

Het herkennen van bekkenbodemdysfuncties in de eerstelijnsfysiotherapiepraktijk

Kan dit beter?

Auteurs

Aleksandra Kalnik 1703862

Rachelle van Wijngaarden 1927124

Beoordelaars

Marijke Kuijs

Niels Spruit

7 juni 2023

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

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting.....	5
1 Inleiding.....	7
2 Methode	12
2.1 Onderzoeksdesign.....	12
2.2 Onderzoekspopulatie	12
2.3 Dataverzameling	13
2.4 Data-analyse	17
2.5 Kwaliteitscriteria	18
2.6 Ethische verantwoording	18
3 Resultaten.....	19
3.1 Aanvulling topiclijst en codeboom.....	19
3.2 Herkenning en screening	22
3.3 Doorverwijzing en communicatie	23
3.4 Wederzijdse invloed en opvattingen	24
3.5 Educatie en informatiebehoeften.....	26
4 Discussie	28
Literatuurlijst	34
Bijlagen.....	37
Bijlage 1 – Wervingsmail	37
Bijlage 2 – Interviewvragen eerstelijnsfysiotherapeuten	39
Bijlage 3 – Interviewvragen bekkenfysiotherapeuten	41
Bijlage 4 – Aanbeveling	43

Voorwoord

Voor u ligt de afstudeerscriptie “Het herkennen van bekkenbodemdysfuncties in de eerstelijnsfysiotherapiepraktijk”. Deze scriptie is onderdeel van het afstudeertraject van de bacheloropleiding fysiotherapie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Van februari tot juni 2023 zijn wij bezig geweest met dit onderzoek.

In de literatuur stuitte wij op het probleem dat bekkenbodemdysfuncties vaak niet of te laat herkend worden. Om deze reden duurt het vaak lange tijd voor patiënten op de juiste plek behandeld worden. Onze insteek was dan ook om te onderzoeken hoe dit kan en wat mogelijke verbeterpunten zijn op dit gebied.

Als eerst willen wij onze scriptiebegeleidster, Marijke Kuijs, bedanken. Zij heeft ons gedurende het gehele proces ondersteund. Door het stellen van kritische vragen heeft zij ervoor gezorgd dat wij het maximale uit ons onderzoek hebben gehaald. Daarnaast willen wij Dorien Bennink – onderzoeker, klinisch epidemioloog MSc en bekkenfysiotherapeut aan het LUMC – bedanken. Met behulp van haar inhoudelijk vakkennis op het gebied van bekkenfysiotherapie en onderzoeken hebben wij de inhoud van deze scriptie naar een hoger inhoudelijk niveau kunnen tillen.

Wij wensen u veel leesplezier.

Aleksandra Kalnik & Rachelle van Wijngaarden

Heerlen, 7 juni 2023

Samenvatting

Inleiding

Patiënten met bekkenbodemdysfuncties krijgen (te) laat de juiste hulp voor hun klachten. Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen in het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties onder eerstelijnsfysiotherapeuten en mogelijke verbeterpunten onderzoeken betreffende het herkennen ervan.

Methode

Er werd data gewonnen middels individuele semigestructureerde interviews met zowel eerstelijns- als bekkenfysiotherapeuten op basis van één topiclijst. Gedurende het coderingsproces werd uitgegaan van directed content analysis op basis van thematisch coderen.

Resultaten

Eerstelijnsfysiotherapeuten stelden voornamelijk vragen omtrent urineverlies bij vrouwen rondom zwangerschap. Er werd opgemerkt dat gebruik van een vragenlijst de drempel voor zowel het stellen als het beantwoorden van vragen over de bekkenbodem verlaagd. De eerstelijnsfysiotherapeuten gaven aan geen probleem te hebben met het stellen van vragen over bekkenbodem-gerelateerde-thematiek. Echter, vermeldden zij wel belemmeringen in de communicatie omtrent dit onderwerp te ervaren en bang te zijn om de vertrouwensband met de patiënt teniet te doen. Alle deelnemers gaven aan dat er een hiaat is in de basiseducatie van de fysiotherapeut.

Discussie

Eerstelijnsfysiotherapeuten herkennen symptomen van bekkenbodemdysfuncties grotendeels op basis van spontaan door de patiënt aangegeven informatie, vragen de symptomen van bekkenbodemdysfuncties niet compleet en enkel bij een beperkte groep patiënten uit. Een eerste verbeterpunt is met meer regelmaat de standaardvragen over bekkenbodemdysfuncties stellen, in het bijzonder bij patiënten met bekende hoge prevalentie van bekkenbodemdysfuncties. Een tweede verbeterpunt betreft communicatie welke ondersteund kan worden door geprotocolleerd inzetten van vragen over symptomen van bekkenbodemdysfuncties. Het lijkt dat angst om vertrouwensband met de patiënt te schaden een belemmerende factor is voor het stellen van deze vragen. In de toekomst zal

opname van basiseducatie over de bekkenbodem binnen de opleiding tot algemeen fysiotherapeut kunnen bijdragen aan verbetering van kennis hierover. Verder onderzoek naar klinimetrische eigenschappen van vragenlijsten over bekkenbodemdysfuncties en naar het patiëntenperspectief wat betreft de communicatie over de bekkenbodem is noodzakelijk.

1 Inleiding

De gemiddelde tijd vanaf het eerste symptoom van bekkenbodemdysfuncties tot het moment wanneer een patiënt de juiste hulp krijgt is 7 jaar – zo vermeld de Nederlandse patiëntenorganisatie stichting Bekkenbodem4All (*OnlineSeminar / Webinar: WFIPP and B4A on-line Workshop Inco*, 2020).

De bekkenbodem is een complexe structurele eenheid welke bestaat uit spieren, bindweefsel en ligamenten. Zowel bij mannen als bij vrouwen zit ze aan de binnenkant van het benige bekken vast en sluit het bekken van onderen af. In de bekkenbodem bevinden zich bij mannen twee en bij vrouwen drie openingen. Door de openingen lopen de volgende structuren: urethra, vagina en rectum/anus (Withagen, 2015).

De functie van de bekkenbodem is steun geven aan inwendige bekkenorganen en het openen en afsluiten van de passages (urethra, vagina en rectum/anus). Bovendien is de bekkenbodem medeverantwoordelijk voor een efficiënt management van de intra-abdominale druk en waarborgt daardoor de posturele stabiliteit (Hodges et al., 2007). Verder heeft de bekkenbodem ook een functie bij de ademhaling en werkt in synergie met het diafragma (Gordon & Reed, 2020). Wanneer de bekkenbodem of de zenuwen die de bekkenbodem aansturen beschadigd zijn ofwel wanneer de spanning van de bekkenbodem niet adequaat (te hoog of te laag) is, kan een dysfunctie van de bekkenbodem ontstaan (*Functie en disfunctie van de bekkenbodem*, z.d.).

Bekkenbodemdysfuncties kunnen meerdere symptomen veroorzaken. Zowel mannen als vrouwen kunnen door bekkenbodemdysfuncties problemen op de volgende gebieden ervaren: problemen met het ophouden van urine of ontlasting, moeite met mictie en defecatie, pijn in en rondom het bekken, seksuele problemen, verzakkingsklachten (bij mannen wordt hier anorectale verzakking bedoeld, bij vrouwen vaginale of anorectale verzakking) (D'Ancona et al., 2019).

Er zijn verschillen in bekkenbodemdysfuncties en hun symptomen tussen mannen en vrouwen. Echter, is er maar weinig onderzoek gedaan naar bekkenbodemdysfuncties bij mannen (Van der Heide & Gianotten, 2022). De in de literatuur meest voorkomende bekkenbodem-gerelateerde-problemen bij mannen zijn: Lower urinary tract symptoms (LUTS), overactieve blaas (OAB) en urine-incontinentie (UI). LUTS is een overkoepelend begrip voor symptomen die gerelateerd zijn aan de lage urinewegen. Een overactieve blaas heeft betrekking tot aandrang van urineren, verhoogde frequentie van plassen met of zonder urineverlies wanneer er geen sprake is van een urineweginfectie. Urine-

incontinentie kan worden verklaard als ongewild urineverlies. Uitgebreide informatie over wat te verstaan is onder elk symptoom van bekkenbodemdysfuncties kan gevonden worden in de rapporten van de International Continence Society voor zowel mannelijke (D'Ancona et al., 2019) als vrouwelijke (Haylen et al., 2010) bekkenbodemdysfuncties.

In het jaar 2008 bereikte bij mannen de prevalentie van LUTS 44,1% en van OAB 9,7% (Irwin et al., 2011). Wereldwijd werden in het jaar 2008 ongeveer 1,9 biljoen volwassen mannen en vrouwen boven de 20 jaar gediagnosticeerd met LUTS. Zo'n 455 miljoen mensen kampten met OAB. Aan UI leidden 348 miljoen mensen. De auteurs voorspelden dat de prevalentie van deze aandoeningen in het jaar 2018 nog hoger zouden zijn.

Het meest voorkomende symptoom van bekkenbodemdysfunctie bij vrouwen is urine-incontinentie (UI). Een andere vaak voorkomende bekkenbodemdysfunctie bij vrouwen is verzakking van de bekkenorganen, anders genoemd prolaps (POP). Meer dan 40 procent van de vrouwen boven de 40 jaar heeft een verzakking. (*Startpagina - Prolaps - Richtlijn - Richtlijndatabase*). Dysfuncties van de bekkenbodem kunnen ook pijn in en rondom het bekken veroorzaken. De prevalentie van bekkenpijn bij vrouwen tussen 15 en 73 jaar werd in het artikel van Prather et al. (2007) beschreven als 3,8% tot 24%.

In diagnostiek en behandeling van bekkenbodemdysfuncties speelt fysiotherapie een belangrijke rol. Bekkenbodemspiertraining is de behandeling van eerste keuze voor vrouwen met stressincontinentie of gemengde incontinentie waarbij stressincontinentie overheerst (*Startpagina - Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen - Richtlijn - Richtlijndatabase*). Problemen in de bekkenregio zijn zo complex dat binnen fysiotherapie een specialisatie bestaat die zich op dit gebied richt, namelijk bekkenfysiotherapie. Sinds 2003 is de bekkenfysiotherapie erkend als verbijzondering binnen de fysiotherapie (NVFB, z.d.). Zoals beschreven op de website van Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB) zijn de bekkenfysiotherapeuten breed opgeleid op het gebied van het urogenitaal systeem, het gastro-intestinaal systeem, het houdings- en bewegingssysteem van lage rug, buik en bekken, seksuele problematiek gerelateerd aan functiestoornissen in de bekkenbodem en de hierboven genoemde systemen, obstetrie en zwangerschaps-gerelateerde klachten.

Veel bekkenbodemdysfuncties kunnen goed behandeld worden middels fysiotherapie. Mogelijke verklaringen voor het feit dat patiënten laat hulp zoeken voor hun klachten zijn schaamtegevoelens, taboe en onbekendheid met de behandelmogelijkheden. Patiënten gaan vaak pas naar de huisarts als het onvrijwillig urineverlies leidt tot

psychische, fysieke en/of sociaal-maatschappelijke belemmering en/of ongemak bij de patiënt of zijn omgeving (Berghmans et al., 2003).

Uit onderzoek van Irwin et al. (2008) blijkt dat patiënten met bekkenbodemdysfuncties zelden zelf het gesprek over hun klachten starten. Een soortgelijk probleem benoemen Hanemaaijer-Slottje en Moosdorff-Steinhauser (2019). In dit artikel komt naar voren dat 64% van de vrouwen met urine-incontinentie hier niet met hun huisarts over praat. Daarnaast merkten zij op dat taboe rondom dit onderwerp een rol lijkt te spelen hierin. Gezien het feit dat patiënten moeilijk een gesprek over hun klachten initiëren, is het nog belangrijker dat door zorgverleners naar symptomen van bekkenbodemdysfuncties gevraagd wordt.

Meerdere wetenschappelijke artikelen suggereren dat bekkenbodemdysfuncties niet (goed) herkend worden door zorgprofessionals. Hierdoor komen patiënten laat op de juiste plek binnen de fysiotherapeutische zorg (bij een gespecialiseerd bekkenbodempysiotherapeut) terecht. Kari Bø (2020) merkte op dat 75% van vrouwen met urine-incontinentie geen hulp zoekt. Van de vrouwen die naar behandelmogelijkheden zoeken krijgt enkel 12% de juiste hulp. Heidi Prather et al. (2007) benoemen dat ook bekkenpijn vaak over het hoofd wordt gezien bij vrouwen die medische hulp zoeken. Hetzelfde probleem doet zich voor bij LUTS, OAB en UI, zo vermelden Irwin et al. (2011).

Het feit dat patiënten met bekkenbodemdysfuncties (te) laat hulp krijgen voor hun klachten heeft ook gevolgen voor de fysiotherapeutische behandeling. Het is mogelijk dat, voor patiënten die laat met hun klachten naar een bekkenfysiotherapeut komen, de duur van de behandelserie langer is en uitkomsten minder effectief zijn. Dit omdat de bron van de klachten niet direct op de juiste manier behandeld wordt.

Het feit dat patiënten voor lange tijd geen hulp zoeken of krijgen betekent ook dat de kosten voor de maatschappij zullen oplopen. De gemiddelde jaarlijkse wereldwijde kosten van gezondheidszorg voor patiënten met OAB in het jaar 2008 bereikten 1,2 triljoen tot 2,7 triljoen euro en zijn verwacht om in het jaar 2018 tot 3,2 triljoen euro op te lopen (Irwin et al., 2011). In Nederland zijn de jaarlijkse kosten van UI geschat op 256 miljoen euro. Hiervan wordt 148 miljoen euro aan continëntie hulpmiddelen, 84 miljoen euro aan medisch specialistische behandeling, 16 miljoen euro aan bekkenfysiotherapie en 8 miljoen euro aan geneesmiddelen gespendeerd (NVFB, 2021).

De fysiotherapeut is één van de meerdere zorgprofessionals die de symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij patiënten kan herkennen. Een fysiotherapeut welke niet gespecialiseerd is in bekkenfysiotherapie is vaak niet bekwaam om

bekkenbodemdysfuncties te behandelen. Wel is het belangrijk dat hij de symptomen ervan herkend om vervolgens de patiënten goed te kunnen adviseren en doorverwijzen.

Gedurende dit onderzoek ligt de focus op de eerstelijnsfysiotherapeut. Dit om reden dat er mogelijk al een grote groep van de patiënten met bekkenbodemdysfuncties in behandeling is bij eerstelijnsfysiotherapeuten. Dit kan worden geconcludeerd op basis van een artikel van Eliasson et al. (2008). Zij ontdekten dat 78% van de vrouwen met lage rugpijn ook last hebben van incontinentie. Verder biedt de fysiotherapeut deskundige hulp en ondersteuning wanneer bewegen niet meer vanzelfsprekend is (KNGF, 2022). Uit onderzoek van Dakic et al. (2021) blijkt dat patiënten met UI, symptomatische POP en/of pijn hun fysieke activiteit verminderen als gevolg van symptomen van bekkenbodemdysfuncties. Van de bevroegde vrouwen tussen de 18-65 jaar is 46% gestopt met sporten vanwege de symptomen van bekkenbodemdysfuncties. Ook jonge vrouwen worden aanzienlijk belemmerd, 35% van de jonge vrouwen (18-25 jaar) vermeldde dat ze stoppen met sporten om dezelfde reden. Veel vrouwen hebben hun sportintensiteit en/of de frequentie van de fysieke activiteit verlaagd. Dit kan tot gevolg hebben dat de vrouwen niet meer aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voldoen, wat een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en diabetes (type 2) met zich meebrengt. Hierbij is één van de taken van de fysiotherapeut de onderliggende oorzaak van problemen bij het bewegend functioneren op te sporen, adequaat te behandelen en/of doorverwijzen. Daarnaast is geïndiceerde preventie – dus preventie met als doel het voorkomen dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening – een andere belangrijke taak die de fysiotherapeut uitvoert (KNGF, 2021). Geïndiceerde Preventie is gericht op specifieke doelgroepen die ondersteuning nodig hebben bij gezond beweeggedrag, in dit geval patiënten met symptomen van bekkenbodemdysfuncties.

Het praktijkprobleem dat zich voordoet is dat patiënten met bekkenbodemdysfuncties (te) laat de juiste hulp krijgen voor hun klachten. Het niet tijdig behandeld worden kan het bewegend functioneren en de kwaliteit van leven verminderen. De eerstelijnsfysiotherapeut kan bijdragen aan het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties en hierdoor zorgen voor het verbeteren van het bewegend functioneren en de kwaliteit van leven van patiënten, kwaliteit van fysiotherapie en het verlagen van de kosten voor de maatschappij.

Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen in het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen onder eerstelijnsfysiotherapeuten en mogelijke verbeterpunten onderzoeken betreffende het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties.

De onderzoeksvragen die aan het einde van het onderzoek beantwoord dienen te worden zijn: 1. “Op basis waarvan herkennen eerstelijnsfysiotherapeuten symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen?” en 2. “Wat zijn verbeterpunten betreffende het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen onder eerstelijnsfysiotherapeuten?”

2 Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. Hierbij komen onder andere de onderzoekspopulatie, dataverzameling en -analyse en de gewaarborgde kwaliteitscriteria aan bod.

2.1 Onderzoeksdesign

Beide onderzoeksvragen werden beantwoord op basis van cross-sectioneel kwalitatief beschrijvend onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews. Cross-sectioneel onderzoek is onderzoek waarin onderzoekers op één bepaald tijdstip één situatie of aspect onderzoeken (Stilma & Rijkenberg, z.d.). Beschrijvend onderzoek kenmerkt zich door een probleemstelling bij de start van het onderzoek in een precieze vraag of vragen en onderzoeksresultaten die representatief zijn voor een welbepaald sociaal systeem waarin zich het verschijnsel voordoet (Swanborn, 2004).

2.2 Onderzoekspopulatie

De deelnemers van dit onderzoek betroffen eerstelijns- en bekkenfysiotherapeuten, welke werden geworven middels doelgerichte steekproefstrategie. Bij een doelgerichte steekproefstrategie worden deelnemers gekozen op basis van de onderzoeksdoelstelling. Vanuit de doelstelling gaan onderzoekers dan op zoek naar deelnemers die zich op relevante wijze verhouden tot het onderzoeksthema (Van Selm, 2007).

De werving van zowel de eerstelijns- als de bekkenfysiotherapeuten heeft plaatsgevonden middels een wervingsmail. In deze mail werd een korte introductie gegeven over de onderzoekers, het doel van het onderzoek, de in- en exclusiecriteria en een korte uitleg over hoe de interviews eruit zouden gaan zien, de duur van de interviews en wanneer deze plaats zouden vinden. De wervingsmail is terug te vinden in Bijlage 1.

De deelnemers van het onderzoek werden geselecteerd op een aantal inclusiecriteria. Zo dienden de bekkenfysiotherapeuten een gecertificeerd bekkenfysiotherapeut te zijn. Voor de eerstelijnsfysiotherapeuten was het van belang dat zij op het moment van het onderzoek werkzaam waren in een eerstelijnsfysiotherapiepraktijk. Daarnaast dienden zowel de eerstelijns- als de bekkenfysiotherapeuten te beheersen over de Nederlandse taal. Wat betreft exclusiecriteria was het, voor het onderzoek, van belang dat de eerstelijnsfysiotherapeuten

geen aanvullende cursussen of scholingen – gerelateerd aan de bekkenbodem – gevolgd hebben. Voor dit exclusie criterium werd gekozen zodat de steekproef een duidelijk beeld weer zou geven over de eerstelijnsfysiotherapie zonder aanvullende kennis over de bekkenbodem en bekkenbodemdysfuncties.

2.3 Dataverzameling

Voorafgaande aan de dataverzameling werden de deelnemers van het onderzoek gevraagd het informed consent formulier in te vullen. Hiermee hebben de deelnemers toestemming gegeven voor het verzamelen, bewaren en gebruiken van gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvragen.

Er werd besloten om data te winnen middels individuele semigestructureerde interviews. Er werden zowel interviews gehouden met eerstelijnsfysiotherapeuten als met gecertificeerd bekkenfysiotherapeuten. De reden dat werd gekozen om ook bekkenfysiotherapeuten te interviewen was om een deskundige opinie te verkrijgen en zo verbeterpunten beter in kaart te kunnen brengen omtrent het herkennen van bekkenbodemdysfuncties onder eerstelijnsfysiotherapeuten. Beide onderzoeksvragen werden onderzocht bij beide onderzoekspopulaties.

Er werd gekozen voor het organiseren van semigestructureerde interviews omdat er vragen werden gesteld middels een vaste volgorde, maar doorvragen hierbij wel vrij was. Daarnaast was er een duidelijk doel voor ogen waarom er bepaalde vragen gesteld werden (Baarda et al., 2012).

Voorafgaande aan de interviews werd er één topiclijst opgezet, voor zowel de eerstelijnsfysiotherapeuten als voor de bekkenfysiotherapeuten. De topics werden opgesteld aan de hand van vakinhoudelijke gesprekken met de opdrachtgever en voortgekomen informatie uit de literatuur in relatie tot de onderzoeksvragen. De topiclijst is terug te vinden in Tabel 1. Door het opstellen van deze topiclijst konden verschillende onderwerpen in de interviews bevraagd worden. Naast het opzetten van de topiclijst, werden er ook een aantal vragen opgesteld, welke gekoppeld waren aan de topiclijst. De vragen kwamen tijdens de interviews in een vaste volgorde aan bod. Het volledig overzicht van de vragen voor de interviews met eerstelijnsfysiotherapeuten is terug te vinden in Bijlage 2, de vragen voor de interviews met bekkenfysiotherapeuten zijn terug te vinden in Bijlage 3.

Tabel 1 – Topiclijst

Topic	Sub-topics	Interviewvragen	Verantwoording
Het herkennen van symptomen	Samenhang met andere klachten Gestelde vragen	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Behandel jij patiënten die, behalve de problemen die jij behandelt, ook symptomen van bekkenbodemdysfuncties hebben? - Zo ja, hoe heb je dit ervaren of ben je hierachter gekomen? Naar wat vraag jij specifiek bij verdenking op bekkenbodemdysfuncties? - Maak jij hierin een verschil tussen mannen en vrouwen? Bekkenfysiotherapeuten: Wat zijn jouw ervaringen betreft het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen onder niet-gespecialiseerde fysiotherapeuten op het gebied van bekkenfysiotherapie? - Goede en slechte ervaringen. Welke vragen zouden eerstelijnsfysiotherapeuten moeten stellen aan volwassen mannen en vrouwen om symptomen van bekkenbodemdysfuncties op te sporen? Welke symptomen kunnen voor eerstelijnsfysiotherapeuten moeilijk te herkennen zijn op het gebied van bekkenbodemdysfuncties? - En hoe komt dit?	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden of en hoe eerstelijnsfysiotherapeuten symptomen van bekkenbodemdysfuncties herkennen bij volwassen mannen en vrouwen die vanwege andere klachten naar een fysiotherapeut komen en waarbij bekkenbodemdysfunctie een comorbiditeit is. Bekkenfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden wat een goede en efficiënte manier is om de symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen te herkennen.
Screening	Aanleiding tot screenen Gestelde vragen Patiëntencategorie	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Wat geeft jou aanleiding tot het screenen op bekkenbodemdysfuncties? - Maak jij hierin verschil tussen mannen en vrouwen? Hoe ziet jouw screening op bekkenbodemdysfuncties eruit? - Maak jij hierin verschil tussen mannen en vrouwen? Bekkenfysiotherapeuten: Welke informatie (over of van de patiënt) zouden de eerstelijnsfysiotherapeut	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden of de eerstelijnsfysiotherapeuten de klachten van de patiënten binnen de eigen competenties zien of voor behandeling naar een andere specialist (bijvoorbeeld een bekkenfysiotherapeut) doorverwezen dienen te worden. Bekkenfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden wat een goede

		aanleiding moeten geven tot het screenen op bekkenbodemdysfuncties? Hoe dient een screening bij eerstelijnsfysiotherapeuten op bekkenbodemdysfuncties uit te zien?	en efficiënte manier is om volwassen mannen en vrouwen te screenen op bekkenbodemdysfuncties.
Doorverwijzen	Indicatie Communicatie bij doorverwijzing	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Op basis waarvan besluit je een patiënt door te verwijzen naar een bekkenfysiotherapeut? - Hoe communiceer jij hierover met de patiënt? Bekkenfysiotherapeuten: Op basis waarvan dient een eerstelijnsfysiotherapeut een patiënt door te verwijzen naar een bekkenfysiotherapeut en hoe dient hij hierover met de patiënt te communiceren?	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden op basis waarvan eerstelijnsfysiotherapeuten patiënten doorverwijzen naar bekkenfysiotherapeuten en hoe de communicatie hiervan eruit ziet. Bekkenfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden hoe een bekkenfysiotherapeut kijkt naar de doorverwijzing van patiënten vanuit de eerste lijn en hoe de communicatie hiervan optimaal kan verlopen.
Communicatie	Belemmerende factoren Goede communicatie	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Hoe communiceren jij en patiënten over en weer over symptomen van bekkenbodemdysfuncties die zij ervaren? - Ervaar jij hierin moeilijkheden of belemmeringen? - Wie begint dit gesprek meestal? Bekkenfysiotherapeuten: Wat kenmerkt, volgens jou, een goede communicatie tussen eerstelijnsfysiotherapeuten en patiënten over en weer over symptomen van bekkenbodemdysfuncties die zij ervaren?	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden hoe de eerstelijnsfysiotherapeuten met patiënten over en weer communiceren over dit onderwerp en wat eventuele moeilijkheden hierin zijn. Bekkenfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden wat een goede communicatie over bekkenbodemdysfuncties kenmerkt.
Wederzijdse invloed	Invloed van symptomen op behandeling Invloed van behandeling op symptomen	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Welke invloeden van symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen bemerk jij tijdens jouw fysiotherapeutische behandeling? - En andersom? Bekkenfysiotherapeuten:	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden of eerstelijnsfysiotherapeuten bewust zijn van het feit dat bekkenbodemdysfuncties invloed op hun fysiotherapeutische behandeling kunnen hebben en andersom.

		Welke invloeden kunnen symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij mannen en vrouwen op de fysiotherapeutische behandeling hebben? - En andersom?	Bekkenfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden wat het perspectief van bekkenfysiotherapeuten is op de invloed van bekkenbodemdysfuncties op de fysiotherapeutische behandeling.
Opvattingen over de rol van de eerstelijnsfysiotherapeut		Eerstelijnsfysiotherapeuten: Wat is volgens jou de rol van eerstelijnsfysiotherapeuten in het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties? Bekkenfysiotherapeuten: Wat is volgens jou de rol van eerstelijnsfysiotherapeuten in het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties?	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden hoe de eerstelijnsfysiotherapeuten hun rol zien in het herkennen van bekkenbodemdysfuncties. Bekkenfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden hoe de bekkenfysiotherapeuten de rol van eerstelijnsfysiotherapeuten zien in het herkennen van bekkenbodemdysfuncties.

Voorafgaande aan het starten van het interview werden er een aantal demografische gegevens gevraagd, wat voor het onderzoek inhield: naam, geslacht, leeftijd, werkervaring en gevolgde cursussen. Bij de interviews met de eerstelijnsfysiotherapeuten werd daarnaast ook nog gevraagd of er op het moment van interviewen een gespecialiseerd bekkenfysiotherapeut werkzaam is in hun praktijk. De gedachte hierachter was dat deze therapeutengroep wellicht meer afweet van bekkenbodemdysfuncties als een eerstelijnsfysiotherapeut welke niet dagelijks samenwerkt met een bekkenfysiotherapeut.

Voor het uitvoeren van de interviews werd per deelnemer circa één uur uitgetrokken. Hierbij werd de inloop, kennismaking en afsluiting meegerekend. De tijd die overbleef voor het voeren van het daadwerkelijke interview bedroeg circa 45 minuten, inclusief eventueel doorvragen of andere onverwachte gebeurtenissen. Alle interviews werden – met toestemming van de deelnemers – auditief opgenomen.

Een voordeel van de semigestructureerde interviews op basis van een topiclijst was dat alle thema's aan bod kwamen. Daarnaast was de invloed van de onderzoeker minder groot door vaste formulering van de vragen. Een nadeel hiervan was dat de vraagformulering vast lag en moeilijk aangepast kon worden aan het taalgebruik van de deelnemers. Daarnaast was er, door de vaste vraagvolgorde, ook weinig mogelijkheid voor

flexibiliteit en kon er lastig worden ingespeeld op onverwachte gebeurtenissen (Baarda et al., 2012).

2.4 Data-analyse

Na de afname van elk interview werden de audio-opnamen zo snel mogelijk beluisterd en geanalyseerd. Hierbij werd ook geluisterd naar eventuele artefacten waardoor de audio-opnamen verstoord raakten. Denk hierbij aan achtergrondgeluiden, gemompel, geen duidelijke articulatie of het wegvallen van geluid. Door hier zo snel mogelijk achter te komen konden deze artefacten worden opgehelderd bij de deelnemers om zo de desbetreffende vraag goed te kunnen beantwoorden. Na het ophelderen van alle artefacten werd begonnen aan het transcriberen van de interviews. Alle transcripten werden handmatig, aan de hand van de audio-opnamen, getranscribeerd. Tijdens het transcriberen was het belangrijk dat alles letterlijk gedocumenteerd werd, zowel verbale als ook mogelijke non-verbale communicatie zoals gelach of een lange stilte.

Na het uitwerken van de transcripten van de interviews werd een samenvatting aan de deelnemers gestuurd. Op deze manier werd gecontroleerd of alle data juist geïnterpreteerd werd. Na goedkeuring van de deelnemers kon begonnen worden met het coderen van de transcripten.

Gedurende het coderingsproces werd uitgegaan van directed content analysis op basis van thematisch coderen. Bij deze manier van coderen werden verzamelde gegevens, welke voorkwamen uit het onderzoek, ingedeeld in thema's. Deze werden ingedeeld op basis van de opgestelde topics in de topiclijst, welke aansluiten op de onderzoeksvragen. De te doorlopen stappen bij thematisch coderen werden niet op een vaste manier gehandhaafd. Thematisch coderen kan dan ook op verschillende manieren plaatsvinden (Kemper, 2019). Binnen dit onderzoek werd, longitudinaal aan het coderingsproces, een overzichtstabel bijgehouden waarin per deelnemer werd weergegeven wat over het betreffende thema werd gezegd. Op deze manier werd een gestructureerd overzicht gehandhaafd.

Na het uitvoeren van de eerste twee interviews, werden deze zo snel mogelijk getranscribeerd en zowel deductief als inductief geanalyseerd. Op deze manier was er genoeg ruimte om tot het besluit te komen om, waar nodig, topics of interviewvragen toe te voegen voor de daaropvolgende interviews. Deze mogelijke toevoegingen werden ten alle tijden gebaseerd op nog openstaande vragen bij de onderzoekers naar aanleiding van de data-analyse van de eerste interviews. Alle daaropvolgende interviews werden op

dezelfde wijze geanalyseerd. De laatste stap van het data-analyseproces was om de gewonnen en geanalyseerde data nauwkeurig en kritisch door te lezen om op deze manier een antwoord te formuleren op beide onderzoeksvragen.

2.5 Kwaliteitscriteria

De verschillende kwaliteitscriteria werden gedurende het gehele onderzoek gewaarborgd volgens Korstjens en Moser (2018). Om de credibility te waarborgen werden de gewonnen data, verkregen via de interviews, gecontroleerd middels een member-check. Het uitvoeren van deze member-check hield in dat de gewonnen data – middels een samenvatting – werd toegestuurd aan de deelnemers om te controleren of alle gegevens, ervaringen en antwoorden juist geïnterpreteerd waren. Daarnaast werd bijgedragen aan de credibility door het toepassen van onderzoekerstriangulatie. Alle onderzoekers hebben – door het elk afzonderlijk uitvoeren en analyseren van interviews – dezelfde onderzoeksvragen proberen te beantwoorden. Als bijdrage aan het kwaliteitscriterium transferability werd gebruik gemaakt van thick description. Hierbij werd op een volledige en gedetailleerde manier het onderzoeksproces beschreven waarbij de lezer zelf kan bepalen of dit relevant is voor overdraagbaarheid. Daarnaast werd hierdoor ook de dependability ondersteund. Om het laatste kwaliteitscriterium, de confirmability, te garanderen werden de in de resultaten getrokken conclusies enkel geformuleerd op basis van de gewonnen data en niet op denkpatronen van de onderzoekers.

2.6 Ethische verantwoording

Alle onderzoekers hebben voor aanvang van het onderzoek de verklaringen 'gedragscode wetenschappelijke integriteit' en 'gedragscode persoonsgegevens' ondertekend. De in de interviews gedeelde ervaringen en antwoorden werden zorgvuldig bewaard zoals beschreven in het ondertekende informed consent formulier welke alle deelnemers voorafgaande aan het onderzoek hebben ondertekend. Daarnaast werd het informed consent formulier ook ingevuld om te zorgen dat de interviews in een voor de deelnemers veilige omgeving plaatsvonden. Hierdoor werden de deelnemers onder andere gegarandeerd dat alle gedeelde ervaringen en antwoorden geheel anoniem en enkel voor het onderzoek gebruikt werden en niet voor andere doeleinden. Tot slot werden alle privacygevoelige data na afloop van het onderzoek opgeslagen op een beveiligde server.

3 Resultaten

Binnen het onderzoek werden vier deelnemers geïnterviewd, twee eerstelijnsfysiotherapeuten en twee gecertificeerd bekkenfysiotherapeuten. Van alle achtenveertig fysiotherapiepraktijken, welke benaderd zijn voor deelname aan het onderzoek, heeft slechts één praktijk zich direct aangemeld. Twee andere praktijken lieten weten dat zij nagenoeg geen patiënten met bekkenbodempromblematiek behandelen of vanwege nieuwe eisen van zorgverzekeraars, wat betreft scholing bij bekkenbodempatiënten, geen patiënten met dergelijke klachten aannemen. De overige twee geïnterviewden werden benaderd door de eerste deelnemers. Alle deelnemers van het onderzoek voldeden aan de vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria.

Eerstelijnsfysiotherapeut 1 (EF1) is een man van 31 jaar oud. Hij heeft zes jaar werkervaring als fysiotherapeut en is werkzaam in een praktijk waarin ook een bekkenfysiotherapeut werkt. Daarnaast heeft hij de cursussen dry needling en tapen gevolgd en is hij momenteel bezig met de cursus echografie. Eerstelijnsfysiotherapeut 2 (EF2) is mannelijk, 44 jaar oud en werkt al zeventien jaar als fysiotherapeut. Evenals EF1 werkt hij samen met een bekkenfysiotherapeut en heeft hij de cursus dry needling gevolgd. Daarnaast heeft hij diverse verdiepende cursussen gevolgd. Bekkenfysiotherapeut 1 (BF1) is vrouwelijk en 34 jaar oud. Ze is dertien jaar geleden afgestudeerd als fysiotherapeut en sinds vier jaar bekkenfysiotherapeut. Bekkenfysiotherapeut 2 (BF2) is een vrouw van 29 jaar oud. Ze is acht jaar fysiotherapeut en sinds vier jaar werkzaam als bekkenfysiotherapeut. Daarnaast heeft ze een cursus echografie binnen de bekkenfysiotherapie gevolgd en is ze momenteel bezig met de opleiding tot consulent seksuele gezondheidszorg.

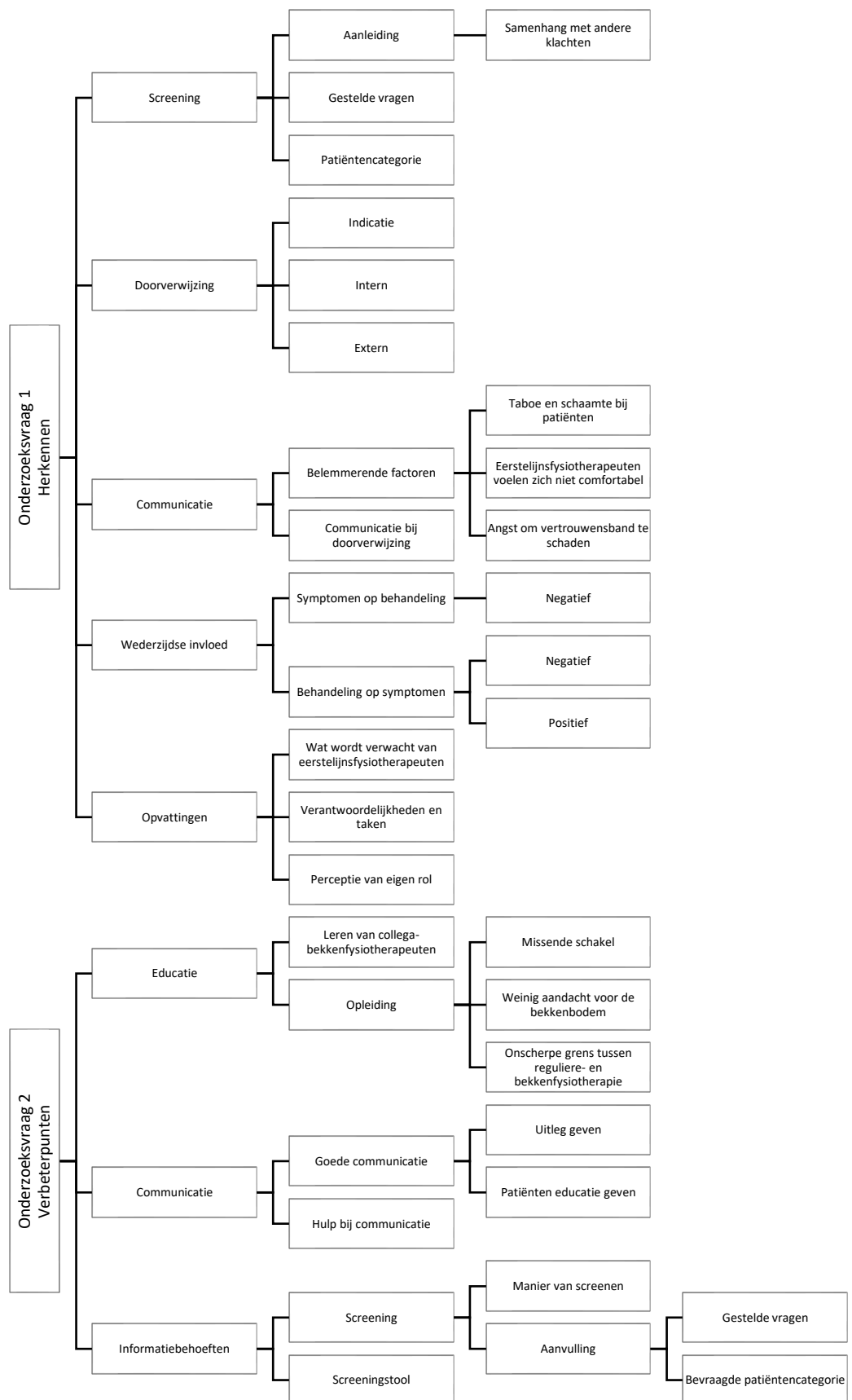
3.1 Aanvulling topiclijst en codeboom

Naar aanleiding van de eerste interviews, met één van beide te onderzoeken populaties, werden nog twee topics toegevoegd aan de topiclijst. De toegevoegde topics zijn terug te vinden in Tabel 2. Naast het aanvullen van de topiclijst werden een aantal toevoegingen/aanpassingen gedaan aan de interviewvragen voor aanvang van de daaropvolgende interviews. De aanpassingen zijn in de Bijlagen 2 en 3 in het rood terug te vinden. Daarnaast werden ook de eerste interviews nogmaals, voor zover dat mogelijk was, geanalyseerd op informatie met betrekking tot de nieuwe topics.

Tabel 2 – Aanvulling topiclijst

Topic	Sub-topics	Interviewvragen	Verantwoording
Educatie	Opleiding tot fysiotherapeut	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Vind jij dat tijdens de opleiding tot algemeen fysiotherapeut voldoende aandacht wordt besteed aan het bekken, de bekkenbodem en bekkenbodemdysfuncties? - Waarom wel of niet? Bekkenfysiotherapeuten: Vind jij dat tijdens de opleiding tot algemeen fysiotherapeut voldoende aandacht wordt besteed aan het bekken, de bekkenbodem en bekkenbodemdysfuncties? - Waarom wel of niet?	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden hoe zij denken over het belang van integratie binnen de opleiding omtrent het onderwerp 'de bekkenbodem'. Bekkenfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden hoe zij denken over het belang van integratie binnen de opleiding omtrent het onderwerp 'de bekkenbodem'.
Informatiebehoeften *Enkel gesteld aan de eerstelijnsfysiotherapeuten	Screening Screeningstool	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Waar liggen voor jou zelf informatiebehoeften als het gaat om de bekkenbodem en bekkenbodemdysfuncties? - Voel je je zeker bij de screening hierop? - Zijn er bepaalde dingen die je graag nog zou willen weten? - Zou je graag een screeningstool hebben voor bekkenbodem dysfuncties?	Eerstelijnsfysiotherapeuten: Dit onderwerp is belangrijk, omdat er in kaart gebracht dient te worden waar eventuele informatiebehoeften en/of verbeterpunten liggen omtrent de bekkenbodem en bekkenbodemdysfuncties.

Na het volledige analyseproces voor alle interviews te hebben doorlopen werd er één codeboom opgesteld. Op deze manier konden de verschillende topics, horend bij de twee onderzoeksvragen, in een overzichtelijk en schematisch beeld worden weergegeven. De codeboom is terug te vinden in Figuur 1.



Figuur 1 – Codeboom

3.2 Herkenning en screening

Het eerste onderwerp dat tijdens de interviews aan bod kwam was het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties. Bij dit onderwerp werd ook gevraagd naar de samenhang met andere klachten en de vragen die de fysiotherapeuten stellen. Hierbij gaf één eerstelijnsfysiotherapeut aan in de anamnese de problemen uit te vragen en te vragen naar het ophouden van plas en de aandrang hiervan, het gevoel in de schaamstreek en bij vrouwen naar last met vrijen. Ook werd het differentiëren met andere bronnen zoals het heupgewricht of de SI-gewrichten benoemd. Anderzijds werd benoemd niet naar bekkenbodemdysfuncties te vragen, tenzij dit rondom de zwangerschap is.

“Tot nu toe heb ik bij specifieke onderrugproblemen, die ik niet opgelost kreeg, niet aan de bekkenbodem gedacht.” – EF2

De bekkenfysiotherapeuten verklaarden in de praktijk op te merken dat vrouwen vaker met bekkenbodem-gerelateerde problemen komen. Klachten bij vrouwen worden ook sneller herkend, omdat dit vaak wordt geassocieerd met zwangerschap. Mannen met bekkenbodemdysfuncties worden minder herkend.

“Wij krijgen meer vrouwen via doorverwijzing van collega-fysiotherapeuten, maar ik denk dat de meeste fysiotherapeuten nog niet in de gaten hebben dat mannen ook bekkenbodemproblemen kunnen hebben.” – BF1

Ook werd door de bekkenfysiotherapeuten benoemd door te vragen als de bekkenbodemklachten direct gerelateerd kunnen zijn aan de klacht van de patiënt, zoals bijvoorbeeld lies- en/of buikpijn. Bekkenfysiotherapeuten vragen op verschillende domeinen naar bekkenbodemdysfuncties, namelijk: urologisch, darm-gerelateerd en seksueel. Op de vraag welke bekkenbodemklachten mogelijk moeilijk herkend kunnen worden door eerstelijnsfysiotherapeuten werd het volgende gezegd:

“Eigenlijk geen, want het gaat om vrij simpele dingen. Poepen, plassen, seksen, dat doen we allemaal. Dus het is niet wat herken je niet, maar als je er niet naar vraagt, dan weet je het ook niet.” – BF2

Het tweede onderwerp dat werd uitgevraagd ging om de screening bij bekkenbodemdysfuncties. Hierbij werd gevraagd naar de aanleiding tot screenen en de patiëntencategorie waarbij de fysiotherapeuten screenen. Er werd door de eerstelijnsfysiotherapeuten verklaard vooral uit te gaan van dingen die patiënten aangeven.

Over het algemeen wordt het meer bij vrouwen, met name bij jonge vrouwen na of tijdens zwangerschap, verwacht. Eén van de eerstelijnsfysiotherapeuten gaf zelfs aan eigenlijk nooit naar de bekkenbodem te vragen, tenzij hij weet dat iemand uit een zwangerschap komt of net bevallen is. Daarnaast werd benoemd het zeker niet bij topsporters te verwachten, zowel mannelijk als vrouwelijk. Anderzijds werd door de bekkenfysiotherapeuten juist het belang van het screenen bij topsporters benoemd, zij hebben juist een gespannen bekkenbodem. Daarnaast werd door de bekkenfysiotherapeuten verklaard dat ademhalingsproblematiek, lage rug-, heup-, en/of hyperventilatieklachten vaker bekken-gerelateerd zijn en dus belangrijk om uit te vragen. Eén van de bekkenfysiotherapeuten gaf aan grote voorstander te zijn voor het opnemen van standaardvragen over bekkenbodemdysfuncties in de anamnese bij patiënten met lage rugklachten. Deze vragen dienen dan met name te gaan over urineverlies, klachten bij ontlasten of plassen en seksuele dysfuncties. Daarnaast vertelde ook één van de eerstelijnsfysiotherapeuten dat het geprotocolleerd inzetten van vragen over bekkenbodemdysfuncties tijdens de intake wenselijk is. Volgens bekkenfysiotherapeuten kunnen de ervaren klachten bij patiënten met urine-incontinentie in kaart worden gebracht aan de hand van de vragenlijst Protection Amount Frequency Adjustment Bodyimage (PRAFAB). Bij matige tot ernstige hinder van de klachten kan doorverwezen worden naar een bekkenfysiotherapeut.

3.3 Doorverwijzing en communicatie

Het derde onderwerp dat tijdens het interview aan bod kwam ging over het doorverwijzen van patiënten naar een bekkenfysiotherapeut. Hierbij werd uitgevraagd wat voor de fysiotherapeuten een indicatie is om een patiënt door te verwijzen en hoe zij communiceren omtrent deze doorverwijzing. Door de eerstelijnsfysiotherapeuten werd aangegeven patiënten door te verwijzen wanneer de behandeling niet de gewenste resultaten brengt en de patiënt andere, bijkomende bekkenproblematiek aangeeft. Daarnaast werd door de bekkenfysiotherapeuten verteld dat eerstelijnsfysiotherapeuten door dienen te verwijzen op basis van informatie uit de screening. Hierop aansluitend werd aangegeven dat deze lijn voor eerstelijnsfysiotherapeuten korter is als zij met een bekkenfysiotherapeut in één praktijk werken. Het doorverwijzen van de patiënt en het intern bespreken met de bekkenfysiotherapeut gaat hierdoor een stuk gemakkelijker. Beide eerstelijnsfysiotherapeuten gaven aan geen problemen te ervaren in de communicatie omtrent doorverwijzing naar een bekkenfysiotherapeut.

“Het is vaak een opluchting voor de patiënt.” – EF2

De bekkenfysiotherapeuten gaven aan dat eerstelijnsfysiotherapeuten de patiënten educatie dienen te geven over de samenhang tussen de klachten en de bekkenbodem. Hierdoor zijn ze sneller gemotiveerd om een afspraak bij een bekkenfysiotherapeut te maken en te werken aan hun bekkenbodem. Ook werd aangegeven dat het vooral van belang is om uit te leggen waarom je bepaalde vragen stelt en waarom je denkt dat het in het belang van het behandeltraject is.

Het vierde onderwerp ging over de communicatie met patiënten over symptomen van bekkenbodemdysfuncties waarbij werd gevraagd naar wat een goede communicatie kenmerkt en belemmerde factoren hierin. Er werd, door de eerstelijnsfysiotherapeuten, aangegeven dat er angst is dat het stellen van dit type vragen de vertrouwensband met de patiënt teniet kan doen en dat patiënten de vragen confronterend of niet netjes vinden of zich schamen voor dingen. Daarnaast werd verklaard dat vrouwen hier over het algemeen makkelijker over praten en bij mannen de schaamte omtrent dit onderwerp vaak groter is.

“Bij de man is dat echt iets wat je eruit moet trekken. Ik merk dat ik dan ook meestal het gesprek echt moet beginnen.” – EF1

Eén van de eerstelijnsfysiotherapeuten vertelde bij moeilijkheden in de communicatie omtrent dit onderwerp het gesprek af te sluiten om de patiënt niet in verlegenheid te brengen. Wederom werd door de bekkenfysiotherapeuten het belang aangehaald om de reden voor het stellen van de vragen over de bekkenbodem aan te geven. In de communicatie over de bekkenbodem dient meer gewoontegedrag te komen. Ook werd aangegeven dat een patiënt vaak niet meteen komt met die vraag en het belangrijk is dat eerstelijnsfysiotherapeuten hier open over zijn, de vraag zelf moeten durven stellen en niet verwachten dat patiënten er zelf mee komen.

3.4 Wederzijdse invloed en opvattingen

Het vijfde onderwerp dat tijdens de interviews werd aangehaald ging over de wederzijdse invloed van symptomen en fysiotherapeutische behandeling. Hierbij werd gevraagd naar de ervaringen van de fysiotherapeuten omtrent deze wederzijdse invloed. Door de eerstelijnsfysiotherapeuten werd verklaard dat oefenprogramma's niet per se aanpast worden hierop. Wel wordt aan patiënten met bekkenbodemdysfuncties verteld dat urine-incontinentie kan optreden bij het uitvoeren van de oefeningen. Daarnaast werd

aangegeven dat niet alle patiënten direct doorverwezen worden en er vaak zelf aan de slag wordt gegaan met spierversterkende oefeningen voor onder andere de lage rug en de m. transversus abdominis. Hierbij werd verklaard ook vaak effectiviteit van deze fysiotherapeutische behandeling te zien.

“Als mijn patiënt minder rugpijn heeft, dan hoeft de bekkenbodem minder te knijpen, minder hypertoon te staan.” – BF2

Door één eerstelijnsfysiotherapeut werd verklaard dat de behandeling indirect en onbewust de bekkenbodem positief kan beïnvloeden. Beide bekkenfysiotherapeuten gaven aan dat een niet-herkende bekkenbodemplacht een in standhoudende- en negatieve prognostische factor kan zijn op het herstel en de duur van de behandeling.

“Fysiotherapeutische behandeling kan de bekkenbodemplacht positief of negatief beïnvloeden, afhankelijk van de oefeningen en keuzes die de fysiotherapeut maakt.” – BF1

Het zesde onderwerp dat tijdens de interviews werd aangesneden ging om de opvattingen over de rol van de eerstelijnsfysiotherapeuten in het herkennen van symptomen van bekkenbodemplachtdysfuncties. Aan alle fysiotherapeuten werd hun mening hierover gevraagd. De eerstelijnsfysiotherapeuten vertelden dat patiënten de huisarts steeds vaker overslaan en steeds vaker via directe toegankelijkheid bij de fysiotherapeut terecht komen. Daarnaast werd gedeeld dat het handig is om als eerstelijnsfysiotherapeut ook tools en middelen te hebben om bekkenbodemplachtdysfuncties te herkennen. Er werd aangegeven dat bekkenfysiotherapie een onderdeel is van fysiotherapie en dat algemeen fysiotherapeuten hier dan ook iets van moeten weten en de samenhang dienen te herkennen. Door de bekkenfysiotherapeuten werd verklaard dat eerstelijnsfysiotherapeuten te weinig vragen stellen over bekkenbodemplachtdysfuncties en dat dit mogelijk te wijten is aan ontbrekende educatie op het gebied van de bekkenbodem. Hoe eerder de klachten herkend worden, des te eerder kunnen deze worden opgepakt. Eén van de bekkenfysiotherapeuten gaf aan te verwachten dat eerstelijnsfysiotherapeuten als eerst literatuurkennis over de functie van de bekkenbodem hebben en aan de hand hiervan bekkenbodemplachtdysfuncties uit dienen te vragen en doorverwijzen. Over de rol van de eerstelijnsfysiotherapeuten in de praktijk waar zij werkzaam is werd de volgende positieve ervaring gedeeld:

“Bij ons is een bepaald deel bekendheid en er wordt al snel gezegd ‘heb je een plas- of poep- of seksprobleem?’ handen ervan af en ga maar naar de bekkenfysio.” – BF2

3.5 Educatie en informatiebehoeften

Het zevende onderwerp dat tijdens de interviews aan bod kwam ging over de educatie. Hierbij werd gevraagd naar de kijk op het integreren van onderwerpen omtrent het bekken, de bekkenbodem en bekkenbodemdysfuncties binnen de opleiding tot fysiotherapeut. Alle geïnterviewde fysiotherapeuten waren het erover eens dat dit een onderwerp is dat te weinig aan bod komt tijdens de opleiding tot fysiotherapeut. De bekkenfysiotherapeuten vertelden dat in de opleiding nog veel meer kan worden toegevoegd hierover en dat lesgeven op de functies en dysfuncties van de bekkenbodem een winst kan zijn, kennis hierover is immers nodig voor het screenen hierop. Eén van de eerstelijnsfysiotherapeuten gaf aan veel van de vergaarde informatie over de bekkenbodem pas in de praktijk of van collega-bekkenfysiotherapeuten geleerd te hebben.

“Ik vind dat bekkenfysiotherapie een onderdeel is van fysiotherapie en als het een onderdeel is vind ik dat je er iets van moet weten. Ik heb bijvoorbeeld nog nooit met een dwarslaesiepatiënt gewerkt, maar ik weet meer van dwarslaesie dan ik weet over de bekkenproblemen van de patiënten die ik wel zie. Ik vind het een gemiste kans. Ik vind, hoe klein dan ook, dat een algemeen fysiotherapeut er iets van moet weten en dat hij de samenhang moet herkennen.” – EF2

“Ik vraag me af of als je weinig kennis ervan hebt... dan kun je het ook niet vragen. Dus dat is daar toch wel moeilijk in denk ik. En als het niet in het curriculum vast wordt opgenomen, dan kun je natuurlijk proberen dat er meer kennis komt of meer doorverwijzen. Maar als ze niet weten wat het allemaal precies doet, dan behalve alleen urineverlies. Dan zal het toch wel een groter probleem worden, een beetje de bron zeg maar.” – BF2

Daarnaast werd aangegeven dit als een missende schakel te ervaren. Anderzijds werd door één van de bekkenfysiotherapeuten ook de andere kant hiervan belicht. Er werd verklaard dat het voor de opleidingen moeilijk te bepalen is wat bij de opleiding tot algemeen fysiotherapeut en wat bij de opleiding tot bekkenfysiotherapeut behoort en hoe diep je daarop in moet gaan.

Het achtste en tevens laatste onderwerp ging over de informatiebehoeften over de bekkenbodem en haar dysfuncties onder eerstelijnsfysiotherapeuten. Hierbij werd gevraagd naar hoe zeker eerstelijnsfysiotherapeuten zich voelen bij de screening hierop en of zij graag een screeningstool hiervoor zouden hebben. Dit topic werd enkel voorgelegd aan één eerstelijnsfysiotherapeut. Er werd aangegeven geen ongemak te ervaren bij het stellen van vragen over de bekkenbodem. Daarnaast werd verteld dat een vragenlijst

hierover, al voorafgaande aan de intake, de drempel voor de patiënt mogelijk verlaagt. Op de vraag of een screeningstool voor bekkenbodemdysfuncties een meerwaarde zou hebben werd het volgende geantwoord:

“Ja! Ik zou dat zeker willen hebben. Ik kan daar [de bekkenbodemdysfuncties] verder niks mee, maar ik vind wel dat het onderdeel is van kwaliteit leveren.” – EF2

De datasaturatie betreffende de interviews met eerstelijnsfysiotherapeuten is niet volledig bereikt. Een reden hiervoor is het lage onderzoekersaantal in een beperkte tijd van 17 weken. Wegens tijd tekort en een lage respons op de wervingsmail was het niet mogelijk om meer interviews uit te voeren. Daarnaast hebben de onderzoekers helaas pas na afloop van de interviews informatie van de NVFB verkregen dat in het jaar 2019 een vragenlijst over bekkenbodemdysfuncties – bedoeld voor eerstelijnsfysiotherapeuten – is ontwikkeld: de *Vragenlijst Bekkenbodemdysfuncties* van Roos Hanemaaijer. Echter, werd wel naar de screening gevraagd en werd deze vragenlijst door geen van de fysiotherapeuten benoemd.

4 Discussie

Na uitvoerige analyse van de gewonnen data kunnen de onderzoeksvragen beantwoord worden. De onderzoeksvragen luiden: 1. “Op basis waarvan herkennen eerstelijnsfysiotherapeuten symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen?” en 2. “Wat zijn verbeterpunten betreffende het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen onder eerstelijnsfysiotherapeuten?”

Op de eerste onderzoeksvraag kan het volgende antwoord geformuleerd worden. Eerstelijnsfysiotherapeuten herkennen symptomen van bekkenbodemdysfuncties grotendeels op basis van spontaan door de patiënt aangegeven informatie. Vragen die gesteld worden gaan voornamelijk over incontinentie bij vrouwen rondom de zwangerschap. Mannen worden over het algemeen nog minder bevraagd over bekkenbodemdysfuncties dan vrouwen. Samenhang tussen heup- en liesklachten en bekkenbodemdysfuncties worden soms herkend op basis van exclusie van andere mogelijke pijnbronnen. Patiëntengroepen (behalve zwangere) waarbij bekkenbodemdysfuncties vaak voorkomen worden niet regelmatig bevraagd en de samenhang tussen de bekkenbodem en lage rugpijn wordt niet benoemd. Daarnaast zijn de gestelde vragen incompleet. Zo vragen de eerstelijnsfysiotherapeuten niet naar klachten bij ontlasten en enkel naar incontinentie en aandrang bij urineren. Wat betreft seksuele klachten vragen zij enkel bij vrouwen naar pijn bij vrijen.

Als antwoord op de tweede onderzoeksvraag kunnen de volgende twee verbeterpunten worden aangehaald. Het eerste verbeterpunt is om met meer regelmaat de standaardvragen (plas-, ontlasting- en seksuele problemen), in het bijzonder bij patiëntengroepen met bekende hoge prevalentie van bekkenbodemdysfuncties (patiënten met lage rugpijn), te stellen. Deze vragen dienen ook gesteld te worden bij patiënten waarbij de fysiotherapeut van mening is dat de klachten samenhang kunnen hebben met de functie van de bekkenbodem. Daarbij zal aan de patiënt de reden voor het stellen van zulke vragen aangeven moeten worden, door de mogelijk samenhang tussen bekkenbodemproblematiek en de ervaren klachten uit te leggen. Een tweede verbeterpunt betreft de communicatie. Op basis van de gewonnen data kan geconcludeerd worden dat communicatie over bekkenbodemdysfuncties vanuit eerstelijnsfysiotherapeuten belemmerd wordt door angst om de vertrouwensband met de patiënt teniet te doen. Het

geprotocolleerd inzetten van vragen over symptomen van bekkenbodemdysfuncties zal de communicatie omtrent dit onderwerp mogelijk ondersteunen.

Uit de gewonnen data blijkt dat de eerstelijnsfysiotherapeuten symptomen van bekkenbodemdysfuncties niet compleet en enkel bij een beperkte groep patiënten uitvragen. Kari Bø (2020), Prather et al. (2007) en Irwin et al. (2011) vermeldde dat symptomen van bekkenbodemdysfuncties onvoldoende herkend worden door zorgprofessionals. De bevindingen binnen dit onderzoek verduidelijken dat de hierboven beschreven situatie zich ook voordoet onder eerstelijnsfysiotherapeuten. Ook de verkregen antwoorden op de wervingsmails kunnen erop wijzen dat eerstelijnsfysiotherapiepraktijken zich niet bewust zijn van het feit dat zij patiënten waarbij bekkenbodemdysfuncties vaak voorkomen, bijvoorbeeld vrouwen met lage rugklachten, al behandelen.

Bovendien is het opvallend dat de eerstelijnsfysiotherapeuten het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties grotendeels baseren op de spontaan door patiënten aangegeven informatie over hun klachten. Gezien dat het onwaarschijnlijk is dat patiënten met bekkenbodemdysfuncties hun klachten uit zichzelf bespreekbaar maken (Irwin et al., 2008) wordt getwijfeld of het herkennen van bekkenbodemdysfuncties op basis van de door de patiënten spontaan aangegeven informatie effectief is.

De eerstelijnsfysiotherapeuten vragen bij patiënten met lage rugklachten urine-incontinentie niet standaard uit. Deze bevinding komt overeen met informatie uit een masterscriptie van de opleiding tot bekkenfysiotherapeut aan de SOMT University of Physiotherapy. In dit onderzoek hebben de auteurs berekend dat slechts 22,2% van de fysiotherapeuten altijd naar urine-incontinentie bij patiënten met lage rugklachten vragen (Bakker et al., 2019).

De eerstelijnsfysiotherapeuten gaven in de interviews aan, dat ze belemmeringen in de communicatie over bekkenbodemdysfuncties ervaren. Hanemaaijer-Slottje en Moosdorff-Steinhauser (2019) merkten op dat het vragen naar bekkenbodemdysfuncties weerstand op kan roepen bij zowel de fysiotherapeut als bij de patiënt. Verder schrijven de auteurs dat de fysiotherapeut niet specifiek is opgeleid om vragen te stellen over intieme problematiek en dat zij in het vragen hiernaar ondersteund kunnen worden middels een vragenlijst. Echter, is hier geen verdere evidence over bekend. Het niet specifiek opgeleid zijn lijkt een mogelijke reden voor de door eerstelijnsfysiotherapeuten ervaren moeilijkheden in de communicatie. Echter, zien de deelnemers van dit onderzoek de ontbrekende educatie enkel als probleem in relatie tot kennis en niet tot belemmeringen in de communicatie.

Een sterkte van dit onderzoek is dat zowel het perspectief van de eerstelijnsfysiotherapeuten alsook dat van de bekkenfysiotherapeuten werd geïnventariseerd. Het includeren van zowel eerstelijns- als bekkenfysiotherapeuten in dit onderzoek heeft ervoor gezorgd dat zowel de huidige als ideale situatie van betreft het herkennen van bekkenbodemdysfuncties met elkaar vergeleken kon worden. De geanalyseerde data van de interviews met eerstelijnsfysiotherapeuten werd gepresenteerd aan één bekkenfysiotherapeut met als doel een deskundige opinie over de screening op bekkenbodemdysfuncties en de ervaren communicatiebelemmeringen te inventariseren. Hierdoor zouden de verbeterpunten in het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties verder onderzocht kunnen worden. Het voorleggen van de data werd zodanig in het interview ingebouwd, dat de invloed op het beantwoorden van de vragen geminimaliseerd kon worden. De geïnterviewde gaf altijd eerst een eigen antwoord, hierna volgde pas het commentaar op de gepresenteerde informatie. De inzichten uit dit interview kwamen overeen met de uitspraken van de bekkenfysiotherapeut aan welke geen data gepresenteerd werd.

Een ander sterk punt is dat de eerste twee interviews direct geanalyseerd werden. Aan de hand van deze analyse konden nieuwe en/of verdiepende vragen geformuleerd en direct gesteld worden in daaropvolgende interviews. Hierdoor konden nieuwe inzichten en informatie verworven worden. Om de trustworthiness van het onderzoek te vergroten werd een member-check en onderzoekerstriangulatie toegepast. Daarnaast werd gebruik gemaakt van thick description en werden conclusies geformuleerd op basis van de gewonnen data en niet op basis van persoonlijke denkpatronen en meningen van de onderzoekers.

Een zwakte van dit onderzoek is dat beide geïnterviewde eerstelijnsfysiotherapeuten werkzaam waren in een praktijk waar ook een bekkenfysiotherapeut werkt. Dit kan van invloed zijn op het kennisniveau over bekkenbodempromotie waardoor het mogelijk is dat het verkregen beeld van de eerstelijnsfysiotherapeuten niet geheel representatief is voor de hele populatie eerstelijnsfysiotherapeuten. Daarnaast waren beide eerstelijnsfysiotherapeuten mannelijk. Dit maakt het onmogelijk om vast te stellen of er een verschil bestaat in het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties tussen mannelijke en vrouwelijke fysiotherapeuten. Het zal wenselijk zijn om meer interviews met eerstelijnsfysiotherapeuten uit te voeren om te onderzoeken of de gevolgde opleiding, aantal jaar werkervaring en gevolgde cursussen van invloed zijn op het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties. De onderzoekers zijn van mening dat

datasaturatie betreffende de interviews met eerstelijnsfysiotherapeuten niet volledig bereikt is. De door de deelnemers gedeelde ervaringen omtrent communicatie over bekkenbodemdysfuncties verschilden zeer en waren soms tegensprekend. Om dit te verhelderen zullen verdere interviews uitgevoerd dienen te worden waarbij verdiepende vragen gesteld worden over de communicatie. Datasaturatie betreffende de interviews met bekkenfysiotherapeuten is wel voldoende bereikt.

Een nieuwe bevinding binnen deze studie is dat de eerstelijnsfysiotherapeuten – bij een beperkte patiëntengroep – incomplete vragen stellen en het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties grotendeels baseren op spontaan aangegeven informatie door de patiënt. Verder wordt het ontbreken van educatie over de bekkenbodem in de opleiding tot fysiotherapeut door de deelnemers als een hoofdprobleem in het niet optimaal herkennen van bekkenbodemdysfuncties gezien.

Het optimaal herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties benodigd het stellen van simpele vragen aan de juiste patiëntengroepen. Alle deelnemers waren het unaniem eens dat het stellen van deze vragen behoort tot de taken van de eerstelijnsfysiotherapeut, toch gebeurt dit niet met regelmaat. Het lijkt dat angst om de vertrouwensband met de patiënt te schaden een belemmerende factor voor het stellen van vragen omtrent dit onderwerp is. Verder bemerkten de fysiotherapeuten belemmeringen in communicatie voornamelijk bij mannen te ervaren. Het beeld van ervaringen van eerstelijnsfysiotherapeuten omtrent de communicatie over bekkenbodemdysfuncties is niet helder en zal verder onderzocht moeten worden. Er zal ook verder onderzoek nodig zijn om het perspectief van patiënten omtrent de communicatie in kaart te brengen. Het zal voordelig zijn om te onderzoeken of de ervaren moeilijkheden verschillen tussen mannen en vrouwen en welke oplossingen mogelijk zijn. Communicatie is een tweewegproces, in dit geval tussen de eerstelijnsfysiotherapeut en de patiënt. Binnen dit onderzoek is enkel onderzoek gedaan naar het perspectief van de eerstelijnsfysiotherapeut.

De uitspraak in dit onderzoek over het gebruik van een screeningstool en/of vragenlijst voor bekkenbodemdysfuncties is enkel gebaseerd op de mening van één eerstelijnsfysiotherapeut. Veder onderzoek is noodzakelijk om te bepalen of het gebruik van screeningstools en/of vragenlijsten door eerstelijnsfysiotherapeuten gewenst is en in hoeverre het herkennen van de symptomen van bekkenbodemdysfuncties daardoor verbeterd kan worden.

Om te weten bij welke patiëntengroepen naar symptomen van bekkenbodemdysfuncties gevraagd dient te worden is kennis nodig over welke patiëntengroepen een verhoogd risico op bekkenbodemdysfuncties hebben en hoe de

functie van de bekkenbodem samenhangt met andere klachten. In de toekomst zal het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties mogelijk verbeteren door een opname van basale kennis over de bekkenbodem, haar functie en dysfuncties in het basiscurriculum van de bacheloropleiding fysiotherapie. Door het vergroten van kennis zullen toekomstige fysiotherapeuten op de hoogte zijn van de functionele samenhang tussen de bekkenbodem en de klachten van de patiënt en de juiste vragen stellen over de symptomen van bekkenbodemdysfuncties. Daarnaast kunnen zij hierdoor de patiënten uitleg geven over de invloed van de bekkenbodem op de ervaren problemen en zich bewust worden van de wederzijdse invloed van bekkenbodemdysfuncties en hun behandeling. Voor de nu werkzame fysiotherapeuten zal dit mogelijk in de vorm van korte bijscholingen of informatiebrochures aangeboden kunnen worden. Hierop aansluitend is het interessant te vermelden dat de deelnemers enerzijds verklaarden dat brede kennis nodig is om bekkenbodemdysfuncties te herkennen, anderzijds dat het herkennen juist gemakkelijk is, daar dit om simpele vragen over alledaagse dingen gaat. Een mogelijke reden voor dit meningsverschil is de uitdaging – die het onderscheiden welke informatie nog tot algemene- en welke al tot bekkenfysiotherapie behoort – met zich meebrengt.

Uit dit onderzoek is gebleken dat symptomen van bekkenbodemdysfuncties niet optimaal herkend worden door eerstelijnsfysiotherapeuten. Verder worden niet-herkende bekkenbodemdysfuncties door bekkenfysiotherapeuten benoemd als in standhoudende- en negatieve prognostische factoren op het herstel en de duur van de behandeling. Het lijkt dat het niet optimaal herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties van invloed is op de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. Het verlaagt mogelijk de effectiviteit en verlengt de duur van de behandeling. Hierdoor kunnen verdere kosten voor de maatschappij ontstaan.

Op basis van dit onderzoek is een aanbeveling geformuleerd welke zal bijdragen aan het verbeteren van herkenning van symptomen op het gebied van bekkenbodemdysfuncties onder eerstelijnsfysiotherapeuten. Deze aanbeveling is terug te vinden in Bijlage 4.

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de symptomen van bekkenbodemdysfuncties niet volledig herkend worden door eerstelijnsfysiotherapeuten. Om deze situatie te verbeteren dient meer gevraagd te worden naar plas-, ontlastings- en seksuele problemen bij patiëntengroepen waarbij een hoge prevalentie van bekkenbodemdysfuncties bekend is of een functionele samenhang tussen de ervaren klachten en de bekkenbodem bestaat. Om dit te kunnen realiseren is ondersteuning in de communicatie tussen de eerstelijnsfysiotherapeut en patiënt omtrent dit onderwerp

wenselijk. Veder onderzoek naar gebruik en klinimetrische eigenschappen van screeningstools en/of vragenlijsten over bekkenbodemdysfuncties en naar het patiëntenperspectief wat betreft de communicatie omtrent dit onderwerp is noodzakelijk. Educatie over de bekkenbodem binnen de opleiding tot algemeen fysiotherapeut zal in de toekomst kunnen bijdragen aan verbetering van kennis over de functie en dysfuncties van de bekkenbodem onder eerstelijnsfysiotherapeuten. Om de huidige situatie te verbeteren zal deelname aan korte bijscholingen of het gebruik van informatiebrochures over bekkenbodempromblematiek gericht aan eerstelijnsfysiotherapeuten overwogen kunnen worden.

Literatuurlijst

- Baarda, D. B., Van Der Hulst, M., & Goede, M. P. M. (2012). *Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*.
- Bakker, A., Gijsbers, A., & Heijnen, E. (2019). *Implementeren van urine incontinentie gerelateerde vragen tijdens de fysiotherapeutische anamnese bij vrouwen met lage rugpijn* [Masterscriptie]. SOMT University.
- Berghmans, B., Ijland, M. M., Van Koeveringe, G., Winkens, R., & Van Kerrebroeck, P. (2003). Bekkenfysiotherapie bij onvrijwillig urineverlies. *Huisarts En Wetenschap*, 46(3), 822–827. <https://doi.org/10.1007/bf03083544>
- Bø, K. (2020). Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *Journal of Physiotherapy*, 66(3), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.011>
- Dakic, J., Cook, J., Hay-Smith, J., Hung, C., & Frawley, H. (2021). Pelvic floor disorders stop women exercising: A survey of 4556 symptomatic women. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 24(12), 1211–1217. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2021.06.003>
- D’Ancona, C. A. L., Haylen, B. T., Wein, A. J., Abranches-Monteiro, L., Arnold, E. P., Goldman, H. B., Hamid, R., Homma, Y., Marcelissen, T., Rademakers, K., Schizas, A., Singla, A. K., Soto, I., Tse, V., De Wachter, S., Herschorn, S., & D. (2019). The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 38(2), 433–477. <https://doi.org/10.1002/nau.23897>
- Eliasson, K., Elfving, B., Nordgren, B., & Mattsson, E. (2008). Urinary incontinence in women with low back pain. *Manual Therapy*, 13(3), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.math.2006.12.006>
- Functie en disfunctie van de bekkenbodem*. (z.d.). Huisarts & Wetenschap. <https://www.henw.org/artikelen/functie-en-disfunctie-van-de-bekkenbodem>
- Gordon, K., & Reed, O. (2020). The Role of the Pelvic Floor in Respiration: A Multidisciplinary Literature Review. *Journal of Voice*, 34(2), 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.09.024>
- Hanemaaijer-Slottje, R., & Moosdorff-Steinhauser, H. (2019, maart). *Vragenlijst bekkenbodemdysfuncties, een gemiste bron van lege rugpijn*. KNGF. https://www.kngf.nl/article/vak-en-kwaliteit/fysiopraxis/2019/fysiopraxis-maart-2019?r8_r1:u u i d=d401ef6e-d72a-4cee-b719-ae52dfbaf2e8

- Haylen, B. T., De Ridder, D., Freeman, R., Swift, S., Berghmans, B., Lee, J. H., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E. E., Sand, P. K., & Schaer, G. N. (2010). An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 4–20. <https://doi.org/10.1002/nau.20798>
- Hodges, P. W., Sapsford, R., & Pengel, L. H. M. (2007). Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles. *Neurourology and Urodynamics*, 26(3), 362–371. <https://doi.org/10.1002/nau.20232>
- Irwin, D. E., Kopp, Z., Agatep, B. C., Milsom, I., & Abrams, P. (2011). Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJUI*, 108(7), 1132–1138. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410x.2010.09993.x>
- Irwin, D. E., Milsom, I., Kopp, Z., & Abrams, P. (2008). Symptom Bother and Health Care–Seeking Behavior among Individuals with Overactive Bladder. *European Urology*, 53(5), 1029–1039. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2008.01.027>
- Kemper, P. (2019). *Spelregels van praktijkgericht onderzoek: van aanleiding tot aanbeveling*.
- KNGF. (2021). <https://www.kngf.nl/article/vak-en-kwaliteit/beroepscode/beroepsprofiel-fysiotherapeut>
- KNGF. (2022). <https://www.kngf.nl/actueel/2022/sept/samenvattingskaart-beroepsprofiel-fysiotherapeut.html>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120–124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- NVFB. (2021). <https://nvfb.kngf.nl/article/kennisbank-bekkenfysiotherapie/richtlijnen-en-es/nvfb-factsheet-urine-incontinentie>
- NVFB. (z.d.). <https://nvfb.kngf.nl/article/over-nvfb/wat-is-bekkenfysiotherapie>
- OnlineSeminar | Webinar: WFIPP and B4A on-line Workshop Inco. (2020). <https://webinars.onlineseminar.com/wfippandb4a/webinar/35699/wfipp-and-b4a-on-line-workshop-incontinence-how-to-shorten-the-patient-journey/#watch-player>
- Prather, H., Spitznagle, T., & Dugan, S. A. (2007). Recognizing and Treating Pelvic Pain and Pelvic Floor Dysfunction. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 18(3), 477–496. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2007.06.004>

Startpagina - Prolaps - Richtlijn - Richtlijndatabase. (z.d.).

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prolaps/prolaps_-_startpagina.html

Startpagina - Urine-incontinentie (UI) bij vrouwen - Richtlijn - Richtlijndatabase. (z.d.).

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/urine-incontinentie_bij_vrouwen/urine-incontinentie_ui_bij_vrouwen_-_startpagina.html

Stilma, W., & Rijkenberg, S. (z.d.). *Onderzoek langs de meetlat*. mijn-bsl.

<https://mijn.bsl.nl/cross-sectioneel-onderzoek/18800184>

Swanborn, P. (2004). Kwalitatief onderzoek en exploratie. *KWALON*, 9(2).

<https://doi.org/10.5117/2004.009.002.002>

Van der Heide, C., & Gianotten, W. L. (2022). Het mannelijk bekken en de mannelijke bekkenfysiotherapeut. *Tijdschrift voor urologie*, 12(6–7), 126–129.

<https://doi.org/10.1007/s13629-022-00365-y>

Van Selm, M. (2007).

Focusgroeponderzoek. *KWALON*, 12(1). <https://doi.org/10.5117/2007.012.001.002>

Withagen, M. I. J. (2015). Functie en disfunctie van de bekkenbodem. *Huisarts En*

Wetenschap, 58(11), 600–603. <https://doi.org/10.1007/s12445-015-0316-x>

Bijlagen

Bijlage 1 – Wervingsmail

Beste (toekomstige) collega,

Onze namen zijn Aleksandra Kalnik en Rachelle van Wijngaarden, beide vierdejaars studenten aan de opleiding fysiotherapie te Heerlen. Momenteel zijn wij bezig met het schrijven van onze bachelor scriptie. Het onderwerp waar wij ons de komende tijd bezig mee houden is het herkennen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen in de eerstelijnsfysiotherapiepraktijk. Het doel van ons onderzoek is inzicht krijgen in het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen onder eerstelijnsfysiotherapeuten en mogelijke verbeterpunten onderzoeken betreffende het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties.

Om antwoord te kunnen geven op onze onderzoeksvraag hebben wij jouw hulp nodig! Wij zijn op zoek naar eerstelijns- en bekkenfysiotherapeuten voor het afnemen van interviews. Op deze manier willen wij het perspectief van beide groepen in kaart brengen. De interviews zullen in april plaats gaan vinden en zullen qua tijd ongeveer 1 uur in beslag nemen.

Hieronder vermelden wij graag de criteria die wij hanteren voor de onderzoekspopulatie.

Eerstelijnsfysiotherapeuten:

- Je bent momenteel werkzaam in de eerste lijn.
- Je hebt geen aanvullende cursussen of scholingen – gerelateerd aan de bekkenbodem – gevolgd.

Bekkenfysiotherapeuten:

- Je bent een gecertificeerd bekkenfysiotherapeut.

Ben jij geïnteresseerd in het helpen met het beantwoorden van onze onderzoeksvraag en voldoe jij aan onze criteria? Neem dan graag vóór 8 april aanstaande contact met ons op via: 1927124wijngaarden@zuyd.nl. Hierna zullen wij – in samenspraak – op korte termijn

de interviews gaan inplannen en verdere informatie omtrent het onderzoek, dataverzameling en -analyse geven.

Bij verdere vragen vernemen wij dit graag!

Hopelijk tot snel!

Met vriendelijke groet,

Aleksandra Kalnik en Rachelle van Wijngaarden

Bijlage 2 – Interviewvragen eerstelijnsfysiotherapeuten

1. Behandel jij momenteel patiënten die, behalve de problemen die jij behandelt, ook symptomen van bekkenbodemdysfuncties hebben?
 - Zo ja, hoe heb je dit ervaren of ben je hierachter gekomen?
 - Is hierin een verschil tussen mannen en vrouwen?
 - Bij welke patiëntengroepen kom jij vooral bekkenbodemdysfuncties tegen?
2. Wat geeft jou aanleiding tot het screenen op bekkenbodemdysfuncties?
 - Maak jij hierin verschil tussen (jonge) mannen en vrouwen?
 - Zijn er pathologiën of klachten waarbij je hier sneller op screent?
 - Kun je hiervan een praktijkvoorbeeld geven?
3. Hoe ziet jouw screening op bekkenbodemdysfuncties eruit?
 - Maak jij hierin verschil tussen mannen en vrouwen?
 - Kun je hiervan een praktijkvoorbeeld geven?
4. Hoe communiceren jij en patiënten over en weer over symptomen van bekkenbodemdysfuncties die zij ervaren?
 - Ervaar jij hierin moeilijkheden of belemmeringen (schaamte of taboe)?
 - Wie begint dit gesprek meestal?
 - Maak jij hierin verschil tussen mannen en vrouwen?
 - Wat doe je bij moeilijkheden in de communicatie omtrent dit onderwerp?
5. Naar wat vraag jij specifiek bij verdenking op bekkenbodemdysfuncties?
 - Maak jij hierin verschil tussen mannen en vrouwen?
6. Op basis waarvan besluit je een patiënt door te verwijzen naar een bekkenfysiotherapeut?
 - Hoe communiceer jij hierover met de patiënt (weerstand of overtuiging bij patiënt)?
7. Welke invloeden van symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen bemerk jij tijdens jouw fysiotherapeutische behandeling?
 - En andersom?

8. Wat is volgens jou de rol van eerstelijnsfysiotherapeuten in het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties?
9. Waar liggen voor jouzelf informatiebehoeften als het gaat om de bekkenbodem en bekkenbodemdysfuncties?
 - Voel je je zeker bij de screening hierop?
 - Zijn er bepaalde dingen die je graag nog zou willen weten?
 - Zou je graag een screeningstool hebben voor bekkenbodemdysfuncties?
10. Vind jij dat tijdens de opleiding tot algemeen fysiotherapeut voldoende aandacht wordt besteed aan het bekken, de bekkenbodem en bekkenbodemdysfuncties?
 - Waarom wel of niet?
11. Hebben wij iets over het hoofd gezien tijdens het interview of wil je zelf nog iets aanvullen?

Bijlage 3 – Interviewvragen bekkenfysiotherapeuten

→ Gedurende het interview leggen we – gekoppeld aan de vraag – een samenvatting van de interviews met de eerstelijnsfysiotherapeuten voor om verbeterpunten te inventariseren.

1. Wat is volgens jou de rol van eerstelijnsfysiotherapeuten in het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties?
2. Wat zijn jouw ervaringen betreft het herkennen van symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij volwassen mannen en vrouwen onder niet-gespecialiseerde fysiotherapeuten op het gebied van bekkenfysiotherapie?
 - Goede en slechte ervaringen.
 - Is hierin een verschil tussen (jonge) mannen en vrouwen?
3. Welke informatie (over of van de patiënt) zouden de eerstelijnsfysiotherapeuten aanleiding moeten geven tot het screenen op bekkenbodemdysfuncties?
 - Is hierin een verschil tussen mannen en vrouwen?
4. Hoe dient een screening bij eerstelijnsfysiotherapeuten op bekkenbodemdysfuncties uit te zien?
 - Is hierin een verschil tussen mannen en vrouwen?
5. Wat kenmerkt, volgens jou, een goede communicatie tussen eerstelijnsfysiotherapeuten en patiënten over en weer over symptomen van bekkenbodemdysfuncties die zij ervaren?
6. Welke vragen zouden eerstelijnsfysiotherapeuten moeten stellen aan volwassen mannen en vrouwen om symptomen van bekkenbodemdysfuncties op te sporen?
7. Op basis waarvan dient een eerstelijnsfysiotherapeut een patiënt door te verwijzen naar een bekkenfysiotherapeut en hoe dient hij hierover met de patiënt te communiceren?
 - Is hierin een verschil tussen mannen en vrouwen?

8. Welke symptomen kunnen voor eerstelijnsfysiotherapeuten moeilijk te herkennen zijn op het gebied van bekkenbodemdysfuncties?
 - En hoe komt dit?
 - Is hierin een verschil tussen mannen en vrouwen?
9. Welke invloeden kunnen symptomen van bekkenbodemdysfuncties bij mannen en vrouwen op de fysiotherapeutische behandeling hebben?
 - En andersom?
10. Vind jij dat tijdens de opleiding tot algemeen fysiotherapeut voldoende aandacht wordt besteed aan het bekken, de bekkenbodem en bekkenbodemdysfuncties?
 - Waarom wel of niet?
11. Hebben wij iets over het hoofd gezien tijdens het interview of wil je zelf nog iets aanvullen?

Bijlage 4 – Aanbeveling

Naar aanleiding van de gedeelde meningen in dit onderzoek kan de volgende aanbeveling geformuleerd worden met als doel het herkennen van bekkenbodemdysfuncties onder eerstelijnsfysiotherapeuten te verbeteren.

De volgende vragen dienen gesteld te worden:

- Ervaart u problemen bij plassen of verliest u plas?
- Ervaart u problemen bij ontlasten of verliest u ontlasting?
- Ervaart u problemen bij geslachtsgemeenschap?

Volgens de geïnterviewde bekkenfysiotherapeuten zullen standaardvragen gesteld dienen te worden aan patiënten met klachten waarbij hoge prevalentie van bekkenbodemdysfuncties bekend is:

- Patiënten met lage rugpijn

Volgens de geïnterviewde bekkenfysiotherapeuten dienen vragen gesteld te worden bij patiënten waarbij de fysiotherapeut van mening is dat de klachten samenhang kunnen hebben met de functie van de bekkenbodem, zoals bij:

- Heup- en liesklachten
- Buikpijn
- Ademhalingsproblematiek
- Hyperventilatieklachten

Ter ondersteuning omtrent de communicatie over symptomen van bekkenbodemdysfuncties kan gebruik gemaakt worden van de *Vragenlijst Bekkenbodemdysfuncties** van Roos Hanemaaijer.

De vragenlijst is te vinden in het artikel *Vragenlijst bekkenbodemdysfuncties, een gemiste bron van lege rugpijn*, gepubliceerd in de Fysiopraxis van maart 2019.

* Er zijn op dit moment nog geen klinimetrische eigenschappen bekend over deze vragenlijst.