met chronische urine-incontinentie	Onzeker	
<b>Symptomen</b> (Khandewal & Kistler, 2013)	Bij fysieke inspanning, hoesten, niezen	Aandrang	Bij fysieke inspanning en gevoel van aandrang	Geen bij fysieke inspanning en aandrang; vaak 's nachts nat (Rai et al., 2014)		Er is geen normale mictiedrang
<b>Mictiedagboek volume + optreden</b>	5-10 ml bij activiteit	Variërend, ook s' nachts	Varieert	Kleine hoeveelheden, frequent en constant	Mogelijk situationeel gebonden patronen	

(Khandewal 2013)						
<b>Hoesttest</b> (Khandewal 2013)	+ bij hoesten	Eventueel + na hoesten	Eventueel + bij hoesten	-	-	
<b>Overig</b>	OAB (overactieve blaas) niet uit te stellen sterke aandrang, zonder of met urineverlies. Vaak en ook 's nachts. Overlap met UUI, SUI en MUI (Rai et al., 2014).					

Naar een idee van Khandewal & Kistler, (2013) Bronnen: ICS, Khandewal & Kistler, (2013), Rai et al., (2014)

## Bijlage 2. Stroomschema zorgproces

Verwijzing - Oriëntatiefase - Directe toegankelijkheid	
<p><b>Aanmelding met verwijsbrief</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· consultvraag</li> <li>· voorgeschiedenis t.a.v. bevallingen, traumata, operaties in het bekkengebied</li> <li>· bevindingen inwendig onderzoek</li> <li>· indruk van de bekkenbodempunctie</li> <li>· aanwezigheid prolaps (lokalisatie en gradatie)</li> <li>· aanwezigheid huidandoening</li> </ul> <p>Indien medische gegevens ontbreken: in overleg met de cliënt contact opnemen met verwijzer.</p>	<p><b>Screening</b> <b>hulpvraag</b></p> <p><b>rode vlaggen/alarmsignalen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· pijn bij het plassen</li> <li>· bloedverlies</li> <li>· ontstekingsverschijnselen</li> <li>· recidiverende urineweginfecties</li> <li>· (nachtelijk) transpireren</li> <li>· tekenen van algemene malaise, koorts</li> <li>· symptomen die wijzen op een obstructie of afsluiting</li> <li>· ernstig gewichtsverlies</li> <li>· massaal oncontroleerbaar urineverlies postpartum</li> </ul> <p><b>Informereren &amp; adviseren</b> In geval niet pluis verwijzen naar huisarts.</p>
Indicatie voor verder onderzoek, bepalen of richtlijn urine-incontinentie gevolgd kan worden	

Diagnostische fase: probleemanalyse en probleemdefinitie	
<p><b>(aanvullende) Anamnese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· voorlopige hulpvraag</li> <li>· gezondheidsprobleem</li> <li>· karakteristiek klachten en specifieke kenmerken; musculoskeletaal, gynaecologie gastro-enterologie, seksuologie, spanning en ademhaling</li> <li>· probleemhandelingen</li> <li>· invloed omgeving (fysiek en sociaal)</li> <li>· coping; levensstijl</li> <li>· co-morbiditeit: huid, bekkenregio incl. organen</li> </ul>	<p><b>Metten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 3IQ-test voor vaststellen type incontinentie</li> <li>· 3 dagen-mictiedagboek</li> <li>· PRAFAB</li> <li>· IIQ</li> <li>· anders: afhankelijk van comorbiditeit</li> </ul>
<p>Bij indicatie voor verder oefentherapeutisch onderzoek samen met cliënt hulpvraag formuleren Vaststellen of er een contra-indicatie is voor (onderdelen van) van het lichamenlijk onderzoek Vaststellen of (tijdelijke) verwijzing nodig is voor het beoordelen van de bekkenbodempunctie</p>	



<p><b>Activiteitenonderzoek</b></p> <p>motorische controle, variatie, adaptatie, strategieën bewegingsangst, adempatroon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· probleemhandelingen</li> <li>· bij intra-abdominale drukverhoging</li> <li>· tijdens piekbelasting</li> <li>· toiletgang en toilethouding</li> </ul>	<p><b>Specifiek onderzoek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· stand bekken, os coccygis en l.w.k.</li> <li>· mobiliteit heupgewrichten en l.w.k.</li> <li>· functies bekkenbodempunctie- en buikspieren</li> <li>· functies bovenbeen- en bilspieren</li> <li>· palpaties om indruk te krijgen van de bekkenbodempunctie</li> </ul>
--	--



### Van diagnostiek naar interventie: analyse, werkhypothese, behandelgoal, behandelplan

<p><b>Analyse</b> (uitgebreide checklist bijlage 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· is er sprake van een bekkenbodempunctiestoornis?</li> <li>· is het beweeggedrag van invloed op het gepresenteerde probleem?</li> <li>· zijn er mogelijkheden voor het oefenen van functies?</li> </ul>
---

↓

<b>Oefentherapeutische diagnose en vaststellen indicatie voor oefentherapie</b>		
Beroepsspecifiek oordeel op basis van anamnese en onderzoek : de werkhypothese		
Ja Kan cliënt behandeld worden volgens de richtlijn?	Ja, maar valt deels buiten de eigen deskundigheid → consulteren van of (tijdelijk) doorverwijzen naar bekkenoefentherapeut of bekkenfysiotherapeut	Nee, terugverwijzen Nee, valt onder.....

↓

<b>Planning: behandeldoel en behandelplan</b>	
<b>Behandeldoel specifiek</b>	Opheffen / verminderen urine-incontinentie en/of aandrangklachten. Vergroten van bewuste controle over de bekkenbodemspieren tijdens dagelijkse activiteiten.
<b>Behandeldoel algemeen</b>	Verminderen angst voor urineverlies. Verminderen van (mogelijke) risicofactoren voor het voortbestaan van de klachten en het scheppen van voorwaarden voor herstel en aanpassingsprocessen. Vergroten kwaliteit van leven. Ontwikkelen kwalitatief (en mogelijk kwantitatief) bewegingsgedrag. Bevorderen van zelfmanagement.
<b>Behandelplan</b>	Subdoelen en verrichtingen afgestemd op type incontinentie, eventuele comorbiditeit. Evaluatiesystematiek.
<b>Bespreken behandelplan met cliënt en vaststellen prognose in de tijd: verwacht aantal behandelsessies en evaluatiemomenten. Interventiefase starten.</b>	

↓

**Interventiefase: probleemoplossing, evaluatie en afsluiting**

<b>Behandelprogramma</b>	verrichtingen aansluitend op behandelplan
tussentijdse evaluatie na 6 weken	voortzetten of bijstellen behandelplan en/of bijstellen prognose in de tijd zo nodig bijstellen werkhypothese (oefentherapeutische diagnose) en behandelplan beslissen voorzetten of stoppen behandeling en/of verwijzen naar collega paramedicus of behandelend arts

↓

<b>Eindevaluatie en afsluiting</b>	
<b>Behandelresultaat</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· vaststellen effect van de behandeling en evaluatie van het behandelproces;</li> <li>· objectivering resultaten met gebruik van: GPE, PRAFAB, eventueel mictiedagboek</li> </ul>	
<b>Afsluiting</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· adviezen zelfmanagement, mogelijkheden eventuele nazorg, recidivebeleid</li> <li>· eindrapportage (verslaggeving).</li> </ul>	

## Bijlage 3. Specifieke anamnese

Urologische, gynaecologische, gastro-enterologische, seksuologische, musculoskeletale, spanning en/of adem gerelateerde factoren en voor het opsporen van risicofactoren bekkenbodempunctiestoornissen/incontinentie/bekkenpijn.

	TE BEVRAGEN ITEMS
<b>UROLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Urineverlies en/of aandrangklachten.</li> <li>· Afwijkende mictie, veranderingen in mictiepatroon.</li> <li>· Historie: bijv. bedplassen, urineweginfectie.</li> <li>· Pijnlijke, moeizame mictie.</li> <li>· onderbroken mictie, nachtelijk mictie, aandrang na mictie.</li> <li>· Operaties, congenitale aandoeningen.</li> </ul>
<b>GYNAECOLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gynaecologische aandoeningen/ operaties.</li> <li>· Gebruik van hormoonpreparaten om zwanger te worden.</li> <li>· Zwangerschappen/ (traumatische) bevallingen. Aantal.</li> <li>· Complicities, forceps(tang)-, vacuum verlossing, episiotomie, (sub)totaal ruptuur of sectio Caesarea.</li> <li>· Operaties.</li> <li>· Prolaps (in familie).</li> <li>· Menstruatie/menopauze.</li> </ul>
<b>GASTRO-ENTEROLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Darmklachten, ziektes zoals M Crohn, Colitis ulcerosa.</li> <li>· Afwijkende defecatie.</li> <li>· Obstipatie.</li> <li>· Aambeien, anale fissuren, rectum prolaps, rectocele.</li> <li>· Opgezette buik, veel gasvorming, flatus.</li> <li>· Fecale incontinentie/ incontinentie flatus (windjes).</li> <li>· Gebruik laxeremiddelen.</li> <li>· Incontinentiemateriaal/ anale tampons.</li> <li>· Voeding, vocht. (bijlage vezellijst <a href="http://www.Voedingscentrum.nl">www. Voedingscentrum.nl</a>).</li> <li>· Voedselallergieën. (lactose/gluten/fodmaps).</li> </ul>
<b>SEKSUOLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Seksuele klachten. Fysiek of een belevingsprobleem?</li> <li>· Pijnklachten bij coitus ( dyspareunie), oppervlakkig (bij introitus) of diep (stootpijn), na coitus. Bij de vrouw.</li> <li>· Vaginisme (primair/secundair).</li> <li>· Lubricatie.</li> <li>· Bekken- en of rugpijn in bepaalde houdingen.</li> <li>· Angst voor coitus.( bv postpartum).</li> <li>· Angst voor urine/feces/flatus verlies tijdens coitus.</li> <li>· Negatieve seksuele ervaringen.</li> <li>· Huidaandoeningen, (o.a. lichen sclerosus vulvaire vulvitis).</li> <li>· Soa's.</li> <li>· Bij de man. Erectiestoornissen.</li> <li>· Besnijdenis bij de vrouw/ vrouwelijke genitale verminking (<a href="http://www.Pharos.nl">www. Pharos.nl</a>)</li> </ul>



<b>MUSCULOSKELETAAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Bekken en/of rugklachten in verleden of heden.</li> <li>· Voet-, enkel-, knie-, heupklachten in verleden of heden.</li> <li>· Heupdysplasie.</li> <li>· Congenitale afwijkingen.</li> </ul>
<b>SPANNING EN/OF ADEMGERELATEERD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· (Spier)spanningsklachten als gevolg van stressoren in dagelijks leven (of het verleden)</li> <li>· (Spier)spanningsklachten als gevolg van chronische pijn</li> <li>· Veranderd ademen (hyperventilatie/COPD)</li> </ul>

<b>VOORBEELD VRAGEN</b>	
<b>UROLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Plast u normaal? Zijn er de laatste tijd veranderingen bij het plassen?</li> <li>· Hoe vaak plast u overdag en 's nachts? Hoe is de straal? Mictielijst laten invullen.</li> <li>· Hoelang heeft u plasklachten?</li> <li>· Heeft u urineverlies? Hoeveel, wanneer (bij vrijen?), scheut, straal, druppel? Voelt u het verlies? (Prafab-lijst)</li> <li>· Heeft u abnormale aandrangklachten? Hoe lang kunt u plas dan nog ophouden?</li> <li>· Totale controle verlies over de plas (direct post partum).</li> <li>· Draagt u incontinentiemateriaal? Welke maat? Hoe vaak moet u verschonen?</li> <li>· Voelt u normale aandrang voor plassen? Voelt u aandrang na het plassen?</li> <li>· Hoe is de straal? (normaal, slap, stevig, onderbroken)</li> <li>· Heeft u pijn bij het plassen? pijn in de onderbuik of de bekkenbodem?</li> <li>· Heeft u een zwaar gevoel rondom de bekkenbodem of onderbuik?</li> <li>· Kunt u goed leegplassen?</li> <li>· Perst u tijdens het plassen?</li> </ul>
<b>GYNAECOLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Heeft u ziektes op gynaecologisch vlak meegemaakt?</li> <li>· Hoe voelt de bekkenbodem? Heeft u een zwaar gevoel of pijn en waar (blaas, vagina, rectum gebied). Of gevoelsverlies?</li> <li>· Heeft u een "bal gevoel" bij de bekkenbodem?</li> <li>· Heeft u onderbuikspijn?</li> <li>· Zijn er bijzonderheden met uw menstruele cyclus?</li> <li>· Kunt u tampons gebruiken?</li> <li>· Gebruikt u anticonceptiemiddelen?</li> <li>· Gebruikt u een pessarium i.v.m. verzakking?</li> <li>· Bent u besneden?</li> </ul> <p><i>Zwangerschapsgelateerde vragen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Hoeveel zwangerschappen en bevallingen heeft u doorgemaakt? Heeft u miskramen of abortussen gehad?</li> <li>· Waren er complicaties tijdens de zwangerschap/bevalling?</li> <li>· Bent u op de normale manier zwanger geworden? Waren er complicaties voordat u zwanger werd?</li> <li>· In welke houding heeft de uitdrijving plaats gevonden? Hoe lang heeft u geperst?</li> <li>· Gewicht van de baby?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hoe heeft u de bevalling beleefd?</li> <li>· Hoe was de post partum periode?</li> </ul>
<b>GASTRO-ENTEROLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Zijn er veranderingen in de ontlasting?</li> <li>· Voelt u aandrang? Waar voelt u de aandrang (bij de anus of in de buik?)?</li> <li>· Heeft u pijnlijke of moeizame ontlasting, aambeien of scheurtjes bij de anus?</li> <li>· Kunt u de ontlasting ophouden of even uitstellen?</li> <li>· Heeft u ongewild verlies van ontlasting? Soort verlies: winden, slijm, diarree, veegsporen.</li> <li>· Voelt u of u leeg bent na de ontlasting?</li> <li>· Heeft u last van loze aandrang?</li> <li>· Heeft u 's nachts verlies van ontlasting?</li> <li>· Heeft u last van buikpijn(klachten) en/of bloed bij de ontlasting?</li> <li>· Voelt u verschil tussen ontlasting en een windje?</li> </ul>
<b>SEKSUOLOGIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Bent u seksueel actief?</li> <li>· Heeft u pijnklachten tijdens vrijen (welk moment) van bekken of bekkenbodem (diep of bij ingang)? droogheid? Wat voor soort pijn?</li> <li>· Bent u bang voor pijnklachten?</li> <li>· Is er sprake van verkramping van de bekkenbodem?</li> <li>· Heeft u afname van het gevoel rondom de bekkenbodem?</li> <li>· Heeft u last van droogheid of jeuk?</li> <li>· Heeft u (last van) vaginale windjes?</li> <li>· Heeft u geslachtsziektes meegemaakt?</li> <li>· Heeft u last van erectiestoornis en/of ejaculatiestoornis. (man)</li> <li>· Heeft u last van pijn rondom het perineum/ scrotum. (man)</li> <li>· Heeft u nare dingen mee gemaakt op seksueel vlak?</li> </ul>
<b>MUSCULOSKELETAAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Heeft u in het verleden bekken- en/of lage rugklachten gehad?</li> <li>· Heeft u vaak (sport) blessures?</li> <li>· Heeft u een (ernstig) ongeluk gehad, botbreuken of een val?</li> <li>· Komen er in de familie spier-, en/of systeemziektes voor?</li> <li>· Komen er in de familie hernia's of reuma voor?</li> </ul>
<b>SPANNING EN/OF ADEMGERELATEERD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ervaart u momenteel stress of spanning in het dagelijks leven? Heeft u gemerkt dat dit de incontinentie en of aandrangklachten beïnvloedt?</li> <li>· Heeft u een veranderd adempatroon/ hyperventilatie/astma/bronchitis/COPD?</li> <li>· Heeft u sinds langere tijd (&gt; 3 maanden) pijnklachten elders in het lichaam?</li> </ul>

## Bijlage 4. 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 belasting/belastbaarheid?
  - 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 vlaggen / contra-indicaties?
  - Is er sprake van een bekkenbodempunctiestoornis?
  - 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 urine-incontinentie van toepassing op de betreffende cliënt?

## **Bijlage 5a. Intercollegiale hulpvraag (bekken)oefentherapeut voor bekkenfysiotherapeut, verloskundigen, (huis)arts**

Met inwendig onderzoek kan extra informatie verkregen worden die van belang kan zijn voor meer gerichte training.

### **Huid**

- aandoeningen zoals irritatie/roodheid, lichen sclerosus, vulvaire vulvitis.
- bijzonderheden littekens uitwendig/inwendig

### **Bekkenbodemspierfunctie**

- normaal,
- overactief
- onderactief
- coördinatiestoornis
- niet functionerend

### **Organen kleine bekken**

- aanwezigheid prolaps, gradatie (1 t/m4)
- voorwand
- achterwand

Conclusie Inwendig onderzoek:

Advies n.a.v. inwendig onderzoek:

## Bijlage 5b. Intercollegiale hulpvraag (bekken)oefentherapeut voor bekkenfysiotherapeut

### Onderzoek bekkenfysiotherapeut

Sensibiliteit	<input type="radio"/> Hyper <input type="radio"/> Normaal <input type="radio"/> Hypo
Rustspanning	<input type="radio"/> Verhoogd <input type="radio"/> Normaal <input type="radio"/> Verlaagd
Willekeurige aanspanning	<input type="radio"/> Afwezig <input type="radio"/> Zwak <input type="radio"/> Normaal <input type="radio"/> Sterk
Willekeurige ontspanning	<input type="radio"/> Afwezig <input type="radio"/> Partieel <input type="radio"/> Volledig
Urethrale lift	ja/nee
Levator sluiting	ja/nee
Onwillekeurige aanspanning	<input type="radio"/> Afwezig <input type="radio"/> Aanwezig
Asymmetrie	<input type="radio"/> Anterior <input type="radio"/> Posterior <input type="radio"/> Links <input type="radio"/> Rechts
Coördinatie	
Duurcontractie	.... seconden .... keer
Snelle contractie	.... keer
Diepe bekkenbodemspieren/oppervlakkige	
Littekens	

Huidaandoening

POP Q

- Stadium 0; geen prolaps
- Stadium 1;
- Stadium 2;
- Stadium 3;
- Stadium 4

Bekkenfysiotherapeutische conclusie;

Advies aan oefentherapeut;

## Bijlage 6. Meetinstrumenten

### 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 uitoefenen 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 urineincontinentie
- c. zonder fysieke activiteit en zonder onhoudbare aandrang → andere oorzaak
- d. ongeveer even vaak bij fysieke activiteit als bij onhoudbare aandrang → gemengde urine-incontinentie

### **KNGF-Richtlijn Stress Urine-Incontinentie PRAFAB scorelijst**

#### **PROTECTION**

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 meermalen per dag.
4. Ik moet altijd verband gebruiken voor mijn incontinentie.

#### **AMOUNT**

1. Het urineverlies is slechts een druppeltje.
2. Ik verlies ook wel eens een scheutje.

3. Het urineverlies is zo groot dat het mijn verband en/of kleren flink nat maakt.
4. Het urineverlies is zo groot dat het verband doorweekt raakt en/of er doorheen lekt.

### **FREQUENCY**

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**

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**

1. Mijn urineverlies kan me eigenlijk niets 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.



# De IIQ (Incontinentie Impact Questionnaire)

## IIQ-7

-----

*Sommige vrouwen vinden dat ongewenst hun activiteiten, relaties en gevoelens kunnen beïnvloeden. De vragen in onderstaande lijst gaan over aspecten van uw leven die door uw probleem beïnvloed of veranderd kunnen zijn. Geef voor iedere vraag het antwoord aan dat het beste beschrijft hoe zeer uw activiteiten, relaties en gevoelens beïnvloed worden door uw urineverlies. **Omcirkel het juiste antwoord.***

-----

Hoeveel invloed heeft ongewenst urineverlies gehad op:

1. Uw vermogen om huishoudelijk werk te doen (koken, schoonmaken, wassen)  
0. Helemaal niet 1. Een beetje 2. Nogal 3. Heel erg
  
2. Actieve ontspanning zoals wandelen, zwemmen of andere activiteiten  
0. Helemaal niet 1. Een beetje 2. Nogal 3. Heel erg
  
3. Activiteiten zoals naar de film, theater of concert gaan  
0. Helemaal niet 1. Een beetje 2. Nogal 3. Heel erg
  
4. Reizen met auto of openbaar vervoer over een afstand van meer dan 20 minuten  
0. Helemaal niet 1. Een beetje 2. Nogal 3. Heel erg
  
5. Deelnemen aan sociale activiteiten buitenshuis  
0. Helemaal niet 1. Een beetje 2. Nogal 3. Heel erg
  
6. Geestelijke / emotionele gezondheid (nervositeit, depressie)  
0. Helemaal niet 1. Een beetje 2. Nogal 3. Heel erg

Veroorzaakt uw probleem gevoelens van:

7. Frustratie?  
0. Helemaal niet 1. Een beetje 2. Nogal 3. Heel erg

## Globaal Ervaren/Perceived Effectscore (GPE/GEE)

### Hudak PL & Wright JG. 2000

Wij willen u verzoeken één vraag te beantwoorden waarmee we uw mening met betrekking tot de mate van ervaren herstel willen meten.

1) In welke mate bent u sinds het begin van de behandeling hersteld van uw klachten? (één antwoord aanvinken).

Mate van herstel:

- heel veel beter (1)
- veel beter (2)
- iets (enigszins) beter (3)
- hetzelfde (4)
- iets (enigszins) slechter (5)
- veel slechter (6)
- heel veel slechter (7)

## KNGF-richtlijn Stress (urine-)incontinentie

### Voorbeeld van een mictiedagboek

#### Instructies voor het gebruik van het dagboek

Met behulp van dit dagboek willen we zo veel mogelijk te weten komen over uw plasproblemen. Het is daarom belangrijk dat u onderstaande instructie nauwkeurig leest en opvolgt. Alleen uit een goed ingevuld dagboek kunnen we conclusies trekken.

- Noteer onder aan iedere bladzijde uw naam, de dag, datum en de maand.
- Dag 1 gaat in 's morgens als u opstaat en loopt door tot en met de nacht.  
Dag 2 gaat in de volgende ochtend als u opstaat.
- Het tijdstip van drinken, plassen en het tijdstip van verlies van urine noteert u in uren en minuten, bijvoorbeeld 8.15.
- De hoeveelheid drinken noteert u in ml. We hanteren de volgende maten:

1 kop = 150 ml

1 glas = 200 ml

1 mok/ groot glas = 250 ml

1 blikje = 330 ml

Controleer thuis of uw serviesgoed en glaswerk overeenkomen met deze maten.

- De grootte van uw plas noteert u per keer in milliliters.  
U meet uw plas met behulp van een maatbeker.
- Voelde u drang om te plassen toen u naar het toilet ging?  
Beantwoord dit met ja of nee.
- Tijdstip van ongewild urineverlies in uren en minuten, bijvoorbeeld 22.10.
- Met behulp van letters geeft u aan hoeveel urine u verloren bent en wel als volgt:  
d = een paar druppels  
s = een scheut  
v = veel
- Bij activiteit vult u de activiteit of bezigheid in waardoor of waarbij u urine verloor  
bijvoorbeeld: hoesten, tillen enzovoort.

tijdstip van drinken	hoeveelheid	tijdstip van plassen	hoeveelheid	voelde u drang om te plassen	tijdstip van ongewild urineverlies	hoeveelheid urineverlies	activiteit bij verlies

## Aanvullende onderbouwing

<sup>A</sup> Over urodynamisch onderzoek meldt de NVOG in haar richtlijn Urine-incontinentie uit 2012 onder meer het volgende (pag. 24): “De werkgroep is van mening dat de anamnese de hoeksteen is om het type UI vast te stellen. Vanwege afwezigheid van bewijs dat urodynamisch onderzoek een positieve invloed heeft op het effect van behandeling en zonder duidelijk bewijs dat urodynamisch onderzoek aanvullende informatie verschaft boven anamnese wordt voorafgaande aan de start van conservatieve therapie geen urodynamisch onderzoek geadviseerd”. En op pag. 46: “Bij vrouwen met UI is urodynamisch onderzoek niet van toegevoegde waarde alvorens te starten met conservatieve behandeling. De werkgroep is tevens van mening dat urodynamisch onderzoek niet essentieel is bij elke vrouw voorafgaande aan een operatie voor stressincontinentie en het wordt daarom ook niet routinematig geadviseerd”. “Alhoewel onderzoek suggereert dat preoperatief urodynamisch onderzoek niet noodzakelijk is bij vrouwen met pure stressincontinentie vindt de werkgroep dat deze test wel obliagaat is indien de klinische diagnose onduidelijk is of bij vrouwen waarbij de eerdere chirurgische interventie(s) heeft gefaald”. [^](#)

<sup>B</sup> Abrams et al., (2013) noemen een prevalentie urine-incontinentie bij vrouwen van 5-15%. En komt urine-incontinentie tweemaal zo vaak voor bij vrouwen dan bij mannen. Volgens de ICS is de prevalentie onder vrouwen met stressincontinentie ‘dagelijks/wekelijks of meestal’ 3% tot 17 % (<http://wiki.ics.org/Stress+urinary+incontinence>). [^](#)

<sup>C</sup> De prevalentie tijdens zwangerschap is hoger: 30–60%, en 6–35% postpartum (Goldstick & Constantini, 2013). Abrams et al., (2013) noemen 30% in eerste 3 maanden postpartum en afnemend in het eerste jaar post partum; het gaat veelal om (onregelmatige) stressincontinentie. [^](#)

<sup>D</sup> Ook Abrams et al., (2013) geven aan dat het duidelijk is dat high-impact sporten bij vrouwen kan leiden tot stressincontinentie (pag. 39/40). Low impact kan daarentegen mogelijk preventief werken. Het lijkt erop dat high-impact activiteiten ook een risicofactor vormen voor urine-incontinentie bij mannen maar dat is (nog) niet significant aangetoond (pag. 47). De EAU meent dat het optreden van de incontinentie beperkt blijft tot het sporten zelf en niet optreedt tijdens gewone dagelijkse activiteiten en niet predisponerend is voor incontinentie op latere leeftijd (Lucas et al., 2012.). [^](#)

<sup>E</sup> De ICS meldt in haar factsheet *A Background to Urinary and Faecal Incontinence*, (ICS, 2015): OAB treft 12% van mannen en vrouwen. De incidentie neemt toe met de leeftijd tot 70-80% onder 80 jarigen. Meer vrouwen dan mannen zijn daarbij ook incontinent, maar over het geheel genomen ervaart 33% OAB met UUI (“OAB nat”), en 66% OAB zonder UUI (“OAB droog”). De meeste mensen met OAB zouden een detrusor overactiviteit (DO) hebben: 69% van de mannen en 44% van de vrouwen met urgency zonder incontinentie hebben DO, terwijl 90% van de mannen en 58% van de vrouwen met urgency incontinentie DO hebben. [^](#)

<sup>F</sup> Er is slechts een beperkt aantal studies naar urine-incontinentie in Nederland. De meeste van deze studies betreft oudere vrouwen. Alleen Vandoninck et al., (2004) includeerde jongere vrouwen en vond een prevalentie voor de leeftijd 29-79 jaar van rond de 46%, één studie van Boyle et al., (2003) includeerde Nederlandse mannen in de leeftijd 40-79 jaar, en vond een prevalentie van 16.3% (Linde et al., 2016). [^](#)

<sup>G</sup> NHG-standaard (2015) noot 3: “De gemiddelde prevalentie van urine-incontinentie in de huisartsenpraktijk is 16,4 per 1000 patiënten per jaar, waarvan ongeveer 2/3 vrouw is. De prevalentie neemt toe met de leeftijd. Bij vrouwen van 18 tot 44 jaar is de prevalentie het laagst (11 per 1000 vrouwen per jaar). Op de leeftijd van 45 tot 64 jaar is de prevalentie gestegen naar 28 per 1000 vrouwen per jaar, bij vrouwen ouder dan 85 jaar is deze 161 per 1000 vrouwen per jaar (NIVEL, 2014). Uit de prevalentiecijfers in de algemene bevolking in relatie tot die van het NIVEL volgt dat in de huisartsenpraktijk een aanzienlijk deel van de vrouwen met incontinentie niet bekend is”. [^](#)

<sup>H</sup> NHG-standaard (2015) noot 4: “In een systematische review bespreken Cerruto et al., (2013) 25 onderzoeken naar de prevalentie van urine-incontinentie bij vrouwen, in relatie tot obstetrische risicofactoren, zoals het aantal bevallingen, kunstverlossingen en sfincterlesies (Cerruto et al., 2013). De prevalentie van urine-incontinentie (gedefinieerd als ‘wel eens’ ongewild urineverlies) neemt toe

---

tijdens de zwangerschap en hangt af van leeftijd, lichaamsgewicht en aantal bevallingen. In het eerste trimester krijgt 8% van de nulliparae die van tevoren niet incontinent waren urine-incontinentie. Tot aan het derde trimester stijgt dit percentage naar 30%. Het meest voorkomende type incontinentie is stressincontinentie. Een half jaar na de bevalling is bij meer dan de helft van de vrouwen de incontinentie spontaan hersteld". [^](#)

<sup>I</sup> In 2012 is de schatting dat ruim 36.000 inwoners in Rotterdam voorkomen met incontinentie; in 2030 is de verwachting dat dit er ruim 41.000 zullen zijn (14% stijging). In alle leeftijdsgroepen nemen de aantallen naar verwachting toe. De verwachte stijging is het grootst bij het aantal ouderen in de leeftijd van 65-74 jaar. In 2030 zijn dit er naar verwachting 7.700 in vergelijking met 5.700 in 2012 (34% stijging). In 2012 zijn er naar schatting bijna 43.000 volwassen Amsterdamse burgers met incontinentie; in 2030 is de verwachting dat dit er bijna 56.000 zijn (31% stijging). De stijging is het grootst in de leeftijdsgroep 65-74 jaar, van circa 6.400 in 2012 naar bijna 11.000 in 2030 (68% stijging). [^](#)

<sup>J</sup> Boer et al., (1987) geven aan dat gedurende inspanning de afsluitdruk in de urethra voor 60% wordt bepaald door het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme en voor 40% door de actieve extrinsieke ondersteuning van de bekkenbodemspieren (richtlijn urine-incontinentie VvOCM (2004) en richtlijn stressincontinentie KNGF (2011))

De KNGF richtlijn SUI uit 2011 voegt daar aan toe: 'Van Loenen en Vierhout (1997) kennen de musculus (m.) levator ani een bijdrage toe aan het urethraal sluitingsmechanisme van 33-50%. DeLancey (2010) spreekt van een bijdrage van 33%. Andere bronnen vermelden geen kwantitatief onderscheid te kunnen maken tussen de bijdrage van de verschillende elementen aan de afsluitdruk, maar benoemen de verschillende elementen wel. Er zijn actieve en passieve mechanismen bij handhaving van de sluitdruk in rust. [^](#)

<sup>K</sup> Linde et al., (2016) en Cerruto et al., (2013) geven obesitas aan als risicofactor voor vrouwen. Voor mannen is het niet significant aangetoond. Detrusor hyperreflexie wordt veel gezien bij patiënten met mengingo-myelocele en bij spinal injuries, Parkinson en MS (Abrams et al., 2013). Areflectieve blaasdisfunctie bij een cauda equina lesie of diabetes veroorzaakt mogelijk overloopincontinentie of een paralyse van de bekkenbodem m.a.g. stressincontinentie (Abrams et al., 2013). [^](#)

<sup>L</sup> De suiker in de urine bij slecht ingestelde diabetes veroorzaakt polyurie wat incontinentie kan versterken. [^](#)

<sup>M</sup> Het meest voorkomende type is stressincontinentie. Een half jaar na de bevalling is bij meer dan de helft van de vrouwen de incontinentie spontaan hersteld (Cerruto et al., 2013) (NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen, 2015).

Gyhagen et al., (2013) deden onderzoek na het verschil in optreden van urine-incontinentie tussen een vaginale bevalling en een caesarian section (CS). Zij vonden een prevalentie voor stress-, urgency- en mixed-incontinentie van respectievelijk 15.3%, 6.1% en 14.4%, en de prevalentie was hoger voor alle types na een vaginale bevalling vergeleken met een keizersnede. Na 20 jaar kwamen matige tot ernstige urine-incontinentie en hinderlijke urine-incontinentie vaker voor na een vaginale bevalling in vergelijking met CS.

Volgens Abrams et al., (2013) is de prevalentie van urine-incontinentie na een vaginale bevalling twee maal zo hoog als na een caesarian section. Met een caesarian section lijkt het risico op urine-incontinentie postpartum af te nemen maar het beschermende effect lijkt te verminderen in de loop van de tijd en verdwijnt na meerder bevallingen.

Urine-incontinentie (en anale incontinentie) postpartum zijn gerelateerd aan de aanwezigheid van incontinentie tijdens de zwangerschap, en vaginale bevalling verhoogt het risico op aanhoudende incontinentie.

NHG-standaard (2015) noot 4. Volgens Cerruto et al., (2013) spreken de resultaten met betrekking tot kunstverlossingen elkaar tegen. Van tangverlossingen wordt overwegend een risicoverhogend effect aangetoond tot een jaar na de bevalling (Arya, 2001; Baydock, 2009; Burgio, 2003; Eason, 2004; Handa, 2011; Persson, 2000). Ruim 30 jaar na de bevalling is de kans op incontinentie door een tangverlossing niet meer verhoogd (Bollard, 2003). [^](#)

---

<sup>N</sup> Linda et al., (2016) constateren dat bij mannen de leeftijd op zich niet per se een risicofactor is maar dat het gaat om aan de leeftijd geassocieerde aandoeningen. [^](#)

<sup>O</sup> De werkgroep sluit qua aantal dagen aan bij de richtlijnen Urine-incontinentie bij vrouwen van de NVOG (2012) en de NHG-standaard (2015).

De NHG standaard meldt in noot 22: Het mictiedagboek is een betrouwbaar hulpmiddel bij het vaststellen van de omvang van het urineverlies en bij het vervolgen van het effect van een ingestelde behandeling. In diverse onderzoeken werden hoge correlatiecoëfficiënten (hoger dan 0,8) gevonden voor de test-hertestovereenkomsten op uitkomstmaten mictiefrequentie, frequentie van ongewild urineverlies en hoeveelheid urineverlies (Groutz, 2000; Locher, 2001; Nygaard, 2000; Wyman, 1988). De betrouwbaarheid van overige gegevens, zoals het drinkvolume is niet onderzocht.

Het staat niet vast welke termijn van bijhouden van het mictiedagboek de voorkeur heeft. Van een eendaags dagboek wordt verondersteld dat dit te zeer onderhevig is aan toevalligheden; een zevendaags dagboek bijhouden is belastend voor de vrouw. De NHG geeft een aanbeveling om het mictiedagboek gedurende drie aaneengesloten dagen in te vullen en sluit daarmee aan op de keuze in de multidisciplinaire richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen (CBO/LEVV, 2012). [^](#)

<sup>P</sup> Een programma voor blaastraining omvat voorlichting en een mictieschema met gradueel toenemende intervallen (Bo et al., 2016).

Een blaastrainingsprogramma kent specifieke doelen m.b.t. mictiegedrag, controle over de aandrangklachten, toename blaascapaciteit, afname incontinentieperioden en herstel van vertrouwen in het controleren van de blaasfunctie.

Over de schema's geeft Bo et al., (2016) aan: mictie-intervallen toename van bv. 15–30 min per week (individueel bepaald, al naar gelang de patiënt aankan) tot interval van 3 tot 4 uur is bereikt. Gebruik van een mictiedagboek wordt geadviseerd om de patiënt zelf de voorgang te laten monitoren. [^](#)