

BEKKENBODEM OP DE KAART

INFOMAGAZINE VAN DE STICHTING BEKKENBODEM4ALL

TWINTIGSTE JAARGANG • DECEMBER 2021 • NR. 65



THEMA:
CHRONISCHE BEKKENPIJN

COLOFON

Bekkenbodem op de Kaart is het informatiemagazine van de Stichting Bekkenbodem4All en wordt uitgegeven in een oplage van 2500 exemplaren. Het Magazine verschijnt twee keer per jaar.

Twintigste Jaargang december 2021 nummer 65

POSTADRES

Postadres:
Stichting Bekkenbodem4All
Postbus 91
4000 AB Tiel
Telefoon (030) 656 96 30

Internet: www.bekkenbodem4all.nl
E-mail: info@bekkenbodem4all.nl

KvK Rotterdam: 243 20 275
Fiscaal nr: 816311663
Bank: NL21 ABNA 05 95 46 77 41

DONATEUR/LIDMAATSCHAP

Word donateur/lid voor € 30,- per jaar.
Aanmelden kan via een brief/kaartje naar bovengenoemd adres, via e-mail, de website of per telefoon.

Contributiejaar loopt per kalenderjaar.
Opzeggen schriftelijk of per e-mail voor 1 november.

Hoofdredactie en fotografie: Marlies Bosch
Eindredactie: Monica de Heide, Tine van den Bos

Teksten: Marlies Bosch

VORMGEVING/OPMAAK

Mediapalet/Rizzo Schouten

RELATIEBEHEER

Relaties B4All: lenahillenga@bekkenbodem4all.nl

Redactie en B4A zijn niet aansprakelijk voor eventuele gevolgen van toepassingen van de in dit blad beschreven informatie.

ISSN: 0920-0037

U kunt artikelen en illustraties uit dit nummer niet gebruiken zonder toestemming van de redactie.

Cover foto: Onzichtbare chronische pijn?

INHOUDSOPGAVE

VANUIT HET BESTUUR: TINE VAN DEN BOS	3
BERT MESSELINK, UROLOOG DE MENS CENTRAAL	4
RIEN VAN DER VERGT, ANESTHESIOLOOG-PIJNSPECIALIST PIJNBESTRIJDING BIJ CHRONISCHE BEKKENPIJN	6
ALEC MALMBERG, GYNAECOLOOG MEDISCHE SHERLOCK HOLMES	8
MELLE SPRUIJT, ARTS-ONDERZOEKER ONDERZOEK MET BOTOX	10
DICK JANSEN, UROLOOG ONDERZOEK NAAR BLAASSPOELINGEN	12
MARCO BLANKER, HUISARTS BEKKENONDERZOEK OP GROTE SCHAAL	14
BERNARD MAARSINGH, PSYCHOLOOG DE ROL VAN HET BREIN	16
FOTOPAGINA PIJN	19
FETSKE HOGEN ESCH, BEKKENFYSIOTHERAPEUT AANDACHT VOOR LAGE RUG	20
GIDIA JACOBS, PSYCHOLOOG NIET TUSSEN DE OREN	22
ANA DOS SANTOS, BEKKENFYSIOTHERAPEUT TIJD VOOR DE PATIËNT	24
TELEFOONLIJN BEKKENPIJN: LOES VAN DER WOLF	26
ALCHEMISTEN OVER KORTE LIJNEN	28
15 FILMPJES OVER DE BEKKENBODEM	30

DISCLAIMER

Ondanks de constante zorg en aandacht die wij besteden aan de samenstelling van het Magazine Bekkenbodem op de Kaart, kan Stichting Bekkenbodem4All (hierna aangeduid als: 'B4A') niet instaan voor de volledigheid of juistheid van de gegevens en de inhoud van de artikelen. Beweringen en meningen, geuit in artikelen, zijn die van de auteur(s) of geïnterviewden en niet (noodzakelijkerwijs) die van B4A. B4A kan op geen enkele manier verantwoordelijk worden gehouden voor de inhoud hiervan en is niet aansprakelijk voor enigerlei directe of indirecte schade die mogelijk voortvloeit uit de betreffende uitingen.

VAN DE VOORZITTER

Het einde van het jaar geeft altijd aanleiding tot twee mogelijkheden: achteruitkijken naar het afgelopen jaar en vooruitkijken naar het komende jaar. Terugkijkend kunnen we stellen dat 2021 de boeken in gaat als het tweede Covid-jaar met inmiddels een delta- én een omikron-variant. Wat betekende dit voor u als ervaringsdeskundige en voor ons als bestuursleden?

Mondkapjes dragen, handen desinfecteren, anderhalve meter afstand, beperkte toegang tot toiletten buitenshuis, om maar een paar voorbeelden te noemen. Geen congres meer kunnen bezoeken en zelfs niet eens - in sommige maanden - elkaars gezelschap zoeken met meer dan twee mensen! Maar het betekende ook online vergaderen, webinars organiseren en elkaar dan maar via de digitale weg ontmoeten. Het resulteerde in twee mooie exemplaren van Bekkenbodem op de Kaart. Ook hebben we samen met bekkenfysiotherapeut Petra van Nierop 15 filmpjes over bekkenbodemoefeningen gemaakt, die u op onze website kunt vinden. Verder hebben we twee webinars georganiseerd: over darmverzakkingen en over de nazorg bij langdurige klachten na matjes.

Dankzij Zoom is het stukken eenvoudiger geworden om internationaal samen te werken. Zo zijn we als patiëntenorganisatie nu actief betrokken bij de het updaten van de EAU- richtlijn voor verzakkingen en urine-incontinentie, en de vertaling daarvan in patiëntenbrochures. Niet alleen in deze Europese organisatie voor urologie, ook in de IUGA (de internationale organisatie voor gynaecologen) nemen we deel aan een nieuw panel waarin patiënten en gynaecologen afstemmen over voorlichting en lotgenotencontact. Heel veel waarde hechten we ten slotte aan onze samenwerking met de WFIPP, onze internationale koepelorganisatie. Volgend jaar zullen we opnieuw samen optrekken, met o.a. aandacht voor het duurzamer maken van continentiemateriaal. Dit jaar is de Richtlijn chronische bekkenpijn definitief vastgesteld. De werkgroep die deze richtlijn heeft opgesteld, bestond uit vertegenwoordiging van urologen,

uro-gynaecologen, bekkenfysiotherapeuten, seksuologen, psychologen en patiëntenorganisatie Bekkenbodem4All. Een brede samenstelling van experts en dat is niet toevallig, want bij chronische bekkenpijn is het vaak heel belangrijk dat artsen uit meerdere vakgebieden samenwerken. In dit nummer hebben we verschillende leden van deze werkgroep geïnterviewd, die allemaal een ruime ervaring hebben in het helpen van patiënten met chronische bekkenpijn. Zij vertellen wat er over chronische bekkenpijn in hun vakgebied bekend is, wat de behandelmogelijkheden zijn en met welke disciplines wordt samengewerkt.

Wat zijn de plannen van het bestuur van B4A voor 2022? We zetten de internationale samenwerking met de WFIPP, EAU en IUGA voort, nemen deel in werkgroepen voor diverse Richtlijnen, participeren in wetenschappelijk onderzoek, werken samen met andere patiëntenorganisaties als Olijf (vrouwen met o.a. baarmoederhalskanker), DON (Dwarslaesie Organisatie Nederland) en Stomavereniging voor de vergoeding van continentiemiddelen. We maken dankbaar gebruik van de expertise van de Patiëntenfederatie, die voor ons van groot belang is op heel veel terreinen, zoals het beter toegankelijk maken van keuzehulp en het promoten van het samen beslissen traject van patiënt en zorgverlener.

Ons doel in 2022 blijft: de stem van de patiënt met klachten van bekken- en bekkenbodem vertegenwoordigen. Om dat doel te bereiken, kunnen we natuurlijk altijd hulp gebruiken: vele handen maken tenslotte licht werk. Of dat nu het schrijven is van een stukje voor ons blad, ideeën bijdragen aan een werkgroep, uw ervaring delen met lotgenoten. En tenslotte: in 2022 hoop ik u eindelijk persoonlijk te ontmoeten.

Ik wens u veel leesplezier en een hartelijke groet,

Tine van den Bos



INFOLIJN VOOR AL UW BEKKENBODEMKLACHTEN

Voor contact met onze ervaringsdeskundige Thea kunt u bellen naar:

06 - 156 61 860

maandagochtend van 09.00 - 12.00 uur en donderdagmiddag van 13.00 - 16.00 uur.

Voor contact met een ervaringsdeskundige in bekkenbodem pijnklachten belt u op woensdagavond van 19.00 - 21.00 uur met Loes

06 - 114 25 750

Let op! Dit nummer is uitsluitend voor bekkenbodem pijnklachten.

Voor patiëntgerelateerde vragen: emailconsult@bekkenbodem4all.nl
Aanvraag infomateriaal en bestuursvragen: info@bekkenbodem4all.nl

We zijn ook te vinden op Twitter en Facebook



BERT MESSELINK, VOorzitter werkgroep Richtlijn Chronische Bekkenpijn

DE MENS CENTRAAL

Bert Messelink (1958) is als uroloog-seksuoloog NVVS (Nederlandse wetenschappelijke Vereniging Voor Seksuologie) werkzaam in het MCL (Medisch Centrum Leeuwarden). Hij is al jaren lid van de MAR (Medische Advies Raad) van Stichting Bekkenbodem4All. Hij geeft regelmatig lezingen, niet alleen in Nederland, zoals tijdens de Nationale Bekkenbodemdagen en op diverse webinars, maar ook in het buitenland. Bert Messelink is voor patiënten een soort 'pijn-advocaat', omdat hij zich al jarenlang inzet om onbegrepen bekkenpijnklachten serieus te nemen.



Bert Messelink

GEEN OORZAAK TE VINDEN

Bert Messelink: 'Voor mij was de reden om verder te kijken naar wat pijn eigenlijk is, dat ik steeds opnieuw in situaties belandde waarin mensen zeggen: 'Ik heb daar erge pijn en niemand vindt iets'. Dan kun je als arts twee dingen doen. Je kunt zeggen: 'Je stelt je aan want ik zie niks'. Dat gebeurt vaak bij kinderen, waardoor het kind nog harder gaat huilen. Of je zegt: 'Ik snap dat je pijn hebt, maar gelukkig is er niks aan de hand'. Het belangrijkste is om te duidelijk te maken dat als iemand zegt dat hij/zij pijn heeft, dat dat ook echt zo is (Met andere woorden: de pijn wordt door de dokter serieus genomen). Een patiënt heeft pijn. Alleen, op de plek waar hij/zij dat aangeeft vinden wij -als dokters- met onze methodes niks afwijkends. We weten dat er onverklaarbare klachten kunnen zijn. Aan de andere kant: als een voetballer valt en

gewoon doorspeelt, kan het naderhand toch zo zijn dat hij een been gebroken heeft en dan pas pijn krijgt. Daaruit volgt dat er geen direct verband hoeft te zijn tussen de beschadiging en de pijn. Dus je kunt pijn hebben zonder dat er iets kapot is, maar er kan ook iets kapot zijn zonder dat je pijn hebt. Met name die eerste categorie zijn de mensen die bij ons op het spreekuur komen. Daarmee willen wij aan de slag.'

MOTIVATIE

Messelink: 'Ik was vroeger een ontzettende techneur. Als een apparaat geen 25 knopjes had, dan was het niet interessant voor mij. Dat was nog in de tijd voordat er computers waren. Ik heb veel technisch onderzoek gedaan en zo ben ik in aanraking gekomen met patiënten met incontinentieklachten. Ik zocht contact met de huidige generatie bekkenfysiotherapeuten en kwam erachter dat er heel veel ellende en klachten bestaan en dat er geen aandacht was voor de wereld daaromheen. Vervolgens kwam bekkenbodempijn in beeld. Ik kwam daarna in aanraking met allerlei mensen die zich internationaal met pijn bezighouden. Ik leerde van hen dat je veel breder moet kijken.'

ROL

'Ik wil vooral samen met mensen kijken waar we stapjes kunnen maken, hoe klein ook. Als je zoveel pijn hebt, doet dat veel met je leven op allerlei vlakken en niveaus. De pijn is vaak ook al langdurig aanwezig. Mijn belangrijkste rol is om mensen voorlichting te geven over wat pijn is. Hoe dat kan werken. Ik vraag dan: 'Ben je bereid om samen met mij naar de pijn te kijken op een andere manier dan je gewend bent? Daarvoor heb ik natuurlijk veel meer tijd nodig tijdens het spreekuur. Maar ik had altijd al minimaal een half uur voor een nieuwe patiënt en ruim een kwartier voor controle van de patiënt.'

TEAM

'De reden voor mij om in een team met meerdere disciplines te werken, is dat je er in je eentje vaak gewoon niet uitkomt.



Ons brein is de plek waar de behandeling aangrijpt!

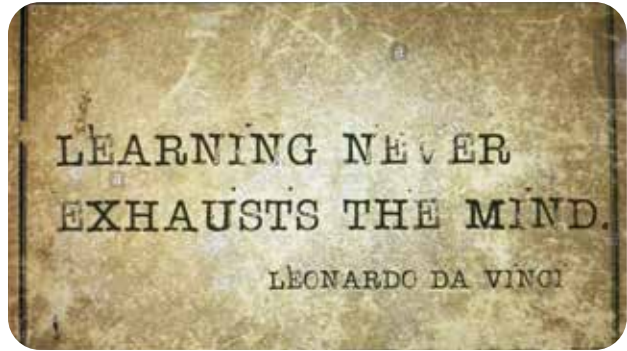
Je kunt wel onderzoek doen, maar vaak is het antwoord dat je niks afwijkends vindt. Dan zie je soms dat de uroloog vindt dat zijn/haar taak klaar is. Je kunt echter ook denken: ik wil de mens die tegenover mij zit echt helpen en begeleiden. Zo ben ik gaan zoeken naar hoe ik dat onderlegd kan doen. Dat was voor mij tien jaar geleden de reden om aanvullend ook seksuologie te gaan studeren. Dan leer je bijvoorbeeld ook hoe het werkt vanuit de psychologie. Hoe je de gesprekken met patiënten op een andere manier kunt doen. Ik vond seksuologie als onderwerp ook heel interessant. Dus dat doe ik er ook nog steeds uitgebreid naast mijn huidige diagnostiek. Daar is echt heel veel winst te halen. Voor zo'n team heb je vaak een of twee medisch specialisten nodig, bijvoorbeeld een psycholoog, seksuoloog of een bekkenfysiotherapeut. Dat zijn de mensen met wie je een basis vormt.

VERSCHILLEN MAN EN VROUW

Messelink: 'Er zitten wel verschillen tussen, maar het belangrijkste verschil is dat ieder mens anders is, dus man of vrouw op zich maakt niet zo heel veel uit. Er zijn wel wat verschillen in gender door de invloeden van geslachtshormonen. Testosteron heeft een impact op hoe pijnverwerking plaatsvindt in de hersenen. Natuurlijk leven we nog steeds in een wereld waarin de maatschappelijke posities van mannen en vrouwen heel verschillend zijn. Mannen zeggen vaker: ik moet door met mijn werk dus we moeten snel een oplossing vinden. Of ze gaan daardoor niet naar de dokter en modderen zelf verder. Bij vrouwen zie ik soms meer berusting bij buikpijn omdat ze gewend zijn aan de maandelijke menstruatiepijn. Maar er zijn ook vrouwen die er nooit aan gewend raken en dat willen we serieus nemen. Of ze denken: het hoort er nu eenmaal bij. Ook de verantwoordelijkheid voor hun gezin kan meespelen. Dat hangt van de levensfase af.'

ONDERZOEK

'We zijn bezig om een onderzoek op te zetten over wat de meerwaarde is van werken in teamverband. Dat betekent dat je de zorg fors moet veranderen. Maar onze huidige aanpak is in feite gebaseerd op aannames daarover. Dat moet nog wel bewezen worden en dus moeten we met onderzoek aantonen dat we bij bestrijding van bekkenpijn een team nodig hebben omdat je dan aan het begin van het traject heel veel winst kan behalen. Er is op dit moment nog geen subsidie voor, daar werken we nu aan. We willen binnen een aantal centra zo'n team installeren en gaan vergelijken hoe de uitkomst is voor dezelfde patiëntengroep in klinieken



zónder team. Ontwikkelingen in de zorg duren altijd lang, maar vinden plaats op basis van wetenschappelijk onderzoek. Op het gebied van pijn wordt er al wel wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd, maar de resultaten worden niet snel in de praktijk toegepast. Dit kost enige jaren. We weten inmiddels wel dat pijn in het brein zit.'

RICHTLIJN

'Doordat mensen al bij veel artsen zijn geweest en dus ook al lang pijn hebben, wordt het brein overgevoelig voor die pijn. Daarom hebben we in de richtlijn opgenomen dat de huisarts patiënten na drie maanden doorverwijst. Dan komen ook de psycholoog en bekkenfysiotherapeut in beeld. Als de patiënt al een lange tijd klachten heeft, kost het veel meer tijd om het brein weer tot rust te krijgen. Als mensen openstaan voor een andere aanpak kun je samen een prachtige reis meemaken om die pijn te verminderen.'

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK

Mevrouw Jannie D. (70): 'Ik heb al tijden pijn rond de plasbuis en heb daar het meeste last van na het plassen. Mijn hele leven heb ik al veel pijn tijdens ongesteldheid. Bij onderzoek zijn er echter geen afwijkingen gevonden. De uroloog waar ik was heeft me uitgelegd wat pijn is en hij verwees me naar het bekkenpijnteam. Ik zag daar een bekkenfysiotherapeut, een pijnpsycholoog en een uroloog. Ik kreeg daarna bekkenfysiotherapie en startte een therapie-programma bij een psycholoog. Na drie maanden was ik klachtenvrij en ik heb geleerd wat ik kan doen bij een eventuele terugval. Ik voel me nu een stuk zekerder en ik kan daardoor mijn leven weer verder opbouwen.'

Meneer Henk van O. (42): 'Ik heb last van pijn in de linker onderbuik en lies, en die ontstond na het vrijen met mijn partner. Er is al eens eerder een echo gemaakt waarop niets afwijkends werd gezien. Dus nu heb ik om een scan gevraagd want ik wil toch wel graag weten wat de oorzaak van die pijn is. De uroloog heeft uitgelegd dat er pijn kan zijn zonder dat er lichamelijke afwijkingen worden gevonden. En dat bleek ook bij mij zo te zijn. Toen wilde hij me verwijzen naar het bekkenpijnteam. Maar dat vind ik te ver gaan. Ik wil zelf graag een tweede mening van een andere uroloog. Dan zien we wel wat daaruit komt.'

RIEN VAN DER VEGT, ANESTHESIOLOOG-PIJNSPECIALIST

PIJNBESTRIJDING EN CHRONISCHE BEKKENPIJN

Rien van der Vegt (1965) is anesthesist bij het Zaans Medisch Centrum. Daarvoor werkte hij 12 jaar in het AMC en in het brandwondencentrum van het Rode Kruis Ziekenhuis. Hij is betrokken bij de patiëntenvereniging ICP (Interstitiële Cystitis Patiënten), waar hij onlangs een lezing hield over blaaspijn.



Rien van der Vegt

‘Medische studenten krijgen tijdens hun opleiding weinig informatie over anesthesiologie. Het is overigens een bijzondere richting. Soms komen studenten er via chirurgie mee in aanraking. Ik begon zelf op de interne geneeskunde, maar was op zoek naar een vak waar je sneller resultaat ziet van wat je doet. Dan kom je al gauw uit bij anesthesie. Je kunt daar snel complexe processen bijsturen en ziet direct wat er met een mens gebeurt. Als anesthesioloog behandel je vooral acute postoperatieve pijn. De behandeling van chronische pijn wordt gedaan door anesthesiologen met speciale aandacht hiervoor: de anesthesioloog-pijnbestrijder. Binnen de Nederlandse Vereniging van Anesthesie bestaan diverse secties waarvan er één de sectie pijn is.’

PIJNPOLI

‘Mijn werk bestaat voor 50 procent uit behandelen van mensen met chronische pijnklachten, de andere helft is

operatiekamer gerelateerd. Het Zaans Medisch Centrum heeft zes anesthesioloog-pijnspecialisten. We hebben geen specifieke bekkenpijnpoli, maar in de groep mensen met chronische pijnklachten zitten veel patiënten met bekkenpijn. Dat zijn lastige pijnklachten en dat houdt dat in dat je multidisciplinair, dus met een team, moet werken. Dat doen we met urologen, gynaecologen en bekkenfysiotherapeuten. Omdat we een kleiner ziekenhuis zijn, wordt dit overleg georganiseerd als er reden voor is, en dat wordt bepaald door het patiëntenaanbod. Als pijnspecialist ben je gewend dat het grootste deel van de mensen geen behandelbare oorzaak voor de pijnklacht heeft. Een kleine minderheid heeft wél een oorzaak. Ik vind chronische bekkenpijn wel een uitzonderlijk vervelende klacht voor de patiënt, omdat je geen specifiek eenduidige oorzaak hebt en dan samen gaat zoeken naar de beste oplossing zonder dat je te veel weefsel beschadigt. Het is kenmerkend voor chronische pijn dat het vaak geen meetbare parameter heeft. Het gaat om de mens die de pijn voelt. Het is geen eenvoudige lichamelijke respons op een prikkel. Mensen zijn bij diverse specialisten geweest en blijven met de klachten zitten. Wat er aantoonbaar is, is accuraat beschreven door de gynaecoloog of de uroloog. Maar je weet dan nog niet wat dat voor iemand betekent.’

BELEMMERINGEN

Van der Vegt: ‘Wat levert die pijn op aan belemmeringen en beperkingen? Hoe heftig is die pijn? Kan iemand nog zijn dagelijkse dingen doen en gewoon werken? Het is erg belangrijk dat ik dat boven water krijg, anders weet ik niet waar ik het over heb. Dat bepaalt welke technieken ik in kan zetten om als anesthesioloog verder te komen met die pijnklachten. Dat onderzoek ik door middel van vragenlijsten en een gesprek. De behandeling kan gericht zijn op alleen de lichamelijke klachten, maar als iemand aangeeft dat er gezins- of andere problemen zijn betrek ik er een psycholoog bij. Soms is het voldoende om medicijnen te gebruiken, maar vóór ik iets ga doen wil ik weten hoe heftig dit is voor degene die voor me zit. Omdat je niet weet welke behandeling/begeleiding voor wie werkt, moet je altijd het bedoelde effect en de nadelen met elkaar bespreken. De behandeling is gebaseerd op samen beslissen.’



BLOKKADE ONBEWUSTE ZENUWSTELSEL

'Als anesthesisten hebben wij heel specifieke kennis en kunde. Het onbewuste deel van het zenuwstelsel speelt bijvoorbeeld een rol bij de geleiding van bekkenpijn. Wij kunnen een deel van het onbewuste zenuwstelsel met bepaalde behandelingen tijdelijk of langer uitschakelen. Aan de voorkant van de wervelkolom zit zo'n onbewuste zenuwknoop: het ganglion Impar. Dit is een zenuwknoop die deel uitmaakt van het autonome of onwillekeurige zenuwstelsel en is deels verantwoordelijk voor het pijngevoel in het staartbeen en het gebied rondom de anus en de organen in het kleine bekken. Een blokkade van dit zenuwnetwerk kan zorgen voor vermindering van pijn of een afname van de dosering van sterke pijnstillers. Dit doe ik door een naaldje te prikken door het kraakbeen tussen stuitje en heiligbeen zodat je aan de voorkant uitkomt. Deze behandeling kan dus de pijn in het bekken of plasbuis verlichten. Maar dat moeten we doen op een manier die geen nieuwe schade aan de rest van het zenuwstelsel gaat aanbrengen. Daarom spreken we van 'moduleren'.

ONDERZOEK

'Het wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit van deze behandelingen is nog steeds flinterdun en moet dus echt verzameld worden. We willen, los van de aandacht voor het pijnprobleem, een meer gelijkvormige uitvoering van de technieken verzamelen zodat je ook beter kan gaan zeggen hoe effectief deze behandeling is. In de nieuwe richtlijn chronische bekkenpijn zit een stukje over de invasieve pijnbestrijding middels prikken. Daarin wordt expliciet benoemd dat hoewel het wetenschappelijk bewijs flinterdun is, de risico's van met name de Impar blokkade zo gering worden geacht dat deskundigen op het gebied van bekkenpijn deze behandeling toch als optie aanbevelen.'

ROUW

'Mensen met langdurige pijn zitten als het ware in een rouwfase. En als je dan als patiënt bij mij - pijn dokter - komt, ga ik ook nog eens zeggen dat ik helemaal niet ga zoeken naar een extra oorzaak. Dat is wat mensen om begrijpelijke redenen het liefste hebben. Ik ga uit van het probleem. Dat

probeer ik in te passen in het voor jou zo belangrijke bestaan. Dan moet je bereid zijn als patiënt om een stuk van jezelf bloot te geven, want anders heb je te weinig om over te praten. Ik zie wel dat als je met elkaar bouwt aan een beter bestaan, je een heel eind kan komen. Zolang er patiënten zijn die jou zoeken omdat ze zo tevreden met je zijn, voelt het goed. Ik kan niet iedereen helpen. Maar als mensen zich gehoord voelen en het verhaal goed kwijt kunnen en goed van jou begrepen hebben welke mogelijkheden er zijn dan, gebeurt er iets positiefs. We weten allang dat als je geen oorzaak vindt, iemand nog steeds dezelfde pijnklachten kan hebben. In de definitie van pijn staat ook heel nadrukkelijk de belevingsvorm er in.'

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK

Mevrouw Karin H. (44, 9 kinderen): heeft IC/BPS (interstitiële cystitis/ blaaspijn syndroom) en is diabeet. 'Sinds 12 jaar heb ik periodes met branderige pijn in de blaastreek en ik moet hinderlijk vaak en pijnlijk plassen. Dat wordt steeds erger ondanks uitgebreide urologische en gynaecologische diagnostiek en behandeling en ondersteuning door de afdeling psychologie. Ik kreeg van de pijnspecialist verschillende pijnstillende medicijnen maar die hadden weinig effect. De pijnperiodes leken juist steeds frequenter voor te komen. Ik was ten einde raad want ik kon niet voor mijn gezin zorgen en ik raakte oververmoeid door verstoring van mijn slaap. Ik dacht er zelfs over na om mijn blaas te laten verwijderen. Maar toen kwam de arts met de optie van een zenuwblokkade van het ganglion van Impar*. Ik ben nu niet helemaal klachtenvrij maar ik kan wel weer functioneren en heb beduidend minder pijnstillers nodig.'

**ALEC MALMBERG,
GYNAECOLOOG**

MEDISCHE SHERLOCK HOLMES

Alec Malmberg (1966) is gynaecoloog in het UMCG. Hij neemt deel aan een aantal werkgroepen en heeft sinds kort een zelfstandig behandelcentrum in Zevenaar: het Vrouwencentrum waar vrouwen met bekkenproblemen terecht kunnen. Hij was jarenlang bestuurslid van de Stichting Bekkenbodem Patiënten (SBP) en zit nu in de Medische Adviesraad van B4A.

AANPAK

Alec Malmberg: 'Ik vraag eerst wat de belangrijkste pijnklacht is en wat de vrouw van het consult verwacht, zoals: zoekt ze verbetering van de klachten of wil ze weten waar het vandaan komt. Dat is allebei belangrijk. De meeste vrouwen zijn al bij heel veel dokters geweest en al die dokters hebben uitermate hun best gedaan om te kijken wat er aan de hand is. Ik kan er daardoor makkelijk doorheen kijken, zien of er iets over het hoofd is gezien en vooral integratie van het geheel. Is dan nog iets nodig of moeten we vooral aandacht besteden aan: hoe komt iemand een stuk vooruit met minder pijn? Ik bereid het consult heel goed voor om vast te kunnen stellen wat er nog niet bekeken is. Dat levert een aantal vragen op. Ik wil graag alles weten dus ik vraag alles op van collega's, want dan pluis je het ook echt uit. Je moet als een Sherlock Holmes door dat dossier heen om te kijken naar: wanneer was de eerste klacht; wanneer is er iets veranderd; wanneer is er iets gedaan; welke onderzoeken zijn er gedaan en waarom zijn bepaalde onderzoeken herhaalde keren gedaan?'

TEAM

'Omdat artsen er zelf soms niet uitkomen, verwijzen zij vrouwen met pijnklachten door naar mij. Maar ik doe dat niet alleen, maar met een team. Ik heb van jongs af aan in mijn carrière altijd mensen opgezocht met wie ik kan overleggen, aan wie ik goede vragen kan stellen. Zo help je elkaar om meer expertise te ontwikkelen. Daar groei je door. Dus op het gebied van chirurgie, urologie of op spierniveau in het bekken, vraag je steeds aan collega's: wat vind jij daarvan? Kun jij een stuk van die pijn verklaren? Zo ja, wat kun je eraan doen? Zo kun je met elkaar sparren. Samen kom je echt een stuk verder. In het bekkenpijncentrum in Groningen werken we de klacht helemaal uit. We kijken naar: wat zijn de hoofdklachten, welke factoren spelen daar een rol in? Soms is het duidelijk, soms moet dat stuk nog verder uitgezocht worden. Het gaat patiënten met een hoofd én een lichaam. Je kunt niet het hoofd naar een psycholoog sturen en de bekkenbodem naar een bekkenfysiotherapeut. Het moet echt een geïntegreerd plan van aanpak zijn. Pijn is niet iets wat tussen de oren zit. Het is een wisselwerking van signalen uit je

lichaam én hoe je je voelt en hoe de kwaliteit van leven wordt ervaren. Dus een psychologische benadering hoort daar ook bij.'

PRIKKELS

Malmberg: 'Als mensen bijvoorbeeld last hebben bij de ontlasting, kan het zijn dat er in het systeem nog iets anders niet helemaal goed is. Als er constant vanuit dat gebied ook signalen komen, het ontlasten moeilijk gaat, ga je er steeds meer aan denken dat er dat er iets niet goed zit. Dat moeten de hersenen verwerken, dus je moet er iets aan doen om die prikkelstimulatie minder te maken, zoals soepelere ontlasting, minder persen etc. Bij een vrouw met endometriose en pijn bij menstruatie, moet je het knopje van de menstruatiecyclus in de juiste stand zettendoor middel van medicijnen of een operatie zodat de prikkels van dat orgaan minder heftig afgevuurd worden. Het is puzzelen om te achterhalen welke factoren een rol spelen en hoe ze in de juiste positie gezet worden. Dat moet wel synchroon met elkaar gebeuren. Dat is soms best ingewikkeld.'

STUDIES

Malmberg: 'We zijn al een jaar bezig met een studie naar de digitale vragenlijsten van de bekkenpijn-poli die meerdere keren bij patiënten worden afgenomen. Zo kunnen we kijken wat er verandert in de klachten en kunnen we misschien werken naar een predictiemodel: zodat we van tevoren te kunnen voorspellen welke kansen iemand met bepaalde klachten heeft om vooruit te komen. Maar dat is best een ingewikkelde voorspelling want ieder mens is anders.'

MOTIVATIE

Malmberg: 'Deze manier van werken is een intrinsieke drijfveer in me geweest waarom ik dokter ben geworden. Voor mij past mijn manier van werken steeds beter bij wat de moderne geneeskunde is. Als gynaecoloog ga je samen met de patiënte op zoek naar wat haar kwaliteit van leven kan verhogen. Je kunt als arts wel snel met een operatie als oplossing komen, maar daar kan ik ook dingen door uit balans brengen of erger maken. Dan help je iemand



Alec Malmberg

niet vooruit. Dat is wel mijn doel, om dat zonder al te grote ingrepen voor elkaar te krijgen.'

ZELFSTANDIG BEHANDELCENTRUM

'Sinds kort heb ik een zelfstandig behandelcentrum: het 'Vrouwen centrum' in Zevenaar, samen met de collega's gericht op gynaecologie. Ik zit daar op mijn vrije dag van het UMCG. Samen met een verloskundigepraktijk hebben we een vrouwenplein. Er zijn een psychologe en een seksuologe werkzaam en we staan dicht bij de huisartsen. Daarmee voorkom je dat deze mensen direct naar het ziekenhuis moeten. We hopen dat we daarmee een hele zoektocht kunnen voorkomen en snel hulp kunnen inschakelen. Het is laagdrempelige zorg. Ik maak bijvoorbeeld echo's bij pijnklachten en ik kan de huisarts een aantal adviezen geven en die is zo snel en beter geïnformeerd. Dat is het leuke aan mijn vak!'

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK

Mevrouw Henne B. (24): 'Al jaren heb ik langdurige ernstige menstruatiepijn, buikpijn, pijn met vrijen en pijn met ontlasten. De gynaecoloog heeft endometriose uitgesloten en de menstruele cyclus met medicatie beter in balans gebracht. Door een ander voedingspatroon is mijn ontlasting in eerste instantie verbeterd. Door meer ontspannen en anders werken zijn mijn spieren beter in balans gekomen. Daarvoor heb ik bij een bekkenfysiotherapeut gewerkt aan balans in bekkenbodemp, rug en buikspieren. Ik heb steeds minder pijn en minder beperkingen en ik kan ook weer veel beter vrijen.'

MELLE SPRUIJT, ARTS ONDERZOEKER

ONDERZOEK MET BOTOX

Melle Spruijt (1994) is als arts-onderzoeker werkzaam in het Wilhelmina Kinderziekenhuis en het st. Antonius ziekenhuis in Utrecht. Ze combineert haar werk als arts met een onderzoek naar de behandeling van chronische bekkenpijn bij vrouwen. De vraag hierbij is of vrouwen door het tijdelijke gebruik van botox in de bekkenbodemspier zodanig 'rust' krijgen, dat ze onder leiding van een bekkenfysiotherapeut kunnen werken naar een betere beheersing van die spier waardoor de pijn minder wordt of verdwijnt.

Melle Spruijt: 'Helaas zijn er nog veel vrouwen die met pijnklachten rondlopen die we niet op een goede manier kunnen helpen. Binnen het onderzoek gaan we kijken of de botox behandeling een toevoeging kan zijn op de huidige behandeling voor vrouwen met chronische bekkenpijn. Dat is eigenlijk het belangrijkste aspect van het onderzoek. In de literatuur blijkt dat ongeveer 15% van de vrouwen last heeft van chronische bekkenpijn. Veel vrouwen gaan er niet mee naar de dokter omdat ze denken dat het erbij hoort of dat er niks aan te doen is. De eerste stap in behandeling voor deze vrouwen is altijd bekkenfysiotherapie. Dat helpt voor sommige vrouwen om de pijn en spanning weg te halen, maar lang niet altijd en daarom willen we kijken of botox wel helpt.'

COSMETISCH?

Spruijt: 'Mensen kennen botox als cosmetische ingreep waarbij bijvoorbeeld de fronsrimpel tot ontspanning wordt gebracht. Botox is een tijdelijke spierverslapper en werkt drie tot zes maanden. Het idee erachter is dat je vrouwen die chronische bekkenpijn hebben met botox helpt om niet meer een door de pijn altijd aangespannen bekkenbodempier te hebben. Als die spier namelijk constant aangespannen is, veroorzaakt dat een nieuw probleem: de pijn veroorzaakt spanning en de spanning zorgt voor pijn. Als we die spierspanning weghalen, want dat doet botox, dan kunnen vrouwen naar de bekkenfysiotherapeut. Die leert hen dan de bekkenbodemspier op de juiste manier te gebruiken. We hopen dat we zo een langdurig effect krijgen met een eenmalige injectie van botox in de bekkenbodemspier. We moeten natuurlijk wel eerst duidelijk hebben dat er geen andere oorzaak is voor de pijn.'

VERLOOP STUDIE

'Het is belangrijk om na de studie te kunnen voorspellen bij welke vrouwen dit een effectieve behandeling is. We willen 94 vrouwen, vanaf 16 jaar, bereiken binnen deze studie. Dat zijn vrouwen van jong tot oud die last hebben van pijn, of het nu na een bevalling is, tijdens het vrijen of gewoon altijd aanwezig. De helft van hen krijgt het middel, de andere helft niet. De vrouwen en onderzoekers weten niet wie botox en wie het nepmiddel krijgt. Als vrouwen die het

nepmiddel kregen na zes maanden geen verbetering van hun klachten hebben, krijgen ze alsnog de mogelijkheid met de botox behandeling met bekkenfysiotherapie aan de slag te gaan. Maar als vrouwen met het nepmiddel een duidelijke verbetering van klachten hebben is er geen reden meer om een botox injectie te geven. We willen uitzoeken welke vrouwen echt baat hebben bij de botox, en welke vrouwen iets hebben aan de fysiotherapie die ze krijgen. Vrouwen voelen zelf ook of de pijnklachten verminderen, ze kennen hun lichaam heel erg goed. De bekkenfysiotherapeut kan zien of de spanning in de bekkenbodem veranderd is. Ik hoop voor deze groep vrouwen dat het uiteindelijke resultaat is dat het een effectieve behandeling is, want dan hebben we een mooie nieuwe mogelijkheid om hen te helpen.'

ONDERZOEK

'We begonnen in januari 2020 met het zoeken naar geschikte patiënten voor het onderzoek. Helaas, door corona lag kort daarna de hele wetenschapswereld plat. Alleen de acute zorg ging door. We hebben lang niet mogen behandelen. We zitten nu op de helft van de nodige 94 patiënten.'

ROL BEKKENFYSIOTHERAPEUT

'De geregistreerde bekkenfysiotherapeuten spelen binnen dit onderzoek een hele essentiële rol. Zij zijn de experts op dit gebied, wij proberen slechts een handje te helpen met een kleine medische ingreep. Zonder de bekkenfysiotherapeut zou het absoluut niet kunnen lukken. Dit onderzoek vindt plaats in 5 verschillende ziekenhuizen: het Radboud UMC, het Antonius in Utrecht, waar ik zelf werkzaam ben, het Isala in Zwolle, het Curillon in Haarlem en het Amphia in Breda. Zo krijgen mensen uit de verschillende regio's de kans om mee te doen. Binnen het onderzoek wil je de groep behandelaars zo klein mogelijk houden dus we hebben in ieder ziekenhuis een of twee gynaecologen en maximaal twee bekkenfysiotherapeuten die erbij betrokken zijn, zodat iedereen min of meer dezelfde behandeling per locatie krijgt. Er mag geen variatie zijn tussen verschillende behandelaren, dus de fysiotherapeuten werken ook met een vooraf afgesproken protocol.'



Melle Spruijt

PASSIE

Melle Spruijt: 'Ik heb gekozen voor deze combinatie van arts en onderzoeker omdat ik het allerleukste vind om contact te hebben met mensen. Ik wil mensen helpen op meerdere vlakken. Het mooie aan het onderzoek is dat je een groep vrouwen helpt die echt met de handen in het haar zitten. Wij hopen die groep toch een lichtpuntje te kunnen geven. Vrouwen moeten niet denken dat ze er maar mee moeten leren leven omdat er niks te vinden is. We willen dat patiënten gaan merken dat ze door een gespecialiseerde gynaecoloog serieus worden genomen. Er is echt een grote groep urogynaecologen in het land die zich hier hard voor maken, maar die moet je wel zien te vinden. Na mijn promotie wil ik verdergaan met de opleiding tot gynaecoloog.'

HUISARTS

'Voor een huisarts is het erg lastig om die ene patiënt eruit te halen die je door moet sturen. Het huisartsen-vak is één van de moeilijkste beroepen die er zijn omdat het zo breed is en je van alles iets moet weten. Vrouwen moeten daarnaast ook af en toe op hun strepen durven staan. Ook de patiëntenorganisaties zijn een onwijs belangrijke schakel om mensen bewust te maken van wat er allemaal mogelijk is.'

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK

Mevrouw Bea Z. (46): 'Ik had al heel lang pijn in het bekkengebied en dat had enorme impact op mijn kwaliteit van leven. Ik heb veel behandelingen gehad zonder effect. Toen nam ik deel aan een studie om te zien of botox invloed zou hebben op mijn pijnklachten. Wonder boven wonder bleek dat zo te zijn en ik heb nu veel minder pijnklachten en dat heeft een evidente verbetering van de kwaliteit van mijn leven! Ik weet nog steeds niet of ik echt botox kreeg of de placebo, dat maken ze nog niet bekend. Het kan ook de bekkenfysio geweest zijn. Dat hoor ik nog. Ik weet wel dat ook de onderzoekers daar zelf heel benieuwd naar zijn.'

OPROEP

Heeft u chronische bekkenpijn en wilt u meedoen met dit onderzoek? Meld u dan aan bij: m.spruijt@antoniuziekenhuis.nl

DICK JANSSEN,
UROLOOG

ONDERZOEK NAAR BLAASSPOELINGEN

Dr. Dick Janssen (1983) is uroloog in het Radboudumc ziekenhuis en in de Andros kliniek. Hij was een van de medici die meewerkten aan de totstandkoming van de Richtlijn Chronische Bekkenpijn.



Dick Janssen

Dick Janssen: 'Ik werk de ene helft van de week als arts in de Andros kliniek, samen met uroloog Erik Arendsen, een gynaecoloog, een bekkenfysiotherapeut en verpleegkundig specialisten. In het Radboudumc doe ik voornamelijk onderzoek. Daarnaast ben ik coördinator aan de faculteit technische geneeskunde aan de TU van Twente. Drie functies die aanvullend op elkaar zijn. De afdeling Urologie van het Radboud heeft al langer een eigen onderzoekslaboratorium waar klinisch en preklinisch onderzoek wordt gedaan. Daar ben ik met name bezig met wetenschappelijk onderzoek. Ik leid daar een aantal promovendi op, die doen ook klinisch onderzoek.'

PASSIE

Janssen: 'Voor mijn artsenopleiding deed ik onderzoek in het Radboud en vond dat interessant en inspirerend. De rest kwam op mijn pad. Het leuke is dat ik onderzoek doe naar de patiënten die ik ook zie op het spreekuur. Dus ik zie de persoonlijke problemen en probeer ze op te lossen. Op de andere dagen kijk ik hoe we ze op kunnen lossen met nieuwe inzichten, diagnostiek en therapieën. Ik heb veel mensen met het blaaspijnsyndroom. Er is nog heel veel uit te zoeken naar de oorzaken hiervan.'

NIEUWE THERAPIEËN

'Met ons onderzoek kijken we naar het effect van blaasspoelingen met GAG's*. Die zijn bedoeld voor blaaspijnsyndroom, dus niet voor algemene chronische bekkenpijn. We passen die al tien jaar toe zonder te weten hoe ze precies werken. Daar krijgen we nu inzichten over. Normaal gesproken weten we vóór een nieuwe therapie op de markt komt hoe en of het werkt door uitgebreid preklinisch onderzoek. Maar spoelingen zijn geclassificeerd als medisch hulpmiddel en daarbij is dat niet altijd het geval. Ik vind dat je een therapie beter kan inzetten als je precies weet hoe het werkt. De therapie werd daarom niet meer vergoed door de zorgverzekeraars.'

CONCLUSIE

'We zien nu dat blaasspoelingen het slijm op het beschadigde slijmvlies repareren zodat de irriterende stoffen in de urine minder schadelijk worden voor de blaas. De spoelingen die wij geven stimuleren dus de normale cellen van de blaas om vanuit zichzelf te herstellen. Er zitten irriterende stoffen in de

urine die de ontsteking in stand houden doordat ze op de blaaswand inwerken. We dachten altijd dat we die spoelingen gaven om die blaaswand te versterken. Dus dat er een soort van vloeibare pleister aan de binnenkant werd gelegd zodat die schadelijke stoffen in de urine niet meer op de blaaswand kunnen inwerken. We zien door het celonderzoek dat die spoelingen ook de cellen zelf stimuleren om zich te repareren en een barrière te vormen. Voor patiënten is het fijn om te weten dat er iets aan te doen is om dit probleem aan te pakken. We gaan dit nu ook klinisch onderzoeken.'

ONDERZOEKEN

Blaaspijn syndroom of Interstitiële Cystitis is een zeldzame aandoening. We doen het onderzoek daarom in negen ziekenhuizen. We hebben daarvoor toestemming en geld gekregen van de overheid en hebben de steun van de Nederlandse Vereniging voor Urologie en het Zorginstituut. We willen ernaar toe dat deze behandeling vergoed gaat worden. De bedoeling is dat we er over vier jaar duidelijkheid over hebben.'

MONO-SPECIALISTISCH

'Bij elke patiënt met chronische bekkenpijn zijn er secundaire gevolgen die niet in één specialisme te vangen zijn. Nederland is heel mono-specialistisch ingericht. De huisarts is de enige generalist, die bepaalt waar de patiënt heen gaat. Dat is vaak de uroloog en die doet dan zijn ding. Maar bij chronische bekkenpijn zijn er vaak meerdere problemen. Het zijn systemen die vlak bij elkaar liggen en elkaar beïnvloeden. De tendens is nu dat er in meerdere centra een bekkenpijnkliniek is waar iedere specialist die iets aan het probleem kan doen samenwerkt om de problemen zo goed mogelijk aan te pakken. In mijn visie is chronische bekkenpijn een spiraal van problemen die elkaar versterken. Die moet je uit elkaar trekken. In onze kliniek zien we veel mensen die al bij meerdere specialisten zijn geweest en eenzijdige zorg hebben gehad. Ze blijven zitten met de klachten en gaan twijfelen aan het nut van de therapieën die ze krijgen. Als we dat met z'n allen aanpakken, treedt er wel vaak verbetering op. We werken vanuit diverse invalshoeken, dan wordt de patiënt uit de spiraal getrokken en verbetert de kwaliteit van leven. Door samen te werken zie je bij bijna iedereen er beter uitgaan dan dat ze zijn binnen gekomen.'

TEAM

'Grote ziekenhuizen zoals het Radboud kunnen een bekkenbodemcentrum inrichten. Dat is moeilijker voor streekziekenhuizen. Maar die kunnen starten met een kerngroep en ze kunnen aan netwerkvorming doen. In de Androskliniek zijn we bezig een netwerk op te zetten. Dan hoeven mensen niet het halve land door te reizen om goede zorg te krijgen. Als ze bij ons komen krijgen patiënten een uitvoerige intake van een uur. Je moet aandacht geven en uitleggen wat je gaat doen. Mensen moet zich gehoord en gezien voelen. Praten en tijd is cruciaal voor juist deze patiënten. We sturen mensen wel eens naar een psycholoog maar niet omdat het 'tussen de oren' zit maar om hen te leren omgaan met de last die ze moeten dragen door dagelijkse

pijn. Bagatelliseren werkt niet. Dat is een zwaktebod van specialisten. We sturen mensen met klachten nooit mensen terug naar huisarts. Want wat moet die dan doen?'

RICHTLIJN

'De nieuwe richtlijn staat online bij de Federatie Medisch Specialisten en Nederlandse Vereniging voor Urologie. Ik ben blij dat ik eraan meegewerkt heb. Veel specialisten hebben er energie in gestopt. Nu staan alle vizioeren de goede kant op.'

DANKBARE PATIËNTEN

Dick Janssen: 'Ik krijg dankbare patiënten en positieve feedback van hen, dus genereer voldoening uit deze aanpak. Het succes staat of valt met de financiering van de teams. Echter, als wij het als zelfstandige kliniek kunnen organiseren, dan kunnen grote ziekenhuizen het ook. Een andere, gezamenlijke manier van financieren zou echter wel helpen. Ook merk ik dat leefstijl adviezen bij vrouwen met blaaspijnsyndroom en mannen met prostaatpijn belangrijk zijn. Soms zijn het simpele dingen, zoals tijd nemen om te plassen of dagelijks een warm bad. De vraag: 'wat zou ik kunnen inzetten' is belangrijk bij chronische bekkenpijn. En niet zeggen: ik kan niets voor je doen.'

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK

Mevrouw Mieke B. (56): 'Ik had al tijdens bekkenpijnklaarten en terugkerende blaasontstekingen. Ik ben naar Dick Jansen verwezen die zag dat de blaas vol met zweren zat. Ook stelde hij vast dat mijn bekkenbodem op slot zat. Hij verwees me naar bekkenfysio en kreeg daarnaast GAG spoelingen. Ook verwees hij me naar een gynaecoloog omdat ik vaginale klachten had zoals pijn bij het vrijen. Ik had een spiraaltje. Hij vertelde me dat bekkenpijn en een spiraaltje vaak niet goed samengaan dus deze werd verwijderd. De gezamenlijke aanpak leidde ertoe dat mijn haar blaas rustig werd en haar bekkenpijn verdween.'

*GAG- SPOELINGEN

De binnenkant van de blaas is bekleed met een ondoordringbare laag, de Glycosamineglycaan-laag (GAG-laag) en fungeert als bescherming tegen irriterende stoffen en giftige stoffen in de urine. Deze GAG-laag bestaat o.a. uit hyaluronzuur en chondroitine. Beschadiging van deze laag kan leiden tot vermindering van de effectiviteit als beschermbarrière. Dit zorgt ervoor dat de afvalstoffen in de urine doorgelaten worden en pijn en aandrang kunnen veroorzaken. Deze blaasspoelingen worden gegeven om de beschermlaag van je blaas te herstellen.

**MARCO BLANKER,
HUISARTS EN OPLEIDER**

BEKKENONDERZOEK OP GROTE SCHAAL

Marco Blanker (1972) is opgeleid aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij combineerde zijn huisartsopleiding met een promotieonderzoek naar plasklachten en erectiestoornissen bij oudere mannen. Hij is universitair hoofddocent op de afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde van het UMC Groningen en ontwikkelde met zijn team o.a. de UrinControl-app en leidde de Coevorden-studie naar bekkenbodemplachten.

ROL VAN DE HUISARTS

Marco Blanker: 'In eerste instantie komt de patiënt met bekkenbodemplachten bij een huisarts, maar dat gebeurt relatief weinig. Of dat is omdat mensen een drempel hebben om zorg te vragen of omdat er 12000 huisartsen zijn en de mensen met die klachten daarover verdeeld zijn, weet ik niet. Mensen die met bekkenpijn naar de huisarts gaan staan aan het begin van het traject. Het is dan een nieuwe pijn, nog geen chronische pijn. Een voorbeeld daarvan is de pijn in het stuitje. Of pijn bij het vrijen. Daarnaast heb je de algemene buik- of rugpijn. Die kunnen ook in het bekkengebied ontstaan. Artsen hebben veel aandacht voor de ingewanden, zoals de darmen, lever, milt maar verbinden die te weinig aan het spierstelsel waar ook pijnklachten vandaan kunnen komen. Maar we moeten daar wel goede aandacht voor hebben. Wat ik vaststel is dat ik de pijn zelf nadrukkelijker moet bespreken want als de klachten niet verbeteren dan wordt de acute pijn chronische. Het kan zijn dat de oorzaak van chronische pijn medisch vaak niet ernstig is, maar het is belangrijk om de juiste woorden te kiezen om dat uit te leggen. Want anders krijgen patiënten de indruk dat je zegt dat er niets aan de hand is. Wat je bedoelt te zeggen, is dat er geen ernstige oorzaak is en het meestal een gunstig beloop heeft. Slechts bij een kleine groep wordt het langdurig. Het is een opdracht - ook aan mezelf - om te kijken en te vragen hoe het over vier weken is en als de pijn er dan nog is, wat doe je dan? Ik adviseer mensen opnieuw te bellen.'

MULTIDISCIPLINAIR

'Dan moeten we met elkaar kijken welke zorgverlener de eerste aangewezen is. In eerste instantie denk ik niet aan een multidisciplinair team. Ik geloof dat een bekkenfysiotherapeut het hele gebied goed kan overzien. Ze hebben diagnostische middelen, een functionele benadering en allerlei behandelingen om de pijn te verlichten. Orgaanspecialisten kijken alleen naar het orgaan zelf, maar dat zie ik een bekkenfysiotherapeut niet doen. Die overziet meer het geheel. Mensen die naar een bekkencentrum gaan hebben vaak een heel traject achter de rug met allerlei

specialisten. Het kan ook niet zijn dat iedereen met een beginnende bekkenpijn direct naar een multidisciplinair team wordt verwezen. Dat zou niet haalbaar zijn. Mensen die goed geholpen zijn hoeven niet naar zo'n bekkencentrum. Maar als een patiënt door de specialist naar de huisarts wordt teruggestuurd omdat er niets is gevonden wordt het een zaak van de hete aardappel doorgeven. Daar is een patiënt ook niet bij gebaat.'

COEVORDEN-STUDIE

Marco Blanker: 'De Coevorden-studie is opgezet met medewerking van alle huisartsen in die stad die hun patiënten een vragenlijst stuurden over alle bekkenklachten. Er zijn 11.724 brieven verstuurd, waarop 839 vrouwen en 566 mannen hebben gereageerd. In de huisartsenpraktijk vragen we doorgaans niet actief naar pijn maar als je kijkt naar de uitkomsten van deze studie zie je dat van de vrouwen met seksuele klachten een derde ook een pijnklacht heeft. Bij obstipatie is het zelfs 40%. Bij ontlastingsproblemen heeft 43% pijn in dat gebied, bij plasklachten is het iets minder maar kom je toch op 35%. Dat betekent dat als een vrouw zich meldt met een klacht in de bekkenbodembodemregio wij actiever moeten gaan vragen naar pijn. Datzelfde geldt ook voor mannen. Een kwart van de mannen met plasklachten meldt pijn in dat gebied. Dus als ik als huisarts vraag naar de plasklachten maar niet naar pijn, kan het zijn dat die mensen met pijn dat misschien niet erg genoeg vinden om er zorg voor te vragen. Dat kan het voorland zijn van langdurige pijn. In de studie waren veel mensen met klachten, maar ook zonder klachten. Dat is ook benadrukt in de uitnodiging.'

DOMEINEN

'Er zijn in het bekkengebied vijf domeinen voor vrouwen en vier voor mannen. Voor mannen en vrouwen zijn dat: plasklachten, seksuele disfunctie, ontlastingsproblematiek en pijn, en voor vrouwen komt daar verzakking bij. In de Coevorden-studie kijken we naar de samenhang tussen al deze domeinen. Eerder onderzoek ging meestal over een of maar twee domeinen.'



Marco Blanker

VERDER

'We zullen de resultaten beschrijven en delen met (huis) artsen zodat we samen bekkenzorg op een andere manier kunnen gaan vormgeven. Daar hebben we huisartsen voor nodig, samen met de patiëntenorganisatie. We gaan kijken hoe we patiënten beter kunnen informeren. Huisartsen starten met de beginnende pijn en de mensen met chronische pijn vormen eigenlijk een eindgroep. Daar tussenin hebben we mogelijk dingen niet goed gedaan. Dat moeten we inzichtelijk gaan maken. Het is een van de taken van onze onderzoeksgroep om daar samen met Bekkenbodem4All voldoende aandacht voor te genereren en te kijken hoe we die zorg kunnen verbeteren. We moeten kijken waarom sommige patiënten niet om zorg vragen. Sommige vrouwen denken dat urine-incontinentie bij vrouwen maar hoort maar dat is niet zo. Het hoort er niet bij en is behandelbaar. Op de lange termijn moeten de bekkenbodembodemzorg in de gehele breedte beter worden.'

ADVIES AAN PATIËNTEN

Marco Blanker: 'Ga je verdiepen in wat jij voelt en wat je hebt, zodat je bij de arts niet met een kluitje in het riet kan laten sturen. Bijvoorbeeld vrouwen merken dat ze urineverlies hebben maar dat wordt door de arts niet opgepakt. Als je weet dat er een goede behandeling voor is dan kun je daar ook om vragen. Dan kan de huisarts niet anders dan je

helpen. Als er iemand met hoestklachten bij me komt heb ik niet altijd voldoende tijd om ook te vragen hoe het zit met urineverlies. Ik denk dat B4A daar een belangrijke rol in kan spelen. Mensen moeten weten dat er goede behandelopties zijn. Dan kom ik er als huisarts niet meer mee weg om dat niet op te pakken. Dus patiënten: vraag actiever om hulp. Je bepaalt zelf waar je wel of hulp voor vraagt, als je maar weet dat er voor bijna alle bekkenbodembodemklachten hulp beschikbaar is.'

Marco Blanker: 'Plassen is iets fascinerend. Kijk naar aandrang-incontinentie. Er zijn mensen die thuiskomen en in de lift naar boven ineens die aandrang krijgen. Als ze in een file hadden gestaan was dat pas op een later tijdstip gebeurd. Dat komt door de conditionering van het brein met het plassen. Je gaat naar huis! Als ik kijk naar mezelf: ik ben gewend om na het tandenpoetsen te gaan plassen. Maar als ik voor die tijd aandrang heb dan plas ik, ga de hond uitlaten en als ik terugkom poets ik mijn tanden en dan moet ik toch meteen weer plassen. Maar mijn blaas kan niet vol zijn in een kwartier. Het is dus gewoon een Pavlov effect. Dat doet mijn gezonde lijf. Maar bij sommige mensen ontstaat hieruit een klacht. Die kun je niet met pillen oplossen.'

BERNARD MAARSINGH, PSYCHOLOOG

DE ROL VAN HET BREIN

Bernard Maarsingh (1964) is psycholoog en werkt in een eigen praktijk 'Maarsingh en van Steijn' in Leeuwarden en Groningen. Samen met uroloog/seksuoloog Bert Messelink en bekkenfysiotherapeut Jenneke Kalkdijk zit hij in een team voor de behandeling van mannen en vrouwen met chronische bekkenpijn. Maarsingh is ook hoofddocent aan de Universiteit op het Postmaster Nascholings Instituut voor Psychologen in Groningen.

WERKWIJZE

Bernard Maarsingh: 'Als Bert Messelink of Jenneke Kalkdijk een patiënt heeft met chronische bekkenpijn waarvan ze denken dat die in aanmerking komt voor ons team, doen we alle drie op dezelfde dag een intake met de patiënt. Daarna praten we over alle patiënten die we gezien hebben en maken samen een behandelplan. Dat plan is afhankelijk van wat er aan de hand is. Normaal gesproken moet een psychologische interventie in het ziekenhuis binnen een keer of vijf afgerond zijn. Dat kan helemaal niet bij mensen met bekkenpijn. Als er samen met de patiënt wordt gekozen om het traject bij mij in te gaan, leggen we uit dat dat best intensief is. Iemand komt een week lang iedere dag voor drie tot vier uur langs, dan nog twee weken twee keer per week en daarna nazorg met behulp van e-Health. Het is dus een hele intensieve pijnbehandeling.'

HANDEN IN HET HAAR

Maarsingh: 'Vaak zien we dat een patiënt al veel behandelaars heeft gezien maar niets is opgeschoten. Dat traject kan wel tien jaar hebben geduurd en de artsen hebben geen flauw idee meer wat ze nog verder kunnen doen. Patiënten zitten met de handen in het haar. Het gaat bijna altijd om chronische pijn. Ook al hebben allerlei behandelingen plaatsgevonden die heel logisch lijken en waarvan je denkt dat de pijn verdwijnt. Maar dat gebeurt niet, de pijn blijft en is dan een zichzelf onderhoudend systeem geworden.'

TAAK

'De kern van de behandeling bestaat uit drie fases. We activeren in de eerste fase met hele korte intervallen (HIIT) het brein, waarbij we steeds checken of de persoon na zo'n interval nog snel ontspant. Dit triggert eigenlijk altijd de pijn. Daarna start de eigenlijke pijnbehandeling waarbij we de pijn beschouwen als een traumatische gebeurtenis

Nervus Vagus*: De nervus vagus de zenuw die je helpt te ontspannen en een toestand van rust te bereiken om stress en angst te bestrijden.

en technieken toepassen als mindfulness (MBSR) en een traumatechniek (flash 2.0). In de laatste fase helpen we de patiënt met pijnklachten om zich helemaal te ontspannen en ook daarvoor gebruiken we hulpmiddelen als nervus vagus stimulatie*. Ook in deze fase leren we mensen aan wat werkt door ze steeds te meten en alleen dat toe te passen waar ze ook werkelijk rustig van worden. In die laatste fase gebruiken we ook regelmatig een speciale zuurstoftank.

Door de activatie bij de start hebben we meteen de pijn in de behandelkamer. We triggeren zo delen in het brein (zie foto's) waar de pijn gecreëerd wordt. In het pijnbrein steken allerlei breingebieden elkaar continu aan. (zie video op neuroplastix.com). Het ene pijngebied zet het andere aan en dan maakt het niet zoveel meer uit of die pijn nu emotioneel is of fysiek, een gedachte, of start met pijngedrag. Je ziet dat pingpong-effect in het brein ontstaan. Dat wordt steeds heftiger. Door het pijnbrein te triggeren en steeds voor kalmte te zorgen, doorbreken we die breinpatronen. De insula in de hersenen lijkt daarbij een grote rol te spelen.

INSULA

Maarsingh: 'De insula is een soort stekkerdoos tussen de oudere en nieuwe delen van je brein. Met die specifieke vorm van mindfulness leer je aandacht te geven aan dat deel van je ervaring waar je kalmte ervaart. Dat is moeilijk omdat pijn een enorme aandachtsmagneet is. Het vergt dus oefening. Je traint het brein een ander parcours aan te nemen. Die insula-stimulatie zorgt voor kalmering in het brein. Op de foto's van de animatie zie je hoe dat in zijn werk gaat. Je ziet oude kernen van het brein actief worden en samen creëren ze die pijnsensatie. Dat is geen verzinseltje. Het brein maakt dus pijn in allerlei situaties en dat is de meest echte pijn die je je kunt voorstellen. Door de behandeling zie je dat er allerlei remmers in dat opgewonden systeem optreden die het emotionele deel van het brein remmen. Als mensen leren dit zelf te doen dan leren ze hun brein een andere uitleg aan de binnenkomende prikkels te geven en dat betekent dat ook die pijn langzamerhand weggaat.



Bernard Maarsingh

WEERSTAND

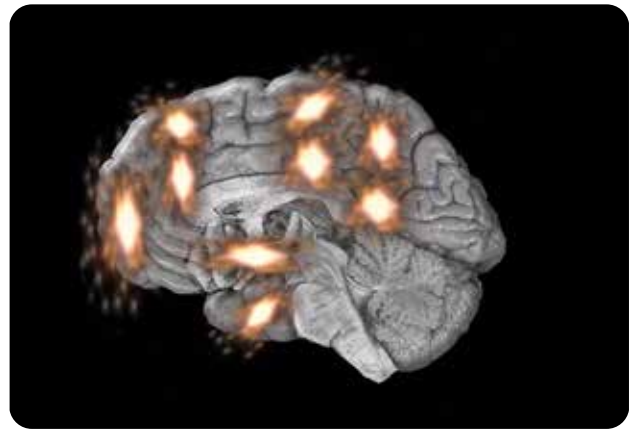
'Natuurlijk is er soms weerstand tegen deze psychosomatische aanpak maar daar trekken we ons niet zoveel van aan. Er zijn patiënten die het niet aan willen gaan. Dan kunnen ze naar Jenneke (bekkenfysiotherapeut) gaan die ook haar behandelmethodes heeft. Maar samenwerken werkt nog het beste in mijn ogen. Zij behandelt het lijf en ik het brein.'

EFFECT

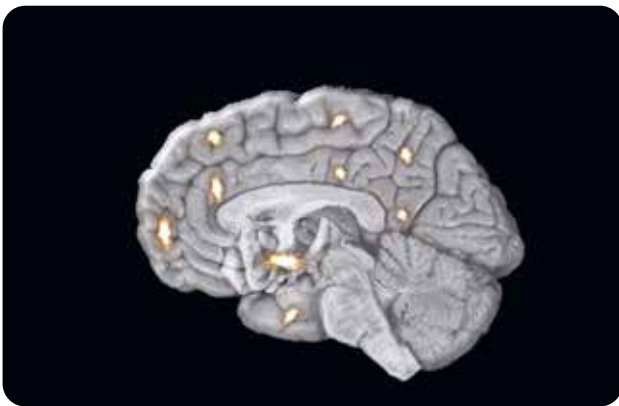
'Van de tien mensen die bij het team hier komen zijn er twee bij wie het zin heeft dat de psycholoog zich ermee bemoeit. Met die patiënten hebben we een succespercentage van 90%. De overige 10% voelt wel verbetering. We moeten wel bedenken dat maar een klein deel van de mensen een psycholoog toelaat vanwege de gedachte: 'ik ben toch niet gek.' Maar zij die ja zeggen zijn gemotiveerd, en die gaan er ook voor.'

Wat er gebeurt met het brein tijdens de behandeling:
De signalen in het brein doven rustig uit en er ontstaat
een nieuwe situatie waarbij de pijn verdwenen is.

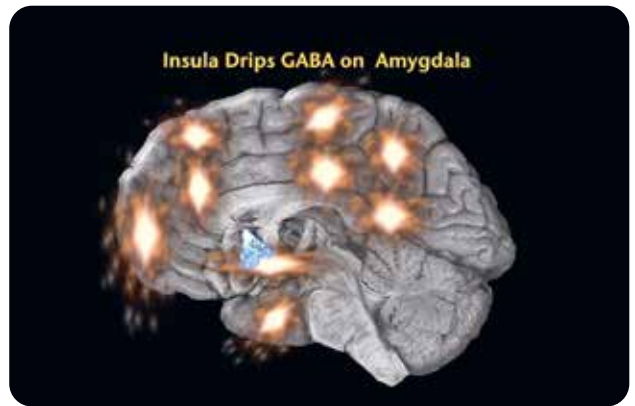
Zie voor video: neuroplastix.com



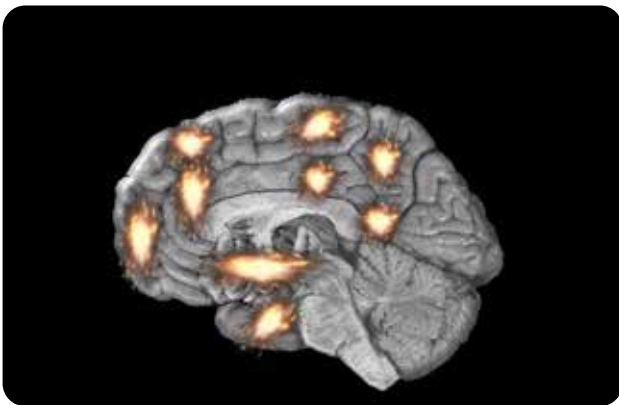
4.



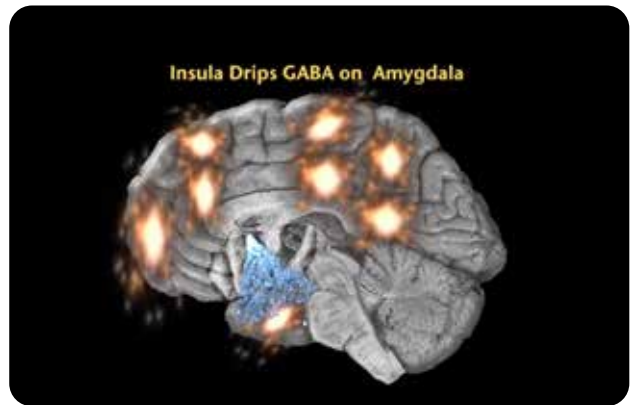
1.



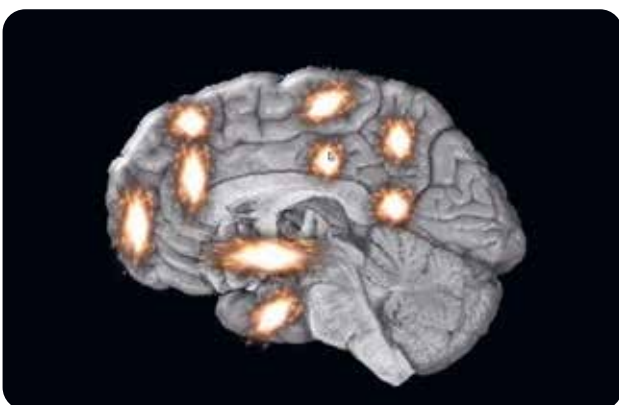
5.



2.



6.



3.



7.

Attends®

Incontinence protection for you



PULL-ONS

Zachte en discrete absorberende broekjes.

- Superieure pasvorm en comfort zoals ondergoed
- 100% ademend voor rondom Air Comfort
- Vernieuwd assortiment en verpakking

NIEUW!
Zachter gevoel
en betere
bescherming.



Wilt u meer informatie?

☎ 088 220 88 99 🌐 www.attends.nl

**FETSKE HOGEN ESCH,
BEKKENFYSIOTHERAPEUT**

AANDACHT VOOR DE LAGE RUG BINNEN DE DIAGNOSTIEK BIJ CHRONISCHE BEKKENPIJN

Fetske Hogen Esch is eigenaar en bekkenfysiotherapeut bij Bekkenfysiotherapie Hogen Esch en F-act Pelvic Pain kliniek in Enkhuizen. Ze is lid van de MAR van Bekkenbodem4All en maakt deel uit van de interdisciplinaire Alchemisten groep. Verder is ze docent bij ProFundum Academy. Ze is pionier in de bekkenfysiotherapie en jarenlang medeverantwoordelijk geweest voor het curriculum van de opleiding tot bekkenfysiotherapeut. Haar passie is het verder helpen van patiënten met vaak onbegrepen pijnklachten in de bekkenregio.

GELIJKWAARDIG

Fetske Hogen Esch: 'Ik werk zelf vooral in mijn pijnkliniek en geef les bij ProFundum Academy. In samenwerking met ProFundum hebben we een modulaire nascholing opgezet om bekkenfysiotherapeuten te scholen in het onderzoeken en behandelen van patiënten met chronische bekkenpijn. We willen dat bekkenfysiotherapeuten die deze patiëntencategorie behandelen idealiter ook aparte scholing daarvoor gevolgd hebben. Mijn collega Marijke Slieker is weliswaar met pensioen maar levert ook nog een grote bijdrage aan dit onderwijs. We organiseren daarnaast ook een trans-disciplinaire 'snijzaal' cursus, waar naast bekkenfysiotherapeuten inmiddels ook chirurgen, gynaecologen, anesthesiologen en vaatchirurgen aan meedoen. Dat vindt plaats in een anatomisch laboratorium. Aanvankelijk was die cursus voor bekkenfysiotherapeuten, maar ook voor andere specialisten blijkt dit een leerzame cursus. Je leert ook van elkaar. Samenwerken en samen leren is de toekomst. Op het WCAPP (World Congress of Abdominal and Pelvic Pain) congres in Lyon in november 2021 was de boodschap: We werken allemaal samen om de patiënt te dienen, van de secretaresse tot én met de hoogste professor. We staan allemaal gelijkwaardig rondom die patiënt. Dat was ongelooflijk fijn om te ervaren. Dat wordt de nieuwe tendens: specialisten zijn meer en meer op weg naar samenwerking.'

LAGE RUGPIJN EN DIAGNOSTIEK

Fetske Hogen Esch: 'Binnen de diagnostiek naar chronische bekkenpijn wordt nog te veel gefocust op de bekkenbodempijn en de organen. Ik ben blij daar iets over te kunnen zeggen. Ik zie zoveel patiënten waarbij het grote plaatje volledig wordt gemist. Dat heeft te maken met het feit dat de bekkenbodempieren zowel een poortwachter zijn voor de organen, als wel voor stabilisatie van rug en bekken zorgen. De spieren die verantwoordelijk zijn voor stabiliteit, zijn de spieren rondom je buikholte: de diepe buikspieren, de kleine

rugspieren, het middenrif en de bekkenbodempieren. Deze spieren werken nauw met elkaar samen. Dat betekent dat als een van die spieren zijn werk niet goed doet, ook de andere spieren hun werk niet goed kunnen doen. Het lichaam probeert dat op te lossen door spieren die minder goed werken te helpen. Zo ontstaan allerlei compensatiemechanismen. Als de diepe buikspieren niet goed werken, kan een bekkenbodempier gaan aanspannen om te helpen. Die te gespannen bekkenbodempier kan voor veel problemen zorgen. Kom je met pijn bij een behandelaar dan wordt de gespannen bekkenbodempier aangewezen als de oorzaak van het probleem terwijl de echte oorzaak bij de buikspieren ligt. Sinds wij gestandaardiseerd onderzoek doen, hebben we veel geleerd over de werking van de diverse spieren. Veel problemen komen we tegen bij patiënten die hypermobiel zijn of neigen naar hypermobiliteit. Zij gebruiken vaak veel spieren om dat te compenseren en dat zijn dus spieren die pijn gaan doen. Dan kun je ontspannen tot je een ons weegt, maar het werkt niet. Sommige patiënten krijgen te horen dat ze het niet goed doen. Maar het ligt niet aan de patiënt, het ligt aan het feit dat het behandelplan niet afgestemd is op wat de oorzaak is. Er wordt nu meer onderzoek naar gedaan en over gepubliceerd binnen de wereld van de lage-rug problematiek maar die artikelen worden niet gelezen door de mensen die patiënten met chronische bekkenpijn zien. Omgekeerd wordt het onderzoek over chronische bekkenpijn veelal ook niet gelezen door de onderzoekers die zich bezighouden met de lage rug. Er moet nog veel gebeuren om zowel chronische bekkenpijn als lage rugpijn juist te diagnosticeren en te behandelen.

VERDRIETIG

Ik word zo verdrietig als die patiënten ten einde raad zijn én allerlei labels opgeplakt gekregen hebben, allerlei trajecten in allerlei psychologische processen doorlopen hebben. Als ik ze dan onderzoek, kom ik een heleboel dingen tegen waar nog



Fetske Hogen Esch

niks mee gedaan is. Je moet kennis hebben van het totale plaatje, of je nou uroloog bent of bekkenfysiotherapeut. Je moet weten dat die rug en die stabiliteit een rol spelen. Als je dat niet weet, hoort een patiënt: 'Ik heb van alles geprobeerd. Maar de bekkenbodem blijft gespannen dus het zal wel ergens anders zitten'. Ik ga deze patiënten dan met gewone bekkenfysiotherapie oefeningen leren voelen en het totale plaatje laten zien.'

LAGE RUG

Fetske Hogen Esch: 'Ontspanning en beweging kan je niet los zien van elkaar. Maar als we de lage rug niet meenemen in de gehele aanpak, dan mis je een stuk. Bij een verkeerde diagnose kan het lichaam als een kaartenhuis in elkaar storten. Dus stabiliteit en bindweefselkwaliteit is de missing link in de diagnostiek en behandeling van de chronische bekkenpijnpatiënt. Wij onderzoeken gestandaardiseerd een patiënt in vier uur. Dat betekent dat we in de loop van de elf jaar dat we dit doen, heel veel patronen zijn gaan herkennen. We delen die kennis en informatie ook met een professor in Australië die veel onderzoek doet naar de spieren

die rondom de buikholte samenwerken. We willen dat stuk beter zichtbaar maken, want als je het niet ziet dan denk je misschien dat je alles gedaan hebt. Ik heb in dertig jaar zelf die kennis en ervaring bij elkaar moeten sprokkelen. Ik vloog over de wereld, liep mee met collega's, las de literatuur. Ik zoek gelijkgestemden op om mee te kunnen sparren. Dat bracht me buiten de competenties van mijn eigen discipline. Daardoor valt een deel van de zorg die ik bied, helaas buiten de dekking van de zorgverzekering.

Gelukkig is er de afgelopen dertig jaar meer aandacht voor deze problematiek gekomen. Ik ben heel blij met de specialisten om mij heen, die net als ik hun nek uitsteken om patiënten te helpen. Het is niet altijd makkelijk. Er zijn nog geen pasklare oplossingen. Maar het begin is er.'

**GIDIA JACOBS,
GEZONDHEIDSPSYCHOLOOG**

BEKKENPIJN ZIT NIET 'TUSSEN DE OREN'

Gidia Jacobs (1961) is gezondheidszorgpsycholoog, pedagoog, seksuoloog NVVS, coach en supervisor. Ze werd oorspronkelijk opgeleid tot wetenschappelijk onderzoeker in de gehechtheidstheorie en richtte zich gaandeweg steeds meer op hulpverlening, coaching en onderwijs.



Gidia Jacobs

KEUZE

Gidia Jacobs: 'Vanaf het begin vond ik het interessant te kijken naar: hoe zitten mensen in elkaar? Omdat ik zelf nooit ziek was, kon ik me aanvankelijk niet goed verplaatsen in patiënten met lichamelijke klachten. Maar gedurende de seksuologie opleiding ontdekte ik de meer medische aspecten van de seksuologie als uitbreiding op mijn psychologische kennis daarover. Als je goed leert doorvragen, kom je erachter dat mensen soms ook problemen hebben met ontlasting en urine, of pijn in het hele gebied aan de onderkant. Dat ging ik gaandeweg interessanter en dus 'leuker' vinden. Ook omdat ik ontdekte hoe erg mensen daarmee kunnen tobben en dat ze daardoor weer psychische klachten kunnen krijgen.'

MEDISCH EN NIET MEDISCH

'Voor een deel pas ik medische psychologie toe, alle psychologische oorzaken en gevolgen van klachten aan 'de onderkant', waaronder bekkenbodembodembodembodembodem problemen, maar ik werk ook veel met mensen met seksuele- en relatieklachten zonder dat er onderliggende medische problematiek is.'

BAAT

'Of een patiënt met bekkenpijn baat kan hebben bij een gezondheidszorgpsycholoog, hangt af van welk stadium waarin een patiënt aanklopt. Als medisch psychologen moeten wij bescheiden zijn en eerst helder krijgen wat er bekend is over de klacht. De patiënt zelf moet natuurlijk goed weten 'wat mankeer ik' en 'wat is eraan te doen'. Als dat niet duidelijk is en de patiënt het gevoel heeft niet serieus genomen te zijn door huisarts of medisch specialist, dan kun je als psycholoog kijken of je samen de oorzaak, gevolg en klachten veroorzakende factoren duidelijk kunt krijgen. Ik zeg dan duidelijk tegen de patiënt dat ik haar of hem niet van de pijn kan afhelpen. Ik kan wel samen met de patiënt kijken naar hoe je beter om kunt gaan met de pijn. Maar eerst moet dat de diagnose duidelijk zijn en je moet nooit snel denken dat het wel psychisch zal zijn.'

Een verkeerde of onduidelijke diagnose is belastend voor de patiënt en schaadt het vertrouwen in de hulpverlening. Als je heel lang pijn hebt is de aanleiding niet altijd meer helemaal duidelijk. Dan krijg je een kip-en-ei verhaal. Maar je moet kunnen vertrouwen op je huisarts en medisch specialist. Ook als niemand een medische aandoening heeft gevonden die de pijn kan verklaren, en ook als bekkenfysiotherapie niet geholpen heeft, dan nog kun je niet zeggen dat het tussen de oren zit. Alsof iemand zich aan zou stellen. Het is echt ingewikkelder!

Als er geen medische oplossing is voor pijn en de patiënt de dokter en de bekkenfysiotherapeut wel vertrouwt in hun deskundigheid, dan kan de psycholoog gaan kijken naar 'uitlokkende' en 'instandhoudende' factoren. Dat doe je door uit te zoeken in welke situatie de klachten verergeren en verminderen, en of stress daar een rol bij speelt. De psycholoog kan meedenken in 'hoe kan ik de regie over mijn leven houden ondanks mijn lichamelijke beperkingen?'

En dan sta je als patiënt met bekkenpijn natuurlijk voor dezelfde opgaven als andere patiënten met aandoeningen die hun leven beperken. Voor de een is zo'n acceptatieproces lastiger dan voor de ander. Dat hangt van je persoonlijkheid af. Een groot hulpmiddel bij acceptatie is dat je je als patiënt gezien, gehoord en begrepen voelt. En uiteraard of je een steunende sociale omgeving hebt, een begripvolle partner of meelevende familie of vrienden.'

ROL PSYCHOLOOG

'We doen vaak een combinatie CGT (Cognitieve GedragsTherapie) en ACT, (Acceptance Commitment Therapy), waarmee je probeert gedrag en denken van mensen te beïnvloeden. Als iemand bijvoorbeeld denkt 'het kan alleen maar slechter worden, ik eindig vast in een rolstoel', kijk je samen hoe groot die kans is. Misschien is het een spookbeeld dat niet klopt. Of als mensen 'hollen of stilstaan', kan het belangrijk zijn om meer balans aan te brengen.'

Maar soms, als de bekkenpijn toch aanhoudt, moet je misschien zeggen (dat is o.a. ACT): misschien gaat een deel niet over en moet ik kijken naar hoe ik een bepaalde kwaliteit van leven krijg met die pijn. Hoe accepteert een mens dat? Dat is een ongelooflijke moeilijke vraag. Dingen accepteren die we niet kunnen veranderen, is niet iets wat wij in onze samenleving hebben geleerd. We hebben een maakbare samenleving gecreëerd. 'Als je maar wilt dan kun je het' is de slogan. Leren accepteren dat sommige dingen niet kunnen is niet vanzelfsprekend voor deze tijd. Daar kunnen psychologen een rol in spelen. We kijken samen naar welke moeilijke dingen iemand in het leven meemaakte, naar welke hulpbronnen er werden ingezet om je leven weer op te bouwen.'

TEAM

'Ik werk als vrijgevestigd psycholoog bij CenSeRe in Voorschoten samen met een arts, die ook seksuoloog is en met een netwerk van een paar goede psychiaters, gynaecologen, urologen en MDL-artsen. Voor een goede medische diagnose ben ik afhankelijk van dokters, dus samenwerken is erg belangrijk. In de Proctoskliniek in Bilthoven werk ik samen met chirurgen die diagnostiek doen en behandeladviezen geven, o.a. aan patiënten met chronische bekkenpijn, die soms al een aantal hulpverleners hebben gehad. In deze kliniek proberen we geïntegreerd te werken. Er zijn niet heel veel professionals die het interessant vinden om zich met chronische bekkenpijn bezig te houden, en de meesten kennen elkaar wel. Het is belangrijk dat de patiënt weet dat we goed samenwerken. We willen er samen achter komen wat je kunt wegstrepen en wat er dan overblijft. Alsof je de schillen van de ui afpelt, en dan ziet: zo werkt dit verschijnsel.'

HUISARTS

'Ik zie de huisarts graag als spil want die loopt het langst met de patiënt mee. Als het goed is, is de huisarts gewend om te denken en handelen volgens het bio-psychosociaal model. Die kan zien of er bijvoorbeeld stressfactoren zijn die de pijn in stand kunnen houden. Daardoor voorkom je dat de patiënt

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK

Mevrouw Josine K. (60): Ik heb al jarenlang pijn bij het ontlasten en ben daarvoor naar de Proctoskliniek verwezen. Omdat het al zolang zo is had ik eerste een gesprek met de medisch psycholoog GJ. Dat was voorafgaand aan het consult met de chirurg. Ik werk in het basisonderwijs. Voor de arts maakte ik een overzicht van al mijn klachten. Ik had al bekkenfysiotherapie gehad en weet dus hoe die bekkenbodemspieren werken. Tijdens mijn zwangerschap had ik bekkeninstabiliteit en daarna urine-incontinentie. Gemeenschap met mijn man gaat de laatste tijd slechter en ik vertelde de psycholoog dat 'mijn kont pijn doet'. De psycholoog vroeg me of ik ooit gedacht heb of er psychosociale factoren zijn die een rol spelen bij mogelijke stress. En of ik wist dat ook de spieren 'aan de onderkant' gevoelig kunnen zijn voor stress. Toen moest ik huilen. De psycholoog zei me dat ik daarvoor geen 'sorry' hoeft te zeggen en dat huilen vaak 'loslaten' betekent en dat dat meestal een goed teken is. Ik had daar nooit bij stil willen staan. Nu wil ik dat graag. Mijn man en dochter werken in de zorg en daar heb ik me in het afgelopen Coronajaar veel zorgen over gemaakt. Ik kneep letterlijk mijn billen bij elkaar opdat ze niet ziek zouden worden. Toen ik dat uitsprak realiseerde ik me de dubbele boodschap daarvan. 'Misschien heb je die billen wel te hard bij elkaar gehouden en heeft dat ook met je klachten te maken', zei de psycholoog. Ja, dat zou zomaar kunnen. Zelf had ik dat jaar in het onderwijs ook veel te verduren, zoals het online werken met groepen, waarvoor ik alles op alles zette. Samen met GJ, de psycholoog heb ik toen alle vragen die ik had voor de arts op een rijtje gezet. Als ik weet wat de medische diagnose is en welke behandeling wordt geadviseerd vind ik het fijn om een nieuwe afspraak bij de psycholoog te maken. Dan kan ik tijd nemen om om te gaan met zowel mijn psychosociale gezondheid als de daaraan gerelateerde medische klachten.'

van kastje naar de muur gestuurd wordt. We vinden die samenwerking cruciaal!

RICHTLIJN CHRONISCHE BEKKENPIJN

'Het is goed dat de Richtlijn chronische bekkenpijn er is. Ik heb eraan meegewerkt omdat alles wat met 'de onderkant' te maken heeft super vervelend is voor een patiënt, en omdat ik denk dat de zorg beter kan. Iets aan 'de onderkant' hebben is toch anders dan aan een schouder. Niemand laat zich daar graag door een hulpverleners bekijken of bevoelen. We houden als mensen graag de controle over ons lijf, en op die plekken iets mankeren voelt vaak als verlies van controle. Bij chronische pijn in dat gebied kun je je als patiënt onmachtig gaan voelen, want je wil als mens juist de regie over je leven behouden. Ik weet zeker dat we met de interdisciplinaire aanpak zoals voorgesteld in de Richtlijn chronische bekkenpijn, de zorg voor deze groep patiënten beter kunnen maken.'

ANA DOS SANTOS, BEKKENFYSIOTHERAPEUT

TIJD VOOR DE PATIËNT

Ana dos Santos (1987) kwam in 2012 vanuit Portugal naar Nederland. Ze studeerde in 2009 af als algemeen fysiotherapeut met als aanvullende opleiding 'women's health'. In Nederland volgde ze de opleiding tot geregistreerd bekkenfysiotherapeut.

Ana dos Santos: 'In 2018 heb ik mijn eigen praktijk in Leiden geopend en daar werk ik met nog drie collega's. We behandelen kinderen, mannen en vrouwen. We werken intensief samen met het LUMC (Leids Universitair Medisch Centrum) in Leiden en sinds september 2021 hebben we daar zelfs een vestiging, die is gericht op patiënten met complexe bekkenpijn. We zien de patiënten daar in een team met meerdere beroepen.'

JEUGD

Dos Santos: 'Toen ik heel klein was, wilde ik fysiotherapeut worden. Dat is gebeven. Ik wilde mensen helpen en dichtbij hen zijn. Uiteindelijk koos ik voor bekkenfysiotherapie. Dat is gericht op vrouwen en mannen. Daar ligt mijn passie én dat doe ik nu met heel veel plezier.'

RICHTLIJN

Ana dos Santos maakt deel uit van de groep die de Richtlijn voor chronische bekkenpijn op heeft gezet. 'In de opleiding tot bekkenfysiotherapeut lees je artikelen over wetenschappelijk onderzoek. Daar was ik altijd al nieuwsgierig naar. Na mijn opleiding kreeg ik als cadeautje een reis naar het ICS (International Continence Society) congres in Florence. Daar kwam ik dichtbij artsen, die ook wetenschappelijk onderzoek doen naar bekkenfysiotherapie. Via Petra Voorham en anderen kwam ik terecht bij de NVFB (Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie) en de wetenschappelijke Commissie binnen de NVFB. Zij vroegen me om deel te nemen aan de multidisciplinaire richtlijn Bekkenpijn 2.0. Dat heb ik gedaan omdat juist die groep patiënten mij heel erg aanspreekt.'

MULTIDISCIPLINAIR TEAM

'In de vestiging in het LUMC werken we samen met de specialisten in een multidisciplinair team. De specialisten daar wilden dit graag zodat de communicatie over deze patiënten nog gemakkelijker gaat. Een van onze bekkenfysiotherapeuten is daar tevens onderzoeker. Ze werkt in LUMC drie dagen en één dag werkt ze in ons centrum. Als er meer patiënten komen, zijn we vaker werkzaam in het ziekenhuis. In dat team zitten ook een psycholoog en seksuoloog.'

KLACHTEN

'In het LUMC zien wij vaak patiënten die bij meerdere behandelaars zijn geweest. Er zijn patiënten die meerdere klachten hebben, zoals pijnklachten in het buik en

bekkengebied, gekoppeld aan plasklachten, ontlasting of seksuele problemen. We hebben dan altijd een intake-gesprek met de patiënt en we kijken naar de hele voorgeschiedenis. Daarna doen we een inwendig onderzoek om de functie van de bekkenbodemspieren te kunnen bepalen, en vanzelfsprekend bespreken we dat altijd vooraf met de patiënt. We kijken ook naar de buik, de lage rug en het ademhalingspatroon. We moeten breder zoeken naar wat er aan de hand kan zijn, dus we kijken naar alles: spieren, gewrichten, zenuwen, algemene bewegelijkheid en die van de bekkenbodem. Patiënten met chronische pijn zitten vaak in een vicieuze cirkel. Pijn zorgt voor meer spanning en spanning zorgt voor meer pijn. Het is voor patiënten vaak moeilijk om daar uit te komen. Dan gaan ze minder bewegen, hebben minder sociaal contact en dan wordt het steeds moeilijker om van de klachten af te komen.

De behandelingen kunnen heel gevarieerd zijn. We geven uitleg over samenhang tussen de buik, het bekkengebied en de ademhaling en alle andere spieren, en leggen uit dat er een verband kan zijn met de klachten. Dat geldt ook voor het toilet- en drinkgedrag, het bewegen, de voeding, slaap en ontspanning. De behandeling is afhankelijk van de behoeftes van de patiënt. Soms zijn het ontspanningsoefeningen, maar het kunnen ook oefeningen zijn om bepaalde spieren juist te versterken of te ontspannen. Het kan ook gaan om het leren bewegen binnen de pijngrens. Soms is bekkenpijn gelieerd aan trauma's in het verleden en gaan we daarmee aan de slag.'

KEUZE

'Aan het eind van het onderzoek geven we de patiënt de diagnosen mee en stellen we een behandelplan op met korte en lange termijn doelen. Voor chronische bekkenpijn is er zeker geen standaard behandelplan. Het op maat gemaakte behandelplan wordt altijd besproken met de patiënt en we maken samen de keuze voor de beste opties. En verder geldt: als een patiënt geen inwendig onderzoek wil, dan zijn er nog andere methodes voor onderzoek, zoals bijvoorbeeld een buikecho.'

HUISARTS

'De behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn is vaak complex en vraagt om samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Vaak is naast de huisarts ook een psycholoog betrokken. De richtlijn voor diagnostiek en behandeling van patiënten met chronische bekkenpijn is ook gericht op de samenwerking tussen meerdere



Ana dos Santos

zorgdisciplines. Op deze manier willen we voorkomen dat deze groep patiënten blijven “rondshoppen” op zoek naar de juiste diagnostiek of behandeling en dat ze de juiste zorg krijgen.’

VOORDEEL

‘Als bekkenfysiotherapeut hebben we een groot voordeel ten opzichte van andere zorgprofessionals, namelijk: tijd voor de patiënt. Daardoor creëer je ook een andere band. De intake is bij ons een uur. Als ik niet klaar ben, gaan we de volgende keer door/ verder met het gesprek. We zien mensen vaker en het contact met ons is laagdrempeliger.’

RICHTLIJN CHRONISCHE BEKKENPIJN

‘Er is nu een richtlijn voor de behandeling van chronische bekkenpijn. Daarin bevelen we aan dat een multidisciplinaire aanpak belangrijk is bij zowel de diagnostiek als de behandeling. Dat zorgt ervoor dat sommige patiënten niet van de een naar de andere arts hoeven gaan. In een MDO (het

Een aandachtspunt is de zorgverzekering die de patiënt heeft afgesloten. Bekkenfysiotherapie zit vaak in aanvullende verzekering, maar dat verschilt per verzekeraar. Alleen urine incontinentie zit in het basispakket. Dit in tegenstelling tot ontlastingsincontinentie dat niet in het basispakket zit. Raadpleeg daarom goed de voorwaarden van uw zorgverzekering.

multidisciplinair overleg) bespreken we alle uitkomsten met elkaar. Er is een casemanager die de zorg coördineert en alles terug koppelt naar het team. De samenwerking met het Leids Universitair Medisch centrum gaat over de meer patiënten met meerdere problemen.’

VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK

Mevrouw Cootje O. (72): ‘Ik werd door de uroloog verwezen naar de bekkenfysiotherapeut voor de evaluatie en behandeling van langer dan zes maanden onderbuik-blaaspijn, plasklachten, gemengd urine-incontinentie, terugkerende urineweginfecties en pijn bij het vrijen. Na zes maanden behandeling met elektrostimulatie zijn de buik- en blaaspijnklachten aanzienlijk verminderd. Af en toe heb ik nog wat pijn. Dat komt door stress. Ik ben me nu meer bewust van mijn bekkenbodembodem- en buikspieren en kan die beter ontspannen. Ik kan de ademhaling beter toepassen in het dagelijkse leven. Ik plas tegenwoordig regelmatig. Ik slaap beter en heb de afgelopen maanden geen urineweginfecties of urineverlies gehad. Geslachtsgemeenschap is nog niet mogelijk door pijn. Ik kreeg het advies om naar een seksuoloog te gaan maar dat heeft voor nu nog geen prioriteit. Het is fijn om te weten dat er een goede samenwerking is tussen de specialisten, een psycholoog en een pijnarts. Gedurende het gehele traject heb ik ook veel uitleg gekregen over pijneducatie en zelfmanagement. Dus uiteindelijk ben ik wel tevreden met het resultaat.’

TELEFOONLIJN VOOR MENSEN MET BEKKENPIJN

Op de woensdagavond van 19.00 tot 21.00 uur kunnen mensen die bekkenpijnlachten hebben bellen met Loes van der Wolf, ervaringsdeskundige bij de Stichting Bekkenbodem4All. Zij beschrijft hier een aantal klachten waarover ze de afgelopen tijd is gebeld via het nummer 06-11425750



Loes van der Wolf

LUISTEREND OOR

Bekkenbodem pijnklachten is - vooral voor vrouwen - iets waar van men denkt dat er 'maar mee geleefd moet worden'. Dit is een vaak gedane uitspraak van vrouwen wanneer ze naar het bekkenbodem-pijnklachtennummer bellen. Op de eerste plaats willen mensen die bellen hun verhaal kwijt. Vaak zijn ze op schrijnende wijze al langs een groot aantal artsen geweest. Maar met de pijn moeten leren leven doen deze mensen al lang. Vaak hebben ze zelf al genoeg gedokterd of enigszins uitgevonden wat hun pijn kan verlichten. Een luisterend oor vinden, of juist getipt worden over een mogelijkheid die pijn verder zou kunnen verlichten is al heel wat.

BELADEN ONDERWERP

Het bekkenbodemgebied en de pijn die je kunt hebben bij je dagelijkse werkzaamheden of wanneer je intiem zou willen zijn met je partner, is voor sommigen best een beladen

onderwerp om te bespreken. Het is voor veel mensen een flinke opgave om je bekken functioneel te kunnen gebruiken voor simpele dingen als lopen op je werk of juist voor een ontspannen fietstochtje. De dagelijkse kwaliteit van leven, niet alleen van de persoon in kwestie maar ook van diens gezin en omgeving, kan behoorlijk onder druk staan wanneer bekkenbodemklachten pijnlijk en langdurig zijn. Een uitje betekent vaak dat ze vooraf op internet al uitzoeken waar ze van het toilet gebruik kunnen maken. Juist in Coronatijd valt dat dus niet mee en maakt dit dat mensen vaak thuisblijven en dat kan soms tot een isolement leiden. Z is de pijn van een verzakking bespreekbaar maken dus best een gevoelig onderwerp. Vrouwen zijn onwetend over welke mogelijkheden er allemaal zijn om hier anders mee om te kunnen gaan. Dus een telefoongesprek met een ervaringsdeskundige kan mensen soms al op andere gedachten brengen, waardoor de regie over het eigen lijf weer teruggenomen wordt.



ATROFIE

Ik krijg bijvoorbeeld vragen over atrofie van de huid bij het schaamgebied, die dun en kwetsbaar is: wat zijn dan de mogelijkheden? Atrofie in bijvoorbeeld de vagina is het verschrompelen van het slijmvlies doordat de cellen afsterven. Atrofie wordt veroorzaakt door een tekort aan stoffen die de cellen nodig hebben, wat komt door een tekort aan voeding. Atrofie betekent dan ook letter 'zonder voeding'. Zijn er voor deze aandoening, die heel pijnlijk is en tot seksuele problemen leidt, producten verkrijgbaar met of juist zonder hormonen? Hoe maak je dit bespreekbaar bij de huisarts, of vraag je een verwijzing naar de gynaecoloog of uroloog?

VRAGEN

Maar ook krijg ik hele andere vragen. Wanneer door een val, een kunstheup of bekkeninstabiliteit het fysiek bewegen belastend is, wat kun je dan doen om spierweefsel weer te

verstevigen? Welke mogelijkheden zijn er naast fysiotherapie, speciale bekkenbodemtherapie of yoga? Het bekken is een gevoelig orgaan, voorzien van veel zenuwuiteinden. Er is al veel bekend over het bekken maar nog lang niet alles. Vooral naar de functie van de bekkenbodemspier wordt veel onderzoek gedaan. Het bekken draagt je de dag door en daar zou je eigenlijk geen last van willen hebben. Maar soms zit je verstrikt in de problemen en dan heb je een luisterend oor nodig. Je wilt niet horen dat je 'aanstelt' en dat het 'dat het alleen maar tussen je oren zit'. Als je dan bij een ervaringsdeskundige je verhaal kwijt kunt, ben je verrast om te horen dat jij echt niet de enige bent met jouw klachten. Bij onze telefonische hulpondersteuning wordt er niets voorgeschreven. We luisteren, vragen, helpen bij het opstellen van vragen aan de arts, verwijzen zo nodig naar iemand die gespecialiseerd is in bekkenpijn.

ALCHEMISTEN

KORTE LIJNEN

De "alchemisten" is een groep medische experts die zich in de loop van het afgelopen jaar heeft opgezet als een inofficieel overkoepelend orgaan van huisartsen, medische specialisten en paramedici zoals bekkenfysiotherapeuten. Het doel is om elkaar bij specifieke vragen op het gebied van bekkenpijn via korte lijnen te kunnen raadplegen. Ze maken gebruik van een digitaal beveiligd chat-systeem, Siilo, en kunnen elkaar op hele korte termijn advies geven. Op dit moment zijn alle specialisten in de groep gericht op (chronische) bekkenpijn, maar ze kunnen zich voorstellen dat de werkwijze op veel breder gebied kan worden ingezet.



*Fetske Hogen Esch,
bekkenfysiotherapeut*



*Grietje Vander Mijnsbrugge,
chirurg*



*Alec Malmberg,
gynaecoloog*



*Anke Verzijden,
anesthesioloog/pijnspecialist*



*Jorinde van Laanen,
vaatchirurg*



*Erik Arendsen,
uroloog*



*Evelyn Guichelaar,
psycholoog*



*Zlatan Mujagic,
MDL-arts*

Fetske Hogen Esch, bekkenfysiotherapeut, en Grietje Vander Mijnsbrugge, colorectaal chirurg, namen het initiatief. Al snel groeide de groep, die nu bestaat uit acht specialisten vanuit diverse disciplines. Dit keer niet multidisciplinair binnen één zorginstelling, maar interdisciplinair verspreid over het hele land. Ze spreken met één stem. Het gaat hen om het mengen van hun gezamenlijke kennis en kunde om de patiënt verder te helpen. Ze maken daarbij gebruik van de Siilo-app, die medici gebruiken om veilig informatie uit te wisselen, om elkaar te raadplegen over patiënten met complexe klachten. Prisma is een vergelijkbaar systeem voor huisartsen om vragen te stellen aan gynaecologen. Er loopt een onderzoek door ZonMw of dit kostenbesparend werkt. Voor beide apps moet een zorgverlener BIG-geregistreerd zijn.

'We zijn een transdisciplinaire en centrum overstijgende groep. We zochten elkaar op vanwege de specifieke expertise, ongeacht waar de ander werkt. Vaak heeft één iemand net die specifieke kennis die je nodig hebt. Ook zonder dat je het hele team erbij hoeft te hebben kun je elkaar opzoeken en bevragen. Al leert iedereen graag van elkaar.'

DOEL

'Ons doel is patiënten vlug verder te kunnen helpen zonder dat het over vele schijven loopt. Ook hebben we kennis over de aanwezigheid van vakmensen in onze eigen regio, zodat we sneller naar elkaar kunnen verwijzen. Dit mede, omdat we korte lijnen hebben en het niet via secretariaten loopt. We sturen een appje en er komt antwoord. Ook proberen we bijvoorbeeld een netwerk te vormen met duidelijke communicatielijnen, zoals tussen het UMC Groningen en het Antonius Ziekenhuis in Sneek. We proberen dat ook in Enkhuizen. Je kunt gemakkelijker met elkaar overleggen en voorkomt dubbel werk. Zo kunnen we patiënten snel doorverwijzen en worden ze sneller en beter geholpen.'

VERBINDING

'We zijn allemaal bevlogen om patiënten vooruit te helpen en bevragen elkaar vanuit gelijkwaardigheid en respect. Dat is een hele prettige manier van samenwerking. We hebben een veilig team dat laagdrempelig communiceert en dat komt de kwaliteit van zorg absoluut ten goede. Wat we ook doen: als iemand naar een congres is geweest en we daar iets interessants hoort, of we lezen een goed artikel, dan delen we dat in de groep. Zo delen we kennis en helpen elkaar groeien. Bij complexe problemen proberen we samen een veilige plek voor de patiënt te creëren zonder dat de patiënt daarbij van het ene ziekenhuis naar het andere hoeft te gaan. We hebben niet te maken met allerlei regeltjes en hordes die je moet nemen. De evaluatie met de patiënt is essentieel. Je kan overleggen met elkaar, maar beslissen doe je samen met de patiënt.'

OPZET

'De Alchemisten zijn ontstaan om snel te kunnen schakelen met andere disciplines, expertise te delen en dat doen we om patiënten snel te kunnen helpen. De patiënten die we in de

groep bespreken hebben vaak al een lange weg afgelegd en desondanks is het onduidelijk waar de klacht vandaan komt. Dan gaan wij puzzelen: Ik heb dit gezien en weet eigenlijk niet zo goed wat te doen, willen jullie met me meekijken? Je kunt ook iets bijzonders dat je meemaakte, met elkaar delen om te illustreren wat je tegen kan komen zodat de anderen die problematiek eerder herkennen. Je komt soms ongewone problemen tegen en hier kun je veilig met elkaar van gedachten wisselen en kun je vanuit verschillende invalshoeken advies krijgen. Van elkaars inzichten leer en groei je. Door die adviezen hoeft die patiënt niet naar een andere arts, waardoor reiskosten, tijd en zorgkosten worden bespaard, en bovenal, de patiënt beter geholpen wordt. We hopen zover te komen dat ook huisartsen en andere collega's vragen kunnen stellen binnen het team, zodat wij als een soort vierdelijns adviesgroep geraadpleegd kunnen worden door andere hulpverleners of door een patiëntenorganisatie met een specifieke vraag.

TOEKOMST

'Wij hebben nu een netwerk voor de complexe bekkenbodempijn en het is echt puzzelen wat we wel of niet moeten onderzoeken. Patiëntenorganisaties zoals Bekkenbodem4All kunnen ook een beroep doen op de Alchemisten. Er zijn natuurlijk wel infolijnen, carrouselpoli's en multidisciplinaire overleggen. Maar daar is vaak veel tijd mee gemoeid. Wij zijn mensen die niet van regeltjes houden en ook niet van overbodige administratie. De groep is vakoverstijgend en doelgericht. Als een arts er in de lokale carrousel of multidisciplinaire overleggen niet uitkomt dan kun je de alchemisten benaderen. Dat is de toekomst. Misschien is het fijn om er op enig moment iemand vanuit de Stichting B4A bij te betrekken. Maar ik denk dat we eerst verder moeten definiëren wie we zijn en waar we voor staan. Dan zou er eventueel een patiëntenorganisatie bij kunnen komen. Een aantal van ons kent elkaar vooralsnog alleen nog maar via de app-groep en via ZOOM. Toch voelen we ons een eenheid. We spreken elkaars taal en doen dat met één stem.'

Alchemie is een oude natuurfilosofie die voorkomt in verschillende culturen. Alchemisten poogden goud en andere edele metalen te produceren en zochten naar de steen der wijzen. Andere alchemisten zagen deze praktijken als bijproduct bij de zoektocht naar hun eigen innerlijke verandering.

15 FILMPJES OVER DE BEKKENBODEM

Tijdens de Nationale Gezondheidsbeurs is het altijd de meest gestelde vraag van bezoekers bij de Bekkenbodem4All-stand: heeft u ook voorbeelden van bekkenbodemoefeningen? Tot voor de Corona-crisis verwezen we daarvoor altijd door naar de huisarts en de bekkenfysiotherapeut. Vorig jaar zijn we daar toch anders over gaan denken. Deze zorg is immers minder goed toegankelijk geworden. Wij zien ook steeds meer video's op YouTube verschijnen, waarbij soms wat onverantwoorde oefeningen door zelfverklaarde experts worden gegeven.

Daarom hebben we in afstemming met de NVFB en samen met bekkenfysiotherapeut Petra van Nierop 15 korte video's opgenomen. Rode draad is de beleving van de patiënt die (letterlijk) centraal staat, bedoeld om mannen en vrouwen op weg te helpen om meer contact met hun bekkenbodem te krijgen:

- Waar zitten de bekkenbodemspieren bij mannen en vrouwen en wat doen ze?
- Wat moet u doen bij plassen en poepen?
- Hoe kunt u de bekkenbodemspieren leren kennen en oefenen?
- Op welke manier werkt de bekkenbodem samen met de ademhaling en kunt u die inzetten in het dagelijks leven?
- Wat kunt u zelf doen om je bekkenbodem in een goede conditie te houden?
- En wat kan de bekkenfysiotherapeut voor u betekenen?

U vindt de video's op de www.bekkenbodem4all.nl
<https://bekkenbodem4all.nl/nieuw-videos-met-bekkenbodemoefeningen-op-onze-website/>



1. Bekkenbodem4All



2. Fysio team Voorburg



3. Wat doet een bekkenfysiotherapeut?



4. Echo



5. Bekkenbodem man



6. Plassen vrouw



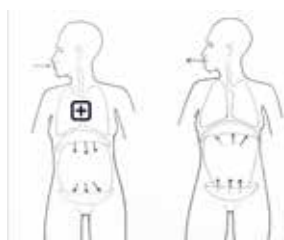
7. Plassen man



8. Bekkenbodem spieren



9. Hoesten/niezen



10. Ademhaling



11. Uitleg Poepen



12. Oefeningen

PIJN

Pijn. Pijn in mijn buik
Het is een gevoel
en niemand begrijpt
wat ik daarmee bedoel.

Pijn in mijn rug
Een steek door mijn lijf
Pijn in mijn bekken
Terwijl ik dit schrijf.

Waarom heb ik die pijn?
Waar komt het vandaan?
Moet ik er mee leven?
Hoe kan ik het laten gaan?

Wie wil mij helpen?
Ik stel me niet aan
Ik wil deze pijn
Helemaal laten gaan.





TENA®



Actieve dagen & Ontspannen nachten



24 uur optimaal beschermd

Het TENA assortiment heeft een ruime keuze aan incontinentieproducten voor vrouwen. TENA Discreet draagt comfortabel & discreet bij een actief leven overdag. TENA Discreet Night, een langer verband met bredere achterzijde, biedt optimale bescherming bij een liggende houding en draagt zo bij aan een ontspannen nachtrust.

Meer weten? Kijk op TENA.nl voor o.a. bekkenbodemoefeningen
Zelf ervaren? Vraag op TENA.nl een gratis proefpakket aan

www.TENA.nl