



**Vereniging Bewegingsleer Cesar**

**RICHTLIJN Cesar &**

**urine-  
INCONTINENTIE**



**Vereniging Bewegingsleer Cesar**  
 beroepsvereniging van Oefentherapeuten Cesar  
 Per 1 juli 2004 opgegaan in de  
 Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

## © Copyright

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de VBC

**MEDEWERKERS RICHTLIJN VBC****Redactie**

Mw drs H.C. Hasper

**Leden VBC-werkgroepen**

Zie onder bij NPi

**Patiëntenorganisatie**

Zie onder bij NPi

**Project richtlijn-registratie VBC**

70 praktijken OT Cesar 1998-2000

**Statistische bewerking**

Gegevens richtlijn-registratie VBC: dr R.H. Wimmers

**Algemene Leden Vergadering VBC**

juni 2003 eind concept

**Begeleiders VBC werkgroep Kwaliteit**

Mw W.T. Verburg-Bleeker

**URINE-INCONTINENTIE****MEDEWERKERS NEDERLANDS PARAMEDISCH INSTITUUT (Npi) richtlijnrapport** © NPi+VBC**Projectmedewerkers NPi**

Mw dr M.P. Jans, projectleider

Mw drs M. Mellink (Oefentherapeut Cesar/ bewegingswetenschapper), medewerker tot 1-12-1999

Mw drs H.W.A. Wams, begeleiding/directie

prof dr R.A.B. Oostendorp, begeleiding/directie

**Externe deskundigen klankbordgroep**

Mw K. Jacobs (Oefentherapeut-Mensendieck, coördinator bekkenbodembodemcursus voor Oefentherapeuten Cesar en Oefentherapeuten-Mensendieck)

Drs E.J. Messelink (uroloog in Academisch Medisch Centrum te Amsterdam)

Mw drs C.M. Salvatore (gynaecoloog in Academisch Medisch Centrum te Amsterdam)

Mw prof.dr A.L.M. Lagro-Janssen (huisarts, betrokken bij NHG-standaard urine-incontinentie)

**VBC-leden klankbordgroep NPi**

Mw M.B. ten Brinke

Mw J.T.M. Ernst

Mw M. Chardon

Mw M.M.M.I. Peskens

Mw P.A.M. Stap-Pennock

**VBC-leden richtlijn-evaluatie NPi**

Mw M.H. van Rooijen

Mw G.M.E. Sonneveld

Mw J.M. de Graaf

Mw T.G. Kreulen

Mw H.C.H. van der Meer

Mw S.O. Wildschut

Mw A.A.W.M. van den Hout

Mw T.H. Raue

Mw W. Stap-Lyzenga

Mw A.M.E. van de Weerdhof

Mw J. Schat

Mw T.A.M. Talsma

Mw A.M. Wijnsma-Schuin

Mw A. Ringelings

Mw M.C.S. Bar-Beunke

Mw H. Vos

**Contactpersonen VBC werkgroep Kwaliteit**

Mw M.J.H. van Dijk (voorzitter)

**ADRESSEN****Nederlands Paramedisch Instituut (Npi)**

Postbus 1161; 3800 BD Amersfoort

tel: 033 - 421 61 00 fax: 033 - 421 61 90

e-mail: NPi@paramedisch.org internet: www.paramedisch.org

**Informatie-sites internet**

www.urine-incontinentie.nl

www.npcf.nl

www.medistart.nl

## Inhoud

	<b>LEESWIJZER</b>	<b>4</b>
<b>DEEL 1</b>	<b>LITERATUUR</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Definitie, epidemiologie, etiologie, fysiologie</b>	<b>6</b>
1.1	Definitie	
1.2	Epidemiologie	
1.3	Fysiologie	
1.4	Etiologie	
<b>2</b>	<b>Risicofactoren en problematiek</b>	<b>9</b>
2.1	Risicofactoren	
2.2	Problematiek	
<b>3</b>	<b>Diagnostiek, beloop en behandeling</b>	<b>10</b>
3.1	Diagnostiek	
3.2	Natuurlijk beloop en prognose	
3.3	Behandeling	
<b>DEEL 2</b>	<b>BEROEPSINHOUDELIJK GEDEELTE</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>Verwijzing</b>	<b>16</b>
4.1	Verwijsindicaties	
4.2	Aantal behandelingen / Behandelduur	
4.3	Eerdere Behandelingen	
4.4	Patëntgerichte Behandelaspecten	
4.5	Verwijsinformatie	
<b>5</b>	<b>Klachten</b>	<b>18</b>
5.1	Functie/structuur	
5.2	Vaardigheden	
5.3	Participatie	
<b>6</b>	<b>Onderzoek</b>	<b>20</b>
6.1	Anamnese	
6.2	Onderzoek	
6.3	Analyse en Conclusies	
<b>7</b>	<b>Behandeling</b>	<b>26</b>
7.1	Aangrijpingspunten	
7.2	Behandeldoelen	
7.3	Behandelplan	
7.4	Informatie, advies en begeleiding	
7.5	Verslaglegging en rapportage	
7.6	Groepsbehandeling	
<b>DEEL 3</b>	<b>CIJFERS BEROEPSUITOEFENING</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>Cijfermatige gegevens</b>	<b>34</b>
<b>9</b>	<b>Discussiepunten</b>	<b>35</b>
<b>DEEL 4</b>	<b>BIJLAGEN</b>	<b>39</b>
Bijlage 1	Samenvatting voor Patiënten	41
Bijlage 2	Samenvatting voor Verwijzers	45
Bijlage 3	Meetinstrumenten Specifiek	49
Bijlage 4	Samenvatting Literatuur Behandel-effecten	53
Bijlage 5	Bronnen / Literatuur	57
Bijlage 6	Afkortingen / Woordenlijst	61
Bijlage 7	Checklist Onderzoek en Behandelen	63
	Index	

## LEESWIJZER

De VBC - richtlijnen bestaan uit een **algemeen** en een **specifiek** gedeelte.

- N Het **algemene deel** wordt eenmalig uitgegeven.
- N De **specifieke delen** worden na ontwikkeling steeds bijgevoegd.
- N De **samenstellers** worden steeds in het COLOFON van de betreffende richtlijn vermeld.
- N **Hoofdstuk 1** in het algemene deel beschrijft de **procedure** volgens welke de richtlijnontwikkeling, de implementatie en de evaluatie van de VBC plaatsvindt.

*Zie voor nadere uitleg het algemene gedeelte.*

**De specifieke VBC - richtlijnen bestaan uit 4 delen.**

**Deel 1** geeft een samenvatting van de actuele stand van zaken van de beschikbare wetenschappelijke literatuur. Aldus kan elke beroepsbeoefenaar nagaan of zijn/haar kennis nog up to date is. Na implementatie en evaluatie kunnen nieuwe inzichten in volgende versies worden verwerkt.

Aanbevolen meetinstrumenten en testen afkomstig uit andere beroepenvelden, zijn opgenomen in bijlage 3.

Onderzoeksgegevens die betrekking hebben op de effecten van een behandeling met oefentherapie, zijn opgenomen in bijlage 4.

**Deel 2** geeft een beschrijving van de stand van zaken binnen de beroepsgroep, waar aangevuld met relevante nieuwe informatie uit deel 1.

**Deel 3** is nog onvolledig zolang de verzamelde cijfers nog in onvoldoende mate beschikbaar zijn. Eventuele beschikbaar komende gegevens kunnen op deze plaats worden ingevoegd.

**Deel 4** bestaat uit voor elke richtlijn aangepaste of t.z.t. nog aan te passen bijlagen; de nummering van de bijlagen start met 3.

**Uitwisseling met andere beroepsgroepen**

zie toelichting in algemeen deel

- \* Woorden met een sterretje (\*) worden toegelicht in bijlage 6.
- () De noten (cijfers tussen haakjes) verwijzen naar de literatuurlijst in bijlage 5.

## DEEL 1 LITERATUUR

**D**it deel is, evenals bijlage 4, voor deze richtlijn samengesteld door het NPi - zie de inleiding in het algemene deel - en overgenomen uit het volgende rapport:

"Rapport Richtlijnontwikkeling Oefentherapie Cesar bij patiënten met urine-incontinentie, onder leiding van M.P. Jans (projectleider); uitgave Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort, februari 2001; ISBN: 90-73054-97-4."

### Definitie

URINE-INCONTINENTIE is een aandoening waarbij onwillekeurig, objectief aantoonbaar, urineverlies optreedt met als gevolg een sociaal en/of een hygiënisch probleem.

De drie meest voorkomende vormen zijn: stress-incontinentie, urge-incontinentie en gemende urine-incontinentie (een combinatie van beide).

# 1 Definitie, epidemiologie, fysiologie, etiologie

## 1.1 Definitie

"De International Continence Society (ICS) definieert URINE-INCONTINENTIE als 'onwillekeurig urineverlies dat een sociaal of een hygiënisch probleem vormt en dat objectief kan worden aangetoond' (2)."

De drie meest voorkomende vormen van URINE-INCONTINENTIE zijn stress-incontinentie, urge-incontinentie en gemengde URINE-INCONTINENTIE (combinatie van stress- en urge-incontinentie).

### *Stress-incontinentie (inspanningsincontinentie)*

De ICS spreekt van stress-incontinentie als onwillekeurig urineverlies optreedt op momenten dat de intravesicale druk (blaasdruk) hoger is dan de maximale urethrale druk\* (afsluitdruk urethra), bij afwezigheid van een contractie van de m. detrusor (blaasspier) (3). "Het onwillekeurig urineverlies dat hiermee gepaard gaat heeft in min of meerdere mate invloed op de deelname van de persoon aan het sociaal-maatschappelijke leven (participatieproblemen)."

"De ICS maakt onderscheid in stress-incontinentie als een symptoom, als een uitingsvorm en als een lichaamsgesteldheid (3):

- URINE-INCONTINENTIE als een symptoom verwijst naar de klacht van de patiënt die aangeeft onwillekeurig urine te verliezen tijdens fysieke inspanning of een verhoogde intra-abdominale druk;
- URINE-INCONTINENTIE als een uitingsvorm verwijst naar de objectieve vaststelling van onwillekeurig urineverlies uit de urethra gedurende fysieke inspanning of situaties met een verhoogde intra-abdominale druk (bijvoorbeeld hoesten);
- URINE-INCONTINENTIE als een lichaamsgesteldheid verwijst naar de objectieve vaststelling van onwillekeurig urineverlies op momenten dat de intravesicale druk hoger is dan de maximale urethrale druk, bij afwezigheid van een contractie van de m. detrusor. Om deze lichaamsgesteldheid vast te stellen is urodynamisch onderzoek noodzakelijk (3)."

De klacht van de patiënt ongewenst urine te verliezen tijdens fysieke inspanning is volgens de ICIDH\* (Internationale Classificatie van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen) 'een beperking in de vaardigheid om op het juiste tijdstip en de juiste plaats urine te lozen'. Het vaststellen van het aflopen van urine synchroon aan de inspanning en het vaststellen van urineverlies tijdens intra-abdominale drukverhoging bij afwezigheid van een contractie van de m. detrusor zijn in termen van de ICIDH het vaststellen van 'stoornissen in het bewaren en lozen van urine' (1).

\* Opm. redactie: de ICIDH is intussen vervangen door de ICF: Internationale Classificatie van functie/structuur, vaardigheden en participatie.

### *Urge-incontinentie (aandrangincontinentie)*

Urge-incontinentie is het onwillekeurig urineverlies dat gepaard gaat met een sterke mictiedrang (4). Urge-incontinentie hangt meestal, maar niet altijd, samen met onwillekeurige, niet bewust te remmen contracties van de m. detrusor. De sterke mictiedrang hoeft niet altijd gepaard te gaan met urineverlies (4).

Urge-incontinentie kan worden onderverdeeld in motorische en sensorische urgeincontinentie (5). Bij motorische urge-incontinentie is er sprake van een mictiedrang gepaard gaande met ongeremde, onwillekeurige contracties van de m. detrusor. De blaas kan zich daarbij volledig ledigen. Bij sensorische urge-incontinentie is er geen sprake van ongeremde contracties van de m. detrusor, maar van hypersensitiviteit. Patiënten met sensorische urge-incontinentie hebben last van een abnormaal frequente mictie met vaak een klein mictievolume per keer (pollakisurie).

### *Gemengde urine-incontinentie*

Als een patiënt stress-incontinentie in combinatie met urge-incontinentie heeft wordt dit een gemengde urine-incontinentie genoemd (4). Meestal staat één van beide vormen op de voorgrond en dat bepaalt mede de strategie voor verder onderzoek en behandeling (4).

## 1.2 Epidemiologie \*

"Onwillekeurig urineverlies is een frequent voorkomend probleem." De geschatte prevalenties\* van URINE-INCONTINENTIE lopen uiteen van 5-53% bij vrouwen en 2-24% bij mannen (5). Deze variatie in prevalentiepercentages wordt verklaard doordat verschillende populaties werden onderzocht en er mogelijk verschillende definities voor URINE-INCONTINENTIE zijn gebruikt. "Er wordt geschat dat ongeveer 5% van de Nederlandse bevolking in min of meerdere mate last heeft van urine-incontinentie. Dit betekent dat er mogelijk 800.000 Nederlanders van vijf jaar en ouder incontinent voor urine zijn (6,7)." In verpleeghuizen liggen de prevalentiepercentages

veel hoger. Van de bewoners met een lichamelijke handicap blijkt 45% incontinent te zijn. Bij psychogeriatrische patiënten is dit 70% (8). Minder dan de helft van de mensen met URINE-INCONTINENTIE gaat met deze klacht naar de huisarts of specialist (4,5,9).

#### *Stress-incontinentie*

Prevalenties van stress-incontinentie variëren tussen 8-35% bij vrouwen (9-12) en 2-3% bij mannen (9,12). Bij vrouwen is stress-incontinentie de meest voorkomende vorm van urine-incontinentie. Van alle vrouwen met URINE-INCONTINENTIE heeft 49% stress-incontinentie.

Bij mannen ligt dit percentage op slechts 8% (5).

#### *Urge-incontinentie*

Urge-incontinentie komt voor bij 18% van de vrouwen en bij 12% van de mannen (12).

Bij mannen is urge-incontinentie de meest voorkomende vorm van URINE-INCONTINENTIE. Van alle mannen met URINE-INCONTINENTIE heeft 73% urge-incontinentie.

Bij vrouwen ligt dit percentage op 22% (5).

#### *Kosten*

"De kosten van incontinentie-materiaal nemen explosief toe (13). In 1994 werd 135 miljoen gulden (ruim 61 miljoen euro) uitgegeven aan incontinentiemateriaal (14)."

Tabel 1 Vóórkomen van URINE-INCONTINENTIE

	<b>totaal, waarvan:</b>	<b>stress-incontinentie</b>	<b>urge-incontinentie</b>
<b>mannen</b>	2-24%	8%	73%
<b>vrouwen</b>	5-53%	49%	22%

### 1.3 Fysiologie

#### 1.3.1 Het continentie-mechanisme voor urine

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

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

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

"De dikte van de tunica mucosa en de mate van zwelling van de tunica spongiosa bepalen de intrinsieke diameter van de urethra en zijn verantwoordelijk voor ongeveer een derde deel van de druk in de urethra. De tunica muscularis, bestaande uit een binnenste laag gladde spiervezels (m. sfincter internus) en een buitenste laag dwarsgestreepte spiervezels (m. sfincter externus), levert door de spierspanning een actieve bijdrage aan het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme."

"Bij een normale lichaamshouding en stand van het bekken treedt bij verhoogde intra-abdominale druk een verhoging van de urethrale druk op als gevolg van de verhoogde activiteit van de gladde spiervezels van de urethrawand door sympathische prikkeling (15)."

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

De bekkenbodemspieren dragen bij aan de continentie (door afsluiting van de urethra), aan de mictie (door ontspanning van de spieren) en aan de ondersteuning van organen zoals de blaas en de uterus. "Het aanspannen van de bekkenbodemspieren gedurende inspanning levert een actieve extrinsieke ondersteuning van het urethraal afsluitmechanisme. Het dalen of verplaatsen van de blaashals en de urethra wordt erdoor voorkomen, waardoor de urethra, bij toename van de intra-abdominale druk op de bekkenbodem, kan worden dichtgedrukt (15,16)."

"Gedurende inspanning wordt de afsluitdruk in de urethra voor 60% bepaald door het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme en voor 40% door de actieve extrinsieke ondersteuning van de bekkenbodemspieren (15)."

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

Bij een normale fysiologische blaasfunctie treedt bij een (voor volwassenen) kritische blaasvulling van 300 tot 400 ml een mictiereflex op door prikkeling van sensoren in de blaaswand. Er

ontstaat een contractie van de m. detrusor\* en een ontspanning van de m. sfincter internus. De mictie zelf staat onder een aangeleerde willekeurige controle. De mictiereflex kan geremd worden door een verhoogde tonus van de m. sfincter externus en de bekkenbodemspieren. De mictiedrang neemt af. Na verloop van tijd komt de mictiedrang echter in iets heviger mate terug door de toegenomen blaasvulling. Indien nodig kan de activiteit van de m. detrusor opnieuw worden afgeremd. Het onderdrukken van de mictie blijft bij herhaling mogelijk. De m. detrusor is zeer rekbaar en de blaas kan wel zeven deciliter of meer bevatten. De drang tot urineren wordt echter bij iedere volgende gewaarwording van urgentie heviger.

De mictie wordt willekeurig voorbereid door de wil tot actie over te gaan. Het gevolg is dat er minder remming van de m. detrusor plaatsvindt. Voor het op gang brengen van de mictie is echter nog een tweede mechanisme noodzakelijk, namelijk de willekeurige ontspanning van de bekkenbodemspieren. Door het ontspannen van de bekkenbodemspieren neemt de activiteit van de m. detrusor toe. De mictiereflex vangt aan en de urine stroomt door de blaashals. Dit veroorzaakt de duurcontractie van de m. detrusor. Bovendien blijven de bekkenbodemspieren gedurende de mictie reflectoïr ontspannen door de reciproke invloed van de activiteit van de m. detrusor.

#### 1.4 Etiologie \*

##### *Stress-incontinentie*

"Stress-incontinentie kan ontstaan door dysfunctie van zowel het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme als van het extrinsiek ondersteunend en afsluitend mechanisme of van een combinatie van beide."

"Dysfunctie van het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme kan het gevolg zijn van atrofie van de tunica mucosa en spongiosa (bijvoorbeeld postmenopauzaal) of van een gestoorde functie van de tunica muscularis (bijvoorbeeld als gevolg van prostatectomie) (17,18)."

"Dysfunctie van het extrinsiek ondersteunend en afsluitend mechanisme kan het gevolg zijn van zwakte van de bekkenbodemspieren door inactiviteit of verkeerd gebruik en/of beschadiging van de lokale zenuwvezels van de bekkenbodem en/of beschadiging van het steunapparaat (bijvoorbeeld als gevolg van een bevalling met langdurige uitdrijving) (19-25)." Ook een aanleg voor een slap of zwak steunapparaat kan leiden tot dysfunctie. "Als gevolg van dysfunctie van de bekkenbodemspieren kan bij inspanning een tekort ontstaan aan actieve ondersteuning van het urethraal afsluitmechanisme en kan een abnormaal dalen van de bekkenbodem en hypermobiliteit van urethra en blaashals optreden. Dit gaat gepaard met een verstrijken van de urethro-vesicale hoek, waardoor de overdracht van de intra-abdominale druk op de urethra niet kan plaatsvinden (26,27)."

Bij mannen komt stress-incontinentie meestal voor bij een deficiëntie van de m. sfincter internus als gevolg van operatieve ingrepen (transurethrale resectie van de prostaat of prostatectomie), bestraling of neurologische aandoeningen (18,28).

##### *Urge-incontinentie*

Veelal is onduidelijk waardoor dysfunctie van de m. detrusor wordt veroorzaakt (29). Bij jonge vrouwen wordt zelden een organische oorzaak van de urge-incontinentie gevonden (30). Aandoeningen van het centrale zenuwstelsel (CVA, multiple sclerose), dwarslaesie, HNP, prostaathypertrofie, cystitis en een verminderde contractiliteit van de m. detrusor kunnen de oorzaak zijn van urge-incontinentie (4). Ook een prostatectomie kan gevolgd worden door urge-incontinentie als gevolg van een instabiele m. detrusor (30). Door Dijkstra e.a. (29) wordt een psychologische verklaring van 'aangeleerde hulpeloosheid' voor urge-incontinentie gegeven. De ervaring dat iemand soms niet in staat is de urine op te houden kan leiden tot de overtuiging geen of weinig controle over de blaas te hebben, waardoor angst voor urineverlies ontstaat. Die angst kan vervolgens leiden tot een stijging van de blaasdruk, waardoor de aandrang eerder gevoeld wordt dan normaal. Vaker aandrang betekent een grotere kans op urineverlies, waardoor de overtuiging geen controle te hebben over de blaas wordt versterkt. De patiënt die uit voorzorg vaker gaat plassen wordt beloond met het afnemen van de angst voor urineverlies. Tegelijkertijd leert de patiënt dat de blaascapaciteit te klein zou zijn. Het gedragspatroon ontstaat vaker bij vrouwen die zich over het algemeen al niet opgewassen voelen tegen de omstandigheden en geneigd zijn tot somatiseren en bij vrouwen met stress-incontinentie, na een blaasontsteking of enuresis nocturna (bedwateren).

## 2 Risicofactoren en problematiek

### 2.1 Risicofactoren

Er zijn in het NPi-rapport geen duidelijke risicofactoren aangegeven.

### 2.2 Problematiek

Het urineverlies kan samengaan met een verlies aan zelfvertrouwen, met het optreden van vermijdingsgedrag en met allerlei praktische beslomeringen, zoals tijd en plaats om te verschonen, het dragen van verband (62). URINE-INCONTINENTIE kan grote psychosociale gevolgen hebben en leiden tot een verminderde kwaliteit van leven (4,31,62).

#### *Stress-incontinentie*

Patiënten met stress-incontinentie hebben last van urineverlies op momenten van fysieke inspanning of een verhoogde intra-abdominale druk (bijvoorbeeld tillen, sporten, hoesten, niezen). De hoeveelheid urineverlies kan per persoon variëren (straal, scheutjes, druppels).

#### *Urge-incontinentie*

Bij urge-incontinentie treedt het urineverlies op na heftige aandrang (4). De mictie kan niet meer onderbroken worden nadat deze eenmaal in gang is gezet. Urge-incontinentie heeft in het algemeen een grotere invloed op de kwaliteit van leven van patiënten dan stress-incontinentie, omdat het urineverlies veel onvoorspelbaarder is (31,62).

Bij patiënten met motorische urge-incontinentie contraheert de m. detrusor\* onwillekeurig, doordat de mictiereflex onvoldoende geïnhibeerd wordt. De aandrang is vaak zo heftig dat het toilet niet op tijd bereikt kan worden. Patiënten met sensorische urge-incontinentie zijn vaak overgevoelig voor prikkels die de mictieurgentie opwekken. Door spanning of angst kan er sprake zijn van een versterkte prikkelrespons relatie, waardoor de patiënt minder inhibitie kan hebben van de mictiereflex. Meestal is er sprake van een verhoogde mictiefrequentie, een klein mictie-volume en nycturie (verhoogde urinelozing 's nachts) (30,34). Door te veel aandacht aan de klacht te besteden kan ieder gevoel in de blaas door de patiënt vertaald worden in mictiedrang.

Tabel 2 Optreden van urineverlies

#### urineverlies treedt op bij

<b>Stress-incontinentie</b>	bij fysieke inspanning zoals tillen, sporten, hoesten, niezen
<b>Urge-incontinentie</b>	op onvoorspelbare momenten na heftige aandrang; bij spanning of angst

## 3 Diagnostiek, beloop en behandeling

### 3.1 Diagnostiek

De diagnose URINE-INCONTINENTIE en de aard van de URINE-INCONTINENTIE (stress- of urge-incontinentie of gemengde urine-incontinentie) worden vastgesteld door de huisarts of specialist. In 1995 zijn er voor huisartsen richtlijnen voor het onderzoek en de behandeling van patiënten met URINE-INCONTINENTIE geschreven (NHG-standaard incontinentie voor urine) (30).

De huisarts verricht het eerste medische onderzoek. De anamnese neemt een zeer belangrijke plaats in. Bij vrouwen kan de huisarts tevens een gynaecologisch onderzoek verrichten. Daarbij wordt beoordeeld of er sprake is van atrofie van de vulva of het epitheel van de vagina, een cystocèle (blaasbreuk of blaasverzakking), een descensus van de uterus (verzakking van de baarmoeder), een uterus myomatosus (goedaardig spierweefselgezwel in de uterus) of een tumor in de organen die bij de baarmoeder behoren. Door middel van een vaginaal toucher wordt een indruk verkregen van de mogelijkheid van de vrouw om de bekkenbodemspieren aan te spannen. Bij mannen kan met een rectaal toucher de grootte, consistentie en drukpijnlijkheid van de prostaat beoordeeld worden (30).

Een specialist (uroloog, gynaecoloog) heeft de mogelijkheid aanvullend urodynamisch onderzoek te verrichten. Het urodynamisch onderzoek is een functieonderzoek van de blaas, de sfincters en de urinewegen. Volgens de NHG-standaard is verwijzing voor urodynamisch onderzoek voorafgaand aan conservatieve behandeling niet nodig. Dit houdt verband met het feit dat er relatief grote overeenstemming is tussen de bevindingen door de huisarts tijdens de anamnese en de bevindingen door de specialist bij urodynamisch onderzoek (30). Soms kunnen door middel van urodynamisch onderzoek onderliggende oorzaken opgespoord worden en kan een beter onderscheid gemaakt worden tussen stress-incontinentie en urge-incontinentie.

Overige tests die worden toegepast zijn (8,17):

- het mictiedagboek;
- de verbandtest (het meten van de hoeveelheid urineverlies);
- de pessarium test (na inbrenging van een pessarium wordt bekeken of er geen urine meer afloopt tijdens hoesten en persen; het aflopen van urine wijst op stress-incontinentie).

### 3.2 Natuurlijk beloop en prognose

#### *Natuurlijk beloop*

Over het natuurlijk beloop van URINE-INCONTINENTIE is zeer weinig bekend (5,30). In een onderzoek in Nieuw-Zeeland werd gevonden dat in een periode van vier jaar bij 13% van de vrouwen met URINE-INCONTINENTIE de klacht spontaan verdwenen was (5). In een ander onderzoek werd een hoger spontaan herstel gevonden, namelijk 12% per jaar bij incontinentie vrouwen boven de 60 jaar (5).

#### *Prognostische factoren bij stressincontinentie*

"Inzicht in prognostische factoren is van belang voor een inschatting van de mate en snelheid van herstel."

"In een onderzoek onder 60 vrouwen met URINE-INCONTINENTIE bleken leeftijd, ernst van urineverlies en chirurgische voorgeschiedenis significante prognostische factoren te zijn (35). Jonge patiënten met milde en matige vormen van incontinentie zonder mislukte operatie in hun geschiedenis waren degenen met de beste positieve respons op diverse oefentherapeutische behandelvormen (35). Echter in andere soortgelijke onderzoeken werden deze resultaten niet bevestigd (36,37). Het aantal zwangerschappen en het gewicht blijken geen prognostische factoren te zijn." "Vrouwen die nog niet in de menopauze zijn en vrouwen met milde of kortdurende klachten hebben de grootste kans op herstel (38). In een ander onderzoek is daarentegen gevonden dat patiënten met een positieve respons wat ouder waren, enig overgewicht hadden en ernstiger en langduriger symptomen hadden, dan patiënten met een negatieve respons (39)." Uit een onderzoek in de Nederlandse huisartspraktijk blijkt dat het slagen van de therapie samenhangt met de therapietrouw, de ernst van de klachten en de mate waarin de vrouw zich psychisch gehinderd voelt door het urineverlies (63).

"De *conclusie* uit deze tegengestelde resultaten moet zijn dat er (tot nu toe) nauwelijks klinische prognostische factoren zijn te identificeren met betrekking tot een positieve respons. Pogingen om urodynamische factoren met een voorspellende waarde voor succes van oefentherapie aan te geven, leidden tot dezelfde mate van verwarring (40)."

"Het *succes van oefentherapie* is, naast de evaluatie van de ernst van stress-incontinentie, de duur van de klacht, het moment waarop stress-incontinentie optreedt (postpartum, pre- of postmenopauzaal), operatieve behandeling, de leeftijd en de algemene conditie van de patiënt, mede *afhankelijk* van de intensiteit van de behandeling, de begeleiding, het enthousiasme van de therapeut en de motivatie van de patiënt (39,41)."

### 3.3 Behandeling

#### 3.3.1 Behandelcategorieën

De drie belangrijkste categorieën van behandeling van patiënten met urineincontinentie, die hierna worden besproken, zijn:

- 1 het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren en blastraining;
- 2 de medicamenteuze behandeling;
- 3 de operatieve behandeling.

De eerste keuze is meestal de minst invasieve behandeling met de minste bijwerkingen (4).

##### *1 Het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren en blastraining*

Hiertoe behoren de volgende interventies (4):

- het instellen van een toiletregime, dat wil zeggen dat de patiënt volgens een vast tijdschema naar het toilet gaat of gebracht wordt (met name voor patiënten die voor toiletbezoek afhankelijk zijn van zorgverleners);
- blaastraining (het leren uitstellen van de mictie en het vergroten van de blaascapaciteit);
- het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren door bekkenbodemspieroefeningen, voorlichting en begeleiding;
- biofeedback (audiovisuele informatie verschaffen over de activiteit van de bekkenbodemspieren door middel van een vaginaal of rectaal ingebrachte elektrode of registrar);
- elektrostimulatie (door prikkeling een motorische respons induceren, hetgeen kan bijdragen tot een beter bewustzijn van een correcte contractie van de bekkenbodemspieren);
- vaginale cones (zie § 3.3.2 / 3)

Tabel 3 Interventies bekkenbodemspieren / blastraining

N	toiletregime
N	blaastraining
N	bekkenbodemspieroefeningen
N	biofeedback
N	elektrostimulatie
N	vaginale cones

Voor deze interventies kan de arts patiënten met URINE-INCONTINENTIE verwijzen naar een Oefentherapeut of fysiotherapeut.

Deze interventies leiden bij de meeste patiënten tot een vermindering van de frequentie van URINE-INCONTINENTIE, hebben geen gerapporteerde bijwerkingen en leveren geen beperking op voor andere behandelingen in de toekomst (zie § 3.3.2) (4).

##### *2 Medicamenteuze behandeling*

Bij postmenopauzale vrouwen met stress-incontinentie kan een disfunctie van het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme worden veroorzaakt door een verandering in de hormonale status. Bij uitblijven van volledig herstel door middel van bekkenbodemspieroefeningen kan een combinatie van oefentherapie met medicamenteuze therapie (oestrogenen) worden overwogen (1).

De NHG-standaard URINE-INCONTINENTIE geeft aan dat bij stress-incontinentie met vaginale atrofie behandeling met oestrogenen geprobeerd kan worden (30). Andere medicatie is volgens de NHG-standaard niet zinvol bij stress-incontinentie. Volgens de NHG-standaard zijn er weinig effect van geneesmiddelen (spasmolyticum, estriol) bij patiënten met urge-incontinentie, terwijl er een aanzienlijke kans is op bijwerkingen (30).

##### *3 Operatieve behandeling*

Een operatieve behandeling is meestal gericht op verbetering van het transmissiemechanisme door elevatie van de blaashals en wordt vooral toegepast bij vrouwen met stress-incontinentie (30). De drukoverdracht van de buikholte op het lumen van de proximale urethra kan daardoor adequater plaatsvinden. Bij mannen met stress-incontinentie kan eventueel een sfincterprothese rond de urethra geplaatst worden. Over de effectiviteit van chirurgie bij stress-incontinentie heerst veel onduidelijkheid. Ook blijken de lange-termijn effecten minder succesvol te zijn dan werd aangenomen (32). Er zijn geen effectieve operatieve behandelingen bij patiënten met urge-incontinentie (33).

### 3.3.2 Verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren en blaastraining

#### 1 *Het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren bij patiënten met stress-incontinentie*

In nationale en internationale richtlijnen over de behandeling van patiënten met URINE-INCONTINENTIE wordt aangeraden om bij alle vormen van stress-incontinentie te beginnen met het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren (4,30). De reden voor deze aanbeveling is het feit dat bij de meeste patiënten het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren voldoende bevredigend resultaat oplevert, waardoor een operatief ingrijpen kan worden vermeden (42). Indien bij onvoldoende resultaat toch tot een operatie wordt besloten, heeft door voorafgaande oefentherapie intussen een verbetering van de proprioceptie van de bekkenbodemspieren plaatsgevonden. Dit laatste kan positief bijdragen aan het herstel na de operatie en het risico van postoperatieve complicaties verminderen (3). Ook wordt oefentherapie voorafgaand aan een operatie in het urogenitale gebied geadviseerd ter voorkoming van postoperatieve complicaties.

De belangrijkste (functionele) doelstelling van het oefenen van de bekkenbodemspieren is een optimale functie van de bekkenbodemspieren tijdens dagelijkse houdingen en bewegingen en dagelijkse activiteiten (werk, sport).

"De theoretische doelstelling voor het oefenen van de bekkenbodemspieren is de verbetering van het extrinsiek ondersteunend en afsluitend mechanisme, waardoor tevens een positief effect op het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme wordt uitgeoefend. Het oefenen geeft versterking van de periurethrale spieren en van de bekkenbodemspieren. Door de bekkenbodemspieren aan te spannen ontstaat een vernauwing van de urethra, waardoor tijdens een abrupte drukverhoging in de buik of blaas urineverlies kan worden voorkomen. Tevens worden de organen in het bekken ondersteund door aanspanning van de bekkenbodemspieren (32)."

"Het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren begint met het bewust leren aanspannen van de bekkenbodemspieren. Het selectief kunnen aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren vormt een belangrijk aspect van dit bewustwordingsproces. Voorwaarde voor effectieve verbetering door bekkenbodempieroefeningen is het steeds correct contraheren van de bekkenbodemspieren. Versterking van de bekkenbodemspieren treedt op na een regelmatig, intensief en langdurig oefenprogramma (43-45)."

"De verbetering van de absolute kracht en het uithoudingsvermogen van de bekkenbodemspieren biedt op zichzelf nog geen garantie voor een correct functioneren van het continentiemechanisme. Hiervoor is een opbouw nodig van geïsoleerde bewuste aanspanning tot aan het automatisch gebruik van de bekkenbodemspieren, ook tijdens dagelijkse houdingen en activiteiten (34)."

"Wallace geeft een voorbeeld van een adequaat oefenprogramma gericht op het verbeteren van de kracht van de bekkenbodemspieren (46). De bekkenbodemspieren bestaan uit twee typen spiervezels met verschillende functies: type I-spiervezels voor de langdurige contracties ten behoeve van het heffen/steunen en type II-spiervezels voor de snelle, kortdurende contracties ten behoeve van het sluiten. Zowel type I-spiervezels als type II-spiervezels worden geoefend met overload-strategieën. Type I-spiervezels worden getraind door contracties van vijf à vijftien seconden uit te voeren, type II-spiervezels door snelle contracties van één à twee seconden. De oefenseries (vijf tot dertig keer per serie) moeten zo vaak gedaan worden dat spiervermoeidheid in de bekkenbodem optreedt. Het oefenen vindt één à twee maal per dag plaats. Voorzichtigheid is geboden ter vermindering van overbelasting."

"Huiswerk oefeningen vormen een essentieel onderdeel van het oefenprogramma. Motivatie van de patiënt en de therapeut zijn belangrijke voorwaarden voor het genereren van succes van de therapie (43,47)."

Bekkenbodempieroefeningen hebben een positief effect op het onvrijwillig urineverlies als gevolg van stress-incontinentie bij vrouwen (4,43,47). Bij mannen met URINE-INCONTINENTIE is nog weinig onderzoek verricht over de effectiviteit van bekkenbodempieroefeningen (48). Uit recent onderzoek blijkt dat bekkenbodempieroefeningen een positief effect hebben op stress-incontinentie bij mannen na een prostatectomie (49).

"Het bepalen van de effectiviteit van bekkenbodempieroefeningen wordt gehinderd door een gebrek aan uniformiteit met betrekking tot de methodologische criteria die worden gehanteerd in de meeste wetenschappelijke onderzoeken (18,43)." Momenteel bestaat er nog geen overeenstemming over het meest adequate oefenprogramma wat betreft het aantal oefeningen, de frequentie en de intensiteit van oefenen, of over de minimale duur van dergelijke oefenprogramma's (43,47). "Verder onderzoek naar wat optimale oefenprogramma's zijn is nodig (43,46)."

#### 2 *Extensie-spijerketen*

"De bekkenbodem participeert in een extensie-spijerketen die gevormd wordt door voornamelijk de m. extensor hallucis longis, de m. biceps femoris, de m. obturatorius internus, de m. rectus abdominus, de m. obliquus abdominis internus en externus, de m. latissimus dorsi en de cervicale flexoren. De functie van de bekkenbodemspieren kan niet los gezien worden van het

functioneren van deze spierketen (34). Als deze spierketen slecht functioneert, functioneren ook de bekkenbodemspieren slecht. Spieren werken niet solistisch bij een bewegingsactie, maar werken na elkaar als in een reeks (intermusculaire coördinatie). Ze steunen, activeren of remmen elkaar af. Een reeks beweging wordt spierketen genoemd."

"De bekkenbodemspieren zijn links en rechts in het bekken via fasciabladen verbonden met de m. obturatorius internus. Als de m. obturatorius internus op spanning komt bij exorotatie van het been, zullen vervolgens de bekkenbodemspieren ook op spanning komen. De conclusie die getrokken kan worden is dat de bekkenbodemspieren de exorotatieketen nodig hebben om op spanning te komen. Aan de voorzijde zijn de bekkenbodemspieren verbonden met peesweefsel van de symfyse en fasciabladen van de buikspieren en aan de achterkant met peesweefsel van het os coccygis en fasciabladen van de thoracolumbale fascia. Ook is er een verbinding met de m. gluteus maximus. Het opvangen van de buikdruk kan alleen dan adequaat plaatsvinden wanneer spieren in de juiste ketens elkaar steunen en opspannen. In dit geval werken buik- en bekkenbodemspieren samen ten behoeve van drukopvang en helpen stabilisatoren van het bekken dit mogelijk te maken."

"Het niet optimaal functioneren van een spierketen kan bijdragen tot dysfunctie van de bekkenbodemspieren met URINE-INCONTINENTIE als gevolg. Het is dus van belang te analyseren waar zich de zwakke schakel in de spierketen bevindt."

### *3 Vaginal cones bij patiënten met stress-incontinentie*

"Het gebruik van vaginal cones kan eventueel dienen als hulpmiddel bij bekkenbodemspieroefeningen. De patiënt krijgt een set cones van gelijke omvang, maar met een stijgend gewicht per cone. Als onderdeel van het oefenprogramma brengt de vrouw tweemaal per dag de gekozen cone intravaginaal in volgens een vaste procedure en probeert vervolgens door haar bekkenbodemspieren aan te spannen de cone ongeveer 15 minuten vast te houden. Op deze wijze zouden de bekkenbodemspieren versterkt kunnen worden terwijl de patiënt gelijktijdig proprioceptieve feedback krijgt."

"Bij premenopauzale vrouwen varieert het succespercentage van deze behandeling tussen 68 en 79% (4,35,50,51)." De onderzoeken zijn van matige kwaliteit. Over het effect bij postmenopauzale vrouwen is weinig bekend (4). "Verder onderzoek naar de waarde van vaginale cones in de behandeling van patiënten met stress-incontinentie is nodig (43,52)." Een contra-indicatie voor het gebruik van vaginale cones is de aanwezigheid van een uterusprolaps (4).

### *4 Blaastraining bij patiënten met urge-incontinentie*

Blaastraining is een gedragsmatige interventie, waarvan het doel is dat de patiënt een langere tijdsperiode tussen twee micties en een groter urine-volume bereikt. De methode die meestal gebruikt wordt is die van Frewen (53), die als grondlegger van de blaastraining gezien kan worden. De patiënt leert het gevoel van mictiedrang te onderdrukken, de mictie uit te stellen en te urineren volgens een tijdschema (4). Het geven van voorlichting en adviezen over de controle van de blaas en over het uitstellen van de mictie (volgens een tijdschema) zijn hierbij belangrijk (33). De training kan enkele maanden duren. In deze periode geeft de therapeut positieve feedback om het nieuwe gedrag te bekrachtigen (4).

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat blaastraining bij vrouwen met urge-incontinentie effectiever is dan geen behandeling of een behandeling met medicijnen (4,33). Er zijn geen onderzoeken gevonden over de effectiviteit van blaastraining bij mannen met urge-incontinentie (48).

### *5 Het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren bij patiënten met urge-incontinentie*

In de internationale richtlijn over URINE-INCONTINENTIE worden bekkenbodemspieroefeningen in combinatie met blaastraining aangeraden als therapie voor zowel vrouwen als mannen met urge-incontinentie (4).

De theoretische verklaring van de wijze waarop bekkenbodemspieroefeningen kunnen werken bij patiënten met urge-incontinentie is nog niet voldoende duidelijk (33). Mogelijke verklaringen zijn (33,54):

- bekkenbodemspieroefeningen leiden tot een verandering in de activiteit van de bekkenbodemspieren, hetgeen automatisch leidt tot een afremming van de activiteit van de m. detrusor\*;
- de patiënt leert bewust de bekkenbodemspieren aan te spannen tijdens mictiedrang, waardoor de contractie van de m. detrusor wordt afgeremd (facilitatie van de detrusor inhibitie reflex).

Er is onvoldoende bewijs dat bekkenbodemspieroefeningen alleen of in combinatie met blaastraining effectief zijn bij vrouwen met urge-incontinentie (33). Dit is echter slechts beperkt onderzocht (33).

## 6 *Behandeling en begeleiding van patiënten met URINE-INCONTINENTIE in groepsverband*

Naast individuele therapie is ook behandeling in groepsverband mogelijk bij patiënten met URINE-INCONTINENTIE. In een groot Nederlands onderzoek bij vrouwen met URINE-INCONTINENTIE is het effect van groepstherapie in vergelijking met het effect van individuele therapie onderzocht (55). Vrouwen met stress- en/of urge-incontinentie die voldoende gemotiveerd waren voor oefentherapie door de fysiotherapeut werden door de huisarts verwezen naar een fysiotherapeut en kregen vervolgens individuele therapie of groepstherapie. Beide therapievormen bestonden uit oefeningen voor de bekkenbodemspieren, blaastraining en voorlichting over medische aspecten, opvangmateriaal, relatie met voeding en seksualiteit. De groepstherapie bestond uit negen bijeenkomsten van twee uur in een tijdsperiode van drie maanden, met een terugkombijeenkomst drie maanden later. Een huisarts, seksuologe en apothekersassistente leverden een bijdrage aan de therapie. De individuele therapie bestond uit elf bijeenkomsten van een half uur. In de individuele therapie werd meer rekening gehouden met individuele omstandigheden en klachten. Er werden geen verschillen gevonden tussen de twee therapievormen wat betreft de mate van incontinentieklachten, het welbevinden, de gevolgen in het dagelijks leven, de subjectief ervaren verandering, de kosten en de medische consumptie. Groepstherapie werd iets plezieriger en boeiender gevonden dan individuele therapie. Vrouwen die individuele therapie hadden gehad waren meer te spreken over de aandacht van de therapeut en hadden minder moeite met het volgen van de therapie en het oefenen thuis. In beide groepen werden aanzienlijke verbeteringen gevonden, die ook één jaar na beëindiging van de therapie nog aanwezig waren. "In een ander onderzoek bij vrouwen met stress-incontinentie werd het effect van intensief oefenen in groepsverband vergeleken met het alleen oefenen thuis (39). De groepstherapie bestond uit een specifiek oefenprogramma van 45 minuten per keer door een instructeur. De patiënten kregen instructies om drie keer per dag gedurende zes maanden acht tot twaalf krachtige bekkenbodemspiercontracties uit te voeren ('intensief oefenen'). De huiswerkgroep kreeg hetzelfde programma maar zonder groepstraining ('alleen thuis oefenen'). De resultaten in de intensieve groep waren significant beter dan in de huiswerkgroep (39)."

## 7 *Preventie*

Uit onderzoek is gebleken dat het oefenen van de bekkenbodemspieren tijdens de zwangerschap ook kan bijdragen aan het voorkómen van stress-incontinentie. "Oefenen zou leiden tot een geringere beschadiging van de bekkenbodemspieren en een bespoediging van het herstel na de bevalling. De bekkenbodemspierfunctie zou beter behouden blijven en op langere termijn mogelijk zelfs verbeteren (32)."

### 3.3.3 **Vragenlijsten en tests**

In bijlage 3 zijn de volgende meetinstrumenten beschreven:

- de *Prfab-score* ter bepaling van de ernst van het urineverlies;
- het *Mictie-Dgboek* ter inventarisering van eet-, drink- en plasp gewoonten;
- de *VAS* om de ernst van de (pijn)klachten te bepalen.

## DEEL 2 BEROEPSINHOUDELIJK GEDEELTE

Deel 2 is voor deze richtlijn samengesteld door de VBC in samenwerking met het NPi - zie blz. 5 en hoofdstuk 1 in het algemene deel voor de algemene procedure. De aanbevelingen van de klankbordgroep - zie colof

### Samenvatting Epidemiologische Gegevens URINE-INCONTINENTIE

Aard	slechte werking van blaas, kringspier of bekkenbodemspieren
Duur	afhankelijk van prognose
Voorkomen	geen duidelijke geografische afbakening
Incidentie	geen gegevens
Prevalentie	uiteenlopend van 2-53% van de bevolking
Geslacht	vrouwen (5-53%) en mannen (2-24%)
„ stress-inc.	vrouwen 8-35%; mannen 2-3%
„ urge-inc.	vrouwen 18%; mannen 12%
Leeftijd	vanaf 5 jaar; vooral oudere leeftijd (verpleeghuizen)
Problematiek	ongewild urineverlies 6 participatieproblemen
Risicofactoren	nog onduidelijk
Prognose	nog weinig gegevens - lijkt afhankelijk van leeftijd, conditie, operatie, bevalling, menopauze
Behandeldoel	verbeteren van functie bekkenbodemspieren, blaastraining

## 4 Verwijzing

De meeste mensen met URINE-INCONTINENTIE worden verwezen door de huisarts, soms via de verloskundige. Andere verwijzers zijn de uroloog, gynaecoloog of seksuoloog. Voor het overleg met de verwijzer kunnen de gegevens in dit hoofdstuk van belang zijn. Er is een NHG-standaard voor huisartsen voor deze diagnose.

Voor de *doelstellingen* van de behandeling is van belang dat de aandoening over het algemeen *wel* te beïnvloeden is, vooral met een adequaat bewegingsprogramma waarin het regelmatig thuis oefenen centraal staat.

### 4.1 Verwijsindicaties

De meeste patiënten met URINE-INCONTINENTIE kunnen worden verwezen voor oefentherapie Cesar. Verwijsindicaties zijn (bron: NPI):

"Volwassen patiënten met stress- en/of urge-incontinentie kunnen worden verwezen naar een Oefentherapeut Cesar indien er sprake is van slecht functionerende bekkenbodemspieren, afwijkend toiletgedrag en/of mictiefrequentie en/of beperkingen in activiteiten. Ook voorafgaand aan een operatie in het urogenitale gebied kan een patiënt verwezen worden naar een Oefentherapeut Cesar ter voorkoming van postoperatieve complicaties en ter bevordering van het herstel na de operatie kan een patiënt."

"Oefentherapie Cesar is *niet geïndiceerd* bij patiënten met onvoldoende mogelijkheden om bewuste controle over de bekkenbodemspieren te verwerven (bijvoorbeeld bij patiënten met de ziekte van Alzheimer). Ook is er geen indicatie voor oefentherapie Cesar bij patiënten met URINE-INCONTINENTIE als gevolg van ernstige lichamelijke afwijkingen of een ernstige verzakking van de baarmoeder of blaas bij wie geen effect van bekkenbodempieroefeningen te verwachten valt."

Tabel 4 vermeldt een aantal functionele klachten vermeld t.b.v. de verwijzing.

Tabel 4 Functionele klachten die voor verwijzing aanleiding kunnen zijn

N	verstoorde coördinatie van de bekkenbodemspieren (geen of onvoldoende bewuste controle over de bekkenbodemspieren)
N	verminderde spierkracht van de bekkenbodemspieren
N	afwijkende tonus van de bekkenbodemspieren (te hoog of te laag)
N	afwijkend houdings- en bewegingspatroon en/of een afwijkende adembeweging die de functie van de bekkenbodemspieren belemmeren
N	afwijkend toiletgedrag en/of afwijkende mictiefrequentie
N	beperkingen in activiteiten en participatieproblemen als gevolg van het urine-verlies of als gevolg van de angst om urine te verliezen

### 4.2 Aantal behandelingen / Behandelduur

Mensen met URINE-INCONTINENTIE zullen in eerste instantie een aantal individuele behandelingen - bij voorkeur 18 - nodig hebben. Daarna kan betrokkene overstappen naar groepstherapie - zie 3.3.2 punt 6 en 7.6. De behandelduur is derhalve afhankelijk van meerdere factoren.

Bij een dysfunctie van de bekkenbodemspieren is vooral training nodig (in verband met het doorlopen van een motorisch leerproces).

Bij patiënten zonder een dysfunctie van de bekkenbodemspieren is het geven van voorlichting en adviezen erg belangrijk. Dit heeft meestal al snel een vermindering van de klachten tot gevolg. Indien er echter factoren in het houdings- en bewegingspatroon aanwezig zijn die een ongunstige invloed hebben op de continentie kunnen meer behandelsessies nodig zijn.

In de eerste weken worden meestal 2 behandelingen gegeven, later 1x per week. Een jaarlijkse nacontrole wordt aanbevolen.

Afhankelijk van de ernst van de klachten en de resultaten van de behandeling, kan met de patiënt besproken worden over te gaan naar een groepsbehandeling voor mensen met URINE-INCONTINENTIE (zie 7.6) indien deze in de omgeving georganiseerd wordt. Het moment waarop dit mogelijk zal zijn hangt af van de mate waarin bewustwording, inzicht en 'zelfmanagement' van klachten tot stand zijn gekomen en de mate waarin dit effect heeft op de klachten en het motorisch gedrag (motorische vaardigheden).

Voorlopige algemene *resultaatgegevens* zijn vermeld in hoofdstuk 8. Uit de cijfers zal t.z.t. moeten blijken welk aantal behandelingen gemiddeld wordt gegeven en welk resultaat daarmee samenhangt.

Naar de *effecten van de behandeling* met oefentherapie Cesar wordt nog weinig onderzoek verricht; er is door het NPi geen enkele publicatie over gevonden. In hoofdstuk 3 en bijlage 4 is de stand van zaken wel voor *andere* therapievormen door het NPi beschreven.

#### 4.3 Eerdere behandelingen

De meeste patiënten hebben wel vaak eerder (individuele) therapie gehad; soms fysiotherapie, soms oefentherapie Cesar of -Mensendieck. Een aantal specialisten verwijst heel gericht voor oefentherapie Cesar met de vraag om een totaalbenadering in de behandeling - zie Algemeen deel hoofdstuk 2.

#### 4.4 Patiëntgerichte behandelaspecten

Bij het geven van *informatie, advies en begeleiding* is een goede *voorlichting* over de mogelijke gevolgen van de aandoening van belang en vooral het *motiveren* tot het voldoende blijven oefenen en een juiste bekkenbodempunctie te integreren in de dagelijkse houdings- en bewegingsgewoonten - zie ook 7.4.

Essentieel is dat de patiënt leert de eigen grenzen te herkennen, de juiste houdings- en bewegingsgewoonten aanleert en traint en met de therapeut een doeltreffend oefenprogramma opstelt. Mensen met URINE-INCONTINENTIE hebben daarbij veel te winnen - zie ook 5.3.

Daarnaast zal de Oefentherapeut Cesar de advisering en/of begeleiding richten op andere (sociale) activiteiten en leefregels. Is de URINE-INCONTINENTIE niet in voldoende mate te verminderen, dan zal de therapeut zich vooral richten op het zo optimaal mogelijk blijven functioneren en het voorkomen van of begeleiden bij verergering.

#### 4.5 Verwijsinformatie

Gezien het bij 4.1. gemaakte onderscheid tussen patiënten die wel of niet voor behandeling in aanmerking komen, is het van belang de juiste informatie van de verwijzer te verkrijgen. Tabel 5 vat samen welke verwijsinformatie nodig is.

Als de therapeut bij de anamnese, in het onderzoek of tijdens de behandeling enkele (combinaties van) specifieke kenmerken, risicofactoren of klachtpatronen vindt - zie ook hoofdstuk 5 - die niet op de verwijzing/verwijsdiagnose voorkomen, wordt deze geacht nadere gerichte informatie aan de verwijzer te vragen, om na te gaan of de verdenking juist is. Voor de Oefentherapeut Cesar is het van belang te weten wat de uitslag is van verricht onderzoek en wat daarvan de consequenties kunnen zijn voor de behandeldoelen en de behandeling - zie ook hoofdstuk 3.3.

Indien er sprake is van een langdurige(r) behandeling, dan is het voor de behandeling en de bepaling van het behandelresultaat voor de therapeut van belang op de hoogte te blijven van relevante onderzoeksuitslagen.

Tabel 5 Verwijsinformatie

diagnosegegevens	behalve de diagnose en prognose, ook de mogelijk onderliggende oorzaken zoals bevalling, traumata, operaties in het bekkengebied (uterusexstirpatie, transurethrale prostaatrectie)
ernst van de aandoening ziektegeschiedenis	zie 4.1 voor zover van belang; bijv. herstel-belemmerende factoren: - op lokaal niveau zoals prolaps uteri met gradering, congenitale aandoeningen, uterocèle*, cystocèle* - in algemene zin zoals diabetes, hart- en vaatlijden, hormoonhuishouding
overdrachtsgegevens onderzoeksgegevens	indien door anderen behandeld zoals van urodynamisch onderzoek en gegevens m.b.t. de bekkenbodemspieren (bewuste beheersing, spierkracht)
gegevens over het beloop contra-indicaties	mate van verslechtering / verbetering zo ja: welke en waarom
medicatie-gegevens	voor zover van belang voor de actuele behandeling, zoals gebruik van psychofarmaca
overige gegevens	indien belang voor behandeling; bijv. psychosociale informatie

## 5 Klachten

**K**lachten van mensen met URINE-INCONTINENTIE zijn het gevolg van het onvermogen om urine op te houden, omdat de blaas, de kringspier of de bekkenbodemspieren niet goed werken. Dat kan het gevolg zijn van zwangerschap en bevalling, verzakking van de baarmoeder of de blaas, veranderingen in de hormoonhuishouding na de overgang, of neurologische aandoeningen. Bij mannen kan de oorzaak liggen in o.a. een vergrote prostaat, een prostaatoperatie of een neurologische aandoening.

In deel 1, met name hoofdstuk 2, zijn de gevolgen van URINE-INCONTINENTIE in *medische terminologie* beschreven.

In dit hoofdstuk worden die klachten omschreven volgens indeling van de ICF: het formuleren van behandeldoelen en resultaten in termen van (beperkingen in) *functie/structuur, vaardigheden en participatie* (voorheen: ICIDH in termen van: stoornissen en beperkingen en participatieproblemen). Deze indeling is vooral van belang in de communicatie met andere, vooral paramedische, beroepsgroepen.

Verschillende beroepsgroepen behandelen bij een zelfde diagnose andere soorten klachten. Zo zullen bijv. de diëtist of logopedist zich op een ander deel van het klachtenspectrum richten. In dit hoofdstuk worden met name die klachten beschreven die een rol (kunnen) spelen in de behandeling door de Oefentherapeut Cesar.

### Omgaan met klachten (Coping)

De wijze waarop iemand met (pijn)klachten omgaat kan de relatie tussen (chronische) (pijn) klachten en het optreden van beperkingen in activiteiten beïnvloeden. Naast persoonlijke en omgevingsfactoren is daarop ook de interactie tussen betrokkene en behandelaar van invloed. Een fysiek actieve leefstijl, waarbij iemand ondanks de pijn probeert te functioneren, heeft in het algemeen een gunstig effect op de klachten. Minder bewegen, het vermijden van activiteiten of "rusten" om de pijn te verminderen, heeft meestal een negatieve effect op de klachten. In hoofdstuk 2 van het Algemene deel is een uitgebreide omschrijving opgenomen.

### 5.1 Functie/Structuur

Ongewild urineverlies kan optreden bij lachen, hoesten of niezen, bij inspanning zoals tillen of sporten, bij spanning en angst, bij het zien of horen van stromend water, bij lachen of bij een sterke aandrang. De hoeveelheid urine die iemand kan verliezen wisselt sterk: de een verliest enkele druppels of een scheutje, een ander een straal urine. Het 'toiletgedrag' verandert door deze problemen. Sommigen gaan vaak naar het toilet voor een kleine plas waarbij de blaas niet helemaal leeg gemaakt kan worden.

### 5.2 Vaardigheden

Het verliezen van urine op ongewenste momenten leidt tot vervelende sociale situaties, die men het liefst zal vermijden - zoals op het werk, bij sportactiviteiten, huishoudelijke activiteiten, seksleven, e.d. Dit kan leiden tot een verminderd tot slecht functioneren in de ADL (Activiteiten in het Dagelijks Leven).

De Oefentherapeut Cesar onderzoekt ook of er *functionele beperkingen* zijn, zoals problemen in het uitvoeren van algemene dagelijkse bewegingen of motorische vaardigheden, die kunnen samenhangen met beperkingen in dagelijkse activiteiten.

### 5.3 Participatie

Mensen met URINE-INCONTINENTIE voelen zich vaak erg onzeker, schamen zich voor het probleem en praten er liever niet over. Het afzien van deelname aan het sociaal-maatschappelijke verkeer kan leiden tot sociaal-psychische problemen. Daardoor blijft men steeds meer thuis, waardoor de kans op sociaal isolement ontstaat. Men gaat opzien tegen het boodschappen doen en/of trekt zich terug uit sport of andere activiteiten. Dit kan effect hebben op de conditie.

Vanwege het voorkomen van een langdurige(r) behandeling, is het verstandig als betrokkene zijn onzekerheid leert overwinnen, onder meer door:

- meer inzicht in de werking van blaas en bekkenbodemspieren
- verbetering van houdingen en bewegingen waardoor de betreffende spieren beter kunnen functioneren; maar ook leren ontspannen
- juist gebruik van de bekkenbodemspieren bij dagelijkse houdingen en bewegingen en tijdens activiteiten in werk of sport
- verbetering van het toiletgedrag.

### **Omgevingsfactoren**

Indien nodig kan over inrichting van woon- en werkplek de Oefentherapeut Cesar advies geven en/of, in overleg met de verwijzer, andere hulpverleners zoals de ergotherapeut inschakelen.

### **Samenvatting**

De belangrijkste klachten die redenen kunnen vormen om de behandeling van de Oefentherapeut Cesar te overwegen, zijn samengevat in tabel 6.

Tabel 6 Mogelijke redenen voor behandeling

N	houdingen en bewegingen
N	spierkracht bekkenbodemspieren
N	klachten bij hoesten, niezen, lachen en inspannende activiteiten
N	toiletgedrag
N	conditie
N	hulpmiddelen / materialen
N	eventuele andere klachten die de URINE-INCONTINENTIE compliceren
N	beperkingen en participatieproblemen

## 6 Onderzoek

Afhankelijk van de diagnose, de onderliggende oorzaak, de belangrijkste klachten, eventuele nevenpathologie en andere verwijsgegevens, wordt het onderzoek gericht uitgevoerd. Indien er onduidelijkheid blijft bestaan over de aard en ernst van de aandoening, neemt de therapeut contact op met de verwijzer. Het *beroepsspecifieke* onderzoek is kort getypeerd in bijlage 2 en 3.

De *behandelruimte* dient geschikt te zijn voor een behandeling van een aandoening in een intiem gebied. Op basis van gegevens uit de verwijzing en de anamnese kan meestal worden vastgesteld of er sprake is van stress-incontinentie, urge-incontinentie of een gemengde URINE-INCONTINENTIE (zie tabel 8 en hfd 1.1, 1.4, 3.2).

Het onderzoek moet leiden tot het verkrijgen van o.a. de volgende gegevens:

- de mate van bewuste controle van de bekkenbodemspieren
- het kwaliteit van het functioneren van de bekkenbodemspieren (coördinatie, kracht, tonus, uithoudingsvermogen)
- de mate waarin het functioneren van de bekkenbodemspieren al dan niet nadelig beïnvloed wordt door het houdings- en bewegingspatroon van betrokkene en de kracht, tonus en lengte van de spieren in de buik-, bekken- en benenregio.

### SAMENVATTING KENMERKEN STRESS-, URGE- EN GEMENGDE URINE-INCONTINENTIE

#### Stress-incontinentie

- urineverlies tijdens buikdrukverhogende momenten (hoesten, niezen, persen, tillen, lopen, rennen, sporten)
- geen urineverlies meer als het moment van de drukverhoging voorbij is
- urineverlies meestal in kleine hoeveelheden
- meestal geen mictiedrang voorafgaand aan het urineverlies
- normaal mictiepatroon.

#### *A Stress-incontinentie met dysfunctie van de bekkenbodemspieren, dat wil zeggen een falend of onvoldoende functionerend extrinsiek ondersteunend en afsluitend mechanisme door:*

- zwakte van de bekkenbodemspieren (door inactiviteit, verkeerd/insufficiënt houdings- en bewegingspatroon, beschadiging van de lokale zenuwvezels van de bekkenbodemspieren, beschadigingen van het steunapparaat als gevolg van een traumatische bevalling)
- onvoldoende coördinatie van de bekkenbodemspieren
- onvoldoende coördinatie van de bekkenbodemspieren in relatie met de omliggende spieren
- hypertonie van de bekkenbodemspieren (te herkennen aan stoornissen zoals pijn, het niet gemakkelijk op gang komen van de mictie, verstoorde defecatie, verstoord mictiepatroon, het niet kunnen ontspannen van de bekkenbodemspieren) (kan relatie hebben met seksuele problematiek).

#### *B Stress-incontinentie zonder dysfunctie van de bekkenbodemspieren, dat wil zeggen een falend intrinsiek urethraal afsluitmechanisme*

#### Urge-incontinentie

##### *A Motorische urge-incontinentie*

- niet bewust te remmen contracties van de m. detrusor\*, onvoldoende inhibitie van de mictiereflex
- plotseling urineverlies na heftige mictiedrang (toilet kan niet op tijd bereikt worden)
- kan mogelijk optreden tijdens paniecreacties en tijdens de slappe lach of als gevolg van aandoeningen van de blaas of het centrale zenuwstelsel.

##### *B Sensorische urge-incontinentie*

- verhoogde mictiefrequentie
- klein mictie-volume
- nycturie (verhoogde mictiefrequentie 's nachts)
- overgevoelig voor prikkels die de mictie-urgentie opwekken
- geen onwillekeurige contracties van de m. detrusor
- verhoogde algehele spanning kan leiden tot een verminderde controle op de m. detrusor.

### Gemengde urine-incontinentie

- Symptomen van zowel stress- als urge-incontinentie. Meestal staat één van beide vormen op de voorgrond.
- Bij patiënten met stress-incontinentie kan als gevolg van angst om urine te verliezen een verhoogde algehele spanning ontstaan, waardoor de patiënt minder controle heeft op de m. detrusor (urge-incontinentie).

### Inwendig onderzoek

De Oefentherapeut Cesar verricht *géén inwendig onderzoek* van de genito-ale regio door middel van inspectie en palpatie en kan daardoor de tonus van de bekkenbodemspieren niet objectief bepalen. De gegevens uit de anamnese en het onderzoek (zie ook bijlage 3 voor specifieke testen) kunnen wel aanwijzingen geven over de mogelijke aanwezigheid van hypo- of hypertonie van de bekkenbodemspieren.

### 6.1 Anamnese

In de anamnese worden aspecten nagegaan die van belang zijn in relatie tot de al dan niet bekende diagnose, de verwijsggegevens van de verwijzer en de dagelijkse bezigheden in werk- thuis- of vrije tijdsituatie. In de anamnese komen algemene onderwerpen aan de orde zoals vermeld in tabel 7 en specifieke in tabel 8.

Voor URINE-INCONTINENTIE geldt dat de aard en de mate van de URINE-INCONTINENTIE niet alleen afhankelijk is van de conditie van de bekkenbodemspieren, maar mede wordt beïnvloed door het houdings- en bewegingspatroon van betrokkene, de adembeweging, stoornissen in andere delen van het bewegingsapparaat, de algemene lichamelijke en psychische gesteldheid en lokaal en algemeen belemmerende factoren. Het gezondheidsprobleem wordt zowel lokaal (buik- en bekkenregio) als in samenhang met het totale bewegen van de individuele patiënt onderzocht.

Afhankelijk van wat de patiënt vertelt of wat de therapeut opvalt, kan een antwoord op diverse vragen tot een bepaald vermoeden leiden. Vooral als de diagnose nog niet bekend is gaat de therapeut daarop nader in.

De *meetinstrumenten* in bijlage 3 (prafab-score, mictiedagboek, VAS) kunnen behulpzaam zijn bij de anamnese t.b.v. het inventariseren van de relevante gegevens en factoren.

Tabel 7 Checklist Algemene Anamnese

<b>reden van verwijzing en de specifieke hulpvraag</b>	
<b>het (huidige) gezondheidsprobleem cq de huidige situatie</b>	
N	klachten (aard, locatie, moment van optreden, frequentie)
N	stoornissen (in functie / structuur)
N	beperkingen (in activiteiten)
N	participatieproblemen
N	hulpmiddelen
N	woonsituatie
N	verwachtingen van betrokkene t.a.v. de therapie
N	bekendheid van betrokkene m.b.t. zijn klachten/aandoening
N	behoefte aan informatie
N	medicijngebruik (i.v.m. risico's, conditie)
N	andere aandoeningen van belang voor de behandeling
N	deelname aan andere vormen van therapie (bijv. groepsbehandeling) of anderszins
<b>begin en beloop van de klachten inclusief de medische historie zoals</b>	
N	reeds verricht onderzoek
N	eerdere behandelingen/therapievormen
N	effect van eerdere behandelingen
<b>factoren die klachten beïnvloeden, zoals</b>	
N	aandoenings-, persoons- en omgevingsgebonden factoren die klachten kunnen verergeren of verminderen
N	wijze waarop betrokkene met de klachten omgaat dan wel deze kan 'beheersen'
N	belasting van werk, sport, thuissituatie en mate van zelfredzaamheid
<b>overige klachten en factoren van specifiek belang voor de betreffende aandoening</b>	
N	zie deel 1 en/of tabel 8
<b>overige factoren die een rol kunnen spelen in het geobserveerde bewegingsgedrag</b>	

De *specifieke aandachtspunten* voor URINE-INCONTINENTIE zijn in *tabel 8* vermeld. Deze aandachtspunten ten behoeve van een uitgebreide inventarisatie tijdens de anamnese, zijn door het NPI ingedeeld in vijf rubrieken:

- 1 gegevens m.b.t. de ernst, het beloop en de aard van de klachten;
- 2 factoren m.b.t. de mogelijke aard van de aandoening;
- 3 factoren die lokaal belemmerend kunnen werken op herstel- en aanpassingsprocessen;
- 4 factoren die in algemene zin belemmerend kunnen werken op herstel- en aanpassingsprocessen;
- 5 factoren in de voorgeschiedenis die belemmerend kunnen werken op herstel- en aanpassingsprocessen.

Tabel 8 Checklist Specifieke Anamnese bij vermoeden van URINE-INCONTINENTIE

<b>gegevens m.b.t. de ernst, het beloop en de aard van de aandoening</b>	
N	activiteiten, handelingen, situaties waarbij urineverlies optreedt (tillen, hoesten, sportactiviteiten)
N	aan- of afwezigheid van mictiedrang voor het moment van urineverlies
N	hoeveelheid urineverlies (straal, scheutjes, druppels)
N	frequentie van urineverlies (één of meerdere keren per week/dag)
N	tijdstip waarop urineverlies optreedt ('s morgen, 's middag, 's avonds, 's nachts)
N	omstandigheden en voedingsmiddelen die mictiedrang uitlokken (zoals alcohol en cafeïne)
N	hoeveelheid vochtinname in relatie tot de hoeveelheid urine
N	gebruik van opvangmateriaal" (frequentie en soort)
N	frequentie van het toiletgebruik (normale mictiefrequentie: 5-7 x per dag), angst voor urineverlies, het niet zelf kunnen bepalen van het tijdstip van plassen in de dagelijkse situatie
N	momenten waarop belasting van de bekkenbodem optreedt tijdens dagelijkse activiteiten
N	consequenties van urineverlies voor het dagelijks leven (werk, sport, huishoudelijke activiteiten, sociale leven en seksualiteit)
N	toiletgedrag (verloop van de mictie, mictie in scheutjes, nadruppelen, mictie die niet gemakkelijk op gang komt)
N	toilethouding (bij de mictie en defecatie speelt deze een belangrijke rol. De lediging van de blaas en darmen is optimaal bij een adequate toilethouding, een ontspannen bekkenbodem en een ontspannen ademhaling. Een inadequate toilethouding en inadequaat toiletgedrag (bijvoorbeeld persen tijdens plassen) kan een ongunstig effect hebben op de lediging van de blaas en de functie van de bekkenbodem)
N	gewaarwording van het urineverlies (voelt de patiënt dat hij urine verliest)
N	aan- of afwezigheid van faecale incontinentie
N	mogelijkheid van de patiënt om bekkenbodemspieren aan te spannen en te ontspannen
N	stappen die de patiënt zelf heeft ondernomen om het urineverlies te verminderen
<b>factoren m.b.t. de mogelijke aard van de aandoening</b>	
N	ontstaan en beloop van klachten (na operatie, bevalling, postmenopauzaal)
N	verloop van en eventueel het aantal bevallingen (complicaties tijdens of na de bevalling)
N	operaties in het buik- en bekkengebied (vaginale of abdominale uterus-extirpatie, suspensie-operatie, voor- en achterwandplastieken, prostaatoperatie)
N	HNP of HNP-operatie (mogelijke denervatieproblemen)
N	urineweginfecties
N	traumata
N	congenitale aandoeningen
<b>factoren die lokaal belemmerend kunnen werken op herstel- en aanpassingsprocessen</b>	
N	obstipatieklachten
N	klachten voor, tijdens of na de menstruatie/ovulatie
N	urineweginfecties
N	aanwezigheid van een door de huisarts/specialist vastgestelde cystocèle* of prolaps uteri;
N	andere onderbuiksklachten
N	pijn bij mictie en seksuele activiteit
<b>vervolg tabel zie vlg. blz.  </b>	

Tabel 8 vervolg Checklist Specifieke Anamnese bij vermoeden van URINE-INCONTINENTIE

<b>factoren die in algemene zin belemmerend kunnen werken op herstel- en aanpassingsprocessen</b>	
N	factoren gerelateerd aan houdingen/bewegingen die een ongunstige invloed hebben op het functioneren van de bekkenbodemspieren
N	verhoogde psychische spanning (bijvoorbeeld door negatieve seksuele ervaringen)
N	andere aandoeningen en/of klachten (neurologische aandoeningen, diabetes, COPD, peripartum bekkenpijn, rugklachten, Irritable Bowel Syndroom*)
N	gebruik van plastabletten
N	gebruik van andere medicijnen (psychofarmaca, sympathicomimetica/-lytica, parasymphaticomimetica/lytica, oestrogenen)
<b>factoren in de voorgeschiedenis die belemmerend kunnen werken op herstel- en aanpassingsprocessen:</b>	
N	verloop van de zindelijkheidstraining
N	toiletgewoonten binnen de familie, aangeleerd toiletgedrag

## 6.2 Onderzoek

Bij URINE-INCONTINENTIE kan er in onderzoek sprake zijn van kenmerkende aspecten. Deze zijn samengevat in de tabel 9, 10 en 11.

**Contra-indicaties bij onderzoek:** vooralsnog geen gegevens bekend.  
*Vastleggen van gegevens* is van belang om het beloop van tijd tot tijd te beoordelen.

De aard en de mate van de problematiek bij URINE-INCONTINENTIE is niet alleen afhankelijk van de conditie van de bekkenbodemspieren, maar wordt mede beïnvloed door het houdings- en bewegingspatroon, de adembeweging, stoornissen in andere delen van het bewegingsapparaat en eventuele (lokale) belemmerende factoren (zie tabel 8).

### ALGEMENE INDRUK & STATIEK

Observatie vindt gedurende het hele onderzoek plaats. Ook wordt nagegaan of de patiënt gespannen is, aangezien een verhoogde spanning tot meer aandrang kan leiden (urge-incontinentie). In de statiek wordt, indien relevant en mogelijk voor de patiënt, de staande houding geobserveerd en beoordeeld in relatie tot het staan volgens de norm van de bewegingsleer Cesar. De belangrijkste aandachtspunten zijn vermeld in tabel 9.

### INSPECTIE & PALPATIE

Tijdens de inspectie vindt indien mogelijk in de staande houding observatie en eventueel palpatie plaats van de lichaamsstructuren. Het accent ligt op de buik-, bekken- en benenregio (zie tabel 9). *NB:* de Oefentherapeut Cesar verricht *geen inwendig* onderzoek van de genito-anale regio door middel van inspectie en palpatie en kan daardoor de tonus van de bekkenbodemspieren niet objectief bepalen. De gegevens uit de anamnese en de hierna beschreven tests kunnen *wel* aanwijzingen geven over de mogelijke aanwezigheid van hypo- of hypertonie van de bekkenbodemspieren.

Tabel 9 Aandachtspunten Statiek, Inspectie en Palpatie

N	algehele spiertonus
N	adembeweging (o.a. vasthouden van de adem, oppervlakkige adembeweging, stemgedrag)
N	circulatiestoornissen (o.a. vaattekening, varices, sinaasappelhuid)
N	lichaamsproporties (o.a. adipositas)
N	algehele houding in staande en zittende houding (o.a. stand van het bekken t.o.v. de benen en de wervelkolom i.v.m. de urethrale en anorectale hoek en de buikdruk)
N	symmetrie in houding
N	aanwezigheid van littekens duidend op een operatief ingrijpen
N	tonus van spieren in de buik-, bekken- en benenregio
N	aanwezigheid van huidirritaties (kan duiden op bijna voortdurend nat zijn of op het gebruik van ongeschikt opvangmateriaal) en/of huidverdikkingen

### ALGEMEEN BEWEGINGSONDERZOEK

In het algemeen houdings- en bewegingsonderzoek verkrijgt de Oefentherapeut Cesar een indruk van de houdingen en bewegingen die voorkomen tijdens de dagelijkse activiteiten van de patiënt en de wijze waarop het houdings- en bewegingsapparaat (met name de bekkenregio) wordt belast tijdens deze activiteiten. Een niet optimaal houdings- en bewegingspatroon kan bijdragen

tot dysfunctie van de bekkenbodemspieren. Dit onderzoek geeft tevens inzicht in de zwakke schakels van de extensie-spierketen waarin de bekkenbodemspieren functioneren (zie deel 1, onder 3.3.2).  
De aandachtspunten zijn vermeld in tabel 10.

Tabel 10 Aandachtspunten Algemeen Bewegingsonderzoek

N	algehele coördinatie
N	dysfunctie van de bekkengordelspiers (coördinatie, hypertonie, hypotonie)
N	adembeweging
N	bewegelijkheid van gewrichten in het algemeen (hypermobiliteit) <i>specifiek: bewegelijkheid van gewrichten in de bekkenregio</i>
N	aanwezigheid van zwakke schakels in de samenwerking van spieren in het gehele lichaam

#### SPECIFIEK BEWEGINGSONDERZOEK

Het specifieke bewegingsonderzoek is deels afhankelijk van wat in het voorafgaande naar voren is gekomen. De belangrijkste specifiek te onderzoeken aspecten zijn vermeld in tabel 11. De *testen* die daarvoor gebruikt kunnen worden, zijn nader beschreven in bijlage 3 onder specifieke testen voor het onderzoek van bekkenbodemspieren.

In het algemeen zijn er verder geen andere opvallende kenmerken bij het onderzoek als gevolg van de URINE-INCONTINENTIE. Wel kunnen er individuele motorische gewoonten zijn, die verder niet specifiek zijn voor de aandoening maar wel opvallen in het specifieke bewegingsonderzoek volgens Cesar.

Tabel 11 Aandachtspunten Specifiek Bewegingsonderzoek

<b>onderzocht / getest worden de volgende aspecten:</b> (zie ook bijlage 3)	
N	proprioceptie van de bekkenbodemspieren
N	kracht van de bekkenbodemspieren
N	kracht van de spieren van de extensie spierketen
N	coördinatie van de buik- en bekkenbodemspieren
N	kracht en uithoudingsvermogen van de bekkenbodemspieren via feedback van de patiënt
N	blaastest (zo nodig)
N	hypertonie van de bekkenbodemspieren
N	bewegelijkheid van heupgewrichten en wervelkolom
N	sensibiliteit van de dermatomen S2-S4 (zo nodig)
<b>zo nodig worden andere functionele klachten nader onderzocht,</b> zoals bijvoorbeeld.	
N	loopstoormissen, evenwichtsproblemen, coördinatieproblemen, bewegingsangst / onzekerheid; verhoogde inactiviteit; veranderd lichaamsbesef, verkeerd inschatten van bewegingen (zoals bijv. misgrijpen/verstappen)

### 6.3 Analyse en Conclusies

De Oefentherapeut Cesar analyseert alle verkregen gegevens om te komen tot een beroepsspecifieke diagnose. De vragen waarop de Oefentherapeut Cesar een antwoord zal formuleren, zijn opgenomen in tabel 12. Daaruit resulteren de belangrijkste aangrijpingspunten en doelen voor de behandeling, die in hoofdstuk 7 aan de orde komen.

*Niet alle oorzaken* die aan de incontinentie ten grondslag kunnen liggen, zijn altijd volledig inzichtelijk te krijgen met behulp van de diagnostische mogelijkheden van de Oefentherapeut Cesar.

Het al dan niet aanwezig zijn van een *dysfunctie* van de bekkenbodemspieren, bepaalt voor een belangrijk deel of de Oefentherapeut Cesar invloed kan uitoefenen op het probleem. De kans op volledig herstel d.m.v. bekkenbodemspieroefeningen is derhalve klein bij patiënten met stress-incontinentie zonder dysfunctie van de bekkenbodemspierencategorie.

Indien er *onduidelijkheid* bestaat over de aard en de ernst van de aandoening en de daaraan gerelateerde gezondheidsproblemen, wordt dit met de verwijzer besproken en/of wordt de patiënt terug- of doorverwezen voor verdere diagnostiek.

Indien er lokale of algemene *factoren* aanwezig zijn die *belemmerend* werken voor herstel- en aanpassingsprocessen (zoals negatieve seksuele ervaringen) is het van belang dit bespreekbaar te maken met de patiënt en, zo nodig, de patiënt te wijzen op de mogelijkheid hiervoor een beroep te doen op andere professionele hulp.

Tabel 12 Checklist Analyse en Conclusies

N	welke <b>hulpvraag</b> heeft betrokkene
N	wat zijn de belangrijkste <b>gezondheidsproblemen</b>
N	is er sprake van stress- of urge-incontinentie of een gemengde urine-incontinentie
N	is er sprake van een dysfunctie van de bekkenbodemspieren
N	welke factoren zijn mogelijk oorzakelijk voor het optreden van urine-incontinentie
N	hoe is het <b>beloop</b> van de aandoening tot nu toe
N	welke prognose geeft de behandelend specialist
N	hoe schat de OTC het beloop in m.b.t. de behandeling
N	in hoeverre zijn de problemen direct het gevolg van de aandoening zelf en in hoeverre hangen deze samen met persoonsgebonden factoren
N	welke aspecten zijn beïnvloedbaar middels oefentherapie Cesar
N	hoe kan de behandeling beïnvloed worden door onbehandelbare aspecten op lokaal niveau of in algemene zin
N	welke andere factoren zijn van belang voor de behandeling (bijv. eerdere/andere behandelingen)
N	begrijpt <b>betrokkene</b> wat de behandeling van de OTC inhoudt
N	is betrokkene gemotiveerd voor de behandeling
N	is betrokkene met deze problematiek terecht naar de OTC verwezen?
N	bestaat er nog onduidelijkheid, waarvoor overleg met de verwijzer nodig is?
N	welke <b>aangrijpingspunten</b> zijn belangrijk voor behandeling resp. behandeldoelen

## 7 Behandeling

De behandeling van de Oefentherapeut Cesar is zowel gericht op de specifieke klachten van de patiënt als op zijn houdingen en bewegingen (motorische gedrag) die van belang zijn voor zijn dagelijks leven (ADL).

Bij URINE-INCONTINENTIE geldt dat het *al dan niet aanwezig zijn van een dysfunctie* van de bekkenbodemspieren voor een belangrijk deel bepaalt, of het oefenen van de bekkenbodemspieren invloed kan uitoefenen op het urineverlies.

*Niet alle oorzaken* die aan de incontinentie ten grondslag kunnen liggen, zijn altijd volledig inzichtelijk te krijgen met behulp van de diagnostische mogelijkheden van de therapeut. Indien de aard van de URINE-INCONTINENTIE en de onderliggende oorzaak niet duidelijk is, kan de therapeut besluiten een *proefbehandeling* te geven. Na zes tot negen behandelingen blijkt of de therapeut in staat is invloed uit te oefenen op het gezondheidsprobleem en of er sprake is van een door oefentherapie te beïnvloeden onderliggende oorzaak (1). Indien er onduidelijkheden blijven bestaan over aard en ernst van de aandoening of als er herstelbelemmerende factoren aanwezig zijn, neemt de therapeut contact op met de verwijzer.

### 7.1 Aangrijpingspunten

De doelen geven aan waar het in elke behandeling weer om gaat: verbetering van de functie van de bekkenbodemspieren, ontspanning, ademhaling, specifieke klachten van het moment en de voor de betreffende patiënt meest belangrijke dagelijkse houdingen en bewegingen.

In de behandeling vormen de punten in tabel 13 en 14 blijvende aandachtspunten. Daarbij zal de Oefentherapeut Cesar ook letten op voldoende afwisseling in de aan te bieden oefeningen. Op deze manier leert de patiënt de eigen mogelijkheden en grenzen kennen en daarmee zo goed mogelijk omgaan.

### 7.2 Behandeldoelen

De belangrijkste behandeldoelen als *beoogde eindsituatie* van de behandeling worden altijd individueel bepaald op basis van de analyse & conclusie en de daaruit resulterende aangrijpingspunten voor de behandeling. Daarnaast worden ook algemene doelen beoogd: in bijlagen 2 en 3 wordt nader ingegaan op het onderwerp motorische gedragsverandering en de werkwijze van de Oefentherapeut Cesar.

Als *uitgangspunt* voor de behandeling van URINE-INCONTINENTIE worden de volgende probleemgebieden onderscheiden, waarvoor de *behandeldoelen* kunnen verschillen:

- I stress-incontinentie met dysfunctie van de bekkenbodemspieren;
- II stress-incontinentie zonder dysfunctie van de bekkenbodemspieren;
- III urge-incontinentie;
- IV gemengde urine-incontinentie.

Tabel 13 Belangrijkste behandeldoelen bij URINE-INCONTINENTIE

<b>algemeen</b>	
N	verminderen/opheffen/voorkomen van andere stoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen die samenhangen met de aandoening.
N	correctie van relevante houdingen en bewegingen - waaronder coördinatie en evenwicht
N	het verminderen van klachten die door betere dagelijkse houdingen en bewegingen te beïnvloeden zijn, waarbij de patiënt leert rust en belasting adequaat af te wisselen
<b>I stress-incontinentie met dysfunctie van de bekkenbodemspieren</b>	
N	verminderen/opheffen van urineverlies tijdens buikdrukverhogende momenten
N	verkrijgen van bewuste controle van de patiënt over de bekkenbodemspieren
N	verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren wat betreft coördinatie, kracht, uithoudingsvermogen en tonus
N	integratie van een optimale bekkenbodemfunctie in dagelijkse activiteiten én in bekkenbodemgerelateerde functionele activiteiten (zoals toiletgang, seksualiteit) van de patiënt
<b>II stress-incontinentie zonder dysfunctie van de bekkenbodemspieren</b>	
N	compenseren van de dysfunctie van het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme door optimaal gebruik van bekkenbodemspieren tijdens dagelijkse houdingen en bewegingen en tijdens dagelijkse activiteiten
N	dysfunctie van het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme zelf is <i>waarschijnlijk niet</i> beïnvloedbaar door oefeningen. De kans op volledig herstel d.m.v. bekkenbodempieroefeningen is derhalve klein bij deze categorie van patiënten
vervolg tabel zie vlg. blz.	

Tabel 13 vervolg Belangrijkste behandeldoelen bij URINE-INCONTINENTIE

<b>III urge-incontinentie</b>	
N	verminderen/ opheffen van urineverlies
N	beheersen van de mictiedrang
N	optimaliseren van het toiletgedrag en het mictiepatroon (onder andere normale mictiefrequentie en normaal mictievolume)
N	verbeteren van de toilethouding
N	verminderen van de algehele spierspanning
N	bewust worden van de bekken-bodemspieren en het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren wat betreft tonus, coördinatie, kracht, uithoudingsvermogen
N	integratie van een optimale bekkenbodemp functie in dagelijkse activiteiten én in bekkenbodem gerelateerde functionele activiteiten (zoals toiletgang, seksualiteit)
<b>IV gemengde urine-incontinentie</b>	
N	de behandeldoelen betreffen een combinatie van die bij I, II en III, afhankelijk van de vorm die het meest op de voorgrond staat
N	verminderen/opheffen van urineverlies tijdens buikdrukverhogende momenten en na mictiedrang

### 7.3 Behandelplan

Uit onderzoek is gebleken dat oefeningen ter verbetering van de functie van de *bekkenbodemspieren* tot minder urineverlies als gevolg van **stress-incontinentie** bij vrouwen leiden (zie 3.3.2). Bij mannen is er te weinig onderzoek verricht om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van bekkenbodempieroefeningen. Momenteel bestaat er in de literatuur nog geen overeenstemming over het meest adequate oefenprogramma wat betreft aantal, frequentie en intensiteit van oefenen, of over de minimale duur van dergelijke oefenprogramma's (zie 3.3.2).

Voor mensen met **urge-incontinentie** is er nog onvoldoende bewijs dat bekkenbodempieroefeningen effectief zijn bij patiënten met urge-incontinentie (zie 3.3.2). Voor hen blijkt *blaastraining* tot minder urineverlies als gevolg van urge-incontinentie bij vrouwen te leiden (zie 3.3.2). Bij mannen is er te weinig onderzoek verricht om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van blaastraining.

#### SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN BIJ OEFENINGEN VOOR URINE-INCONTINENTIE

Voor de vier onderscheiden vormen van URINE-INCONTINENTIE zijn de thema's in het behandelplan aangegeven in de tabellen 14.1 - 14.4.

Daarin wordt ook verwezen naar specifieke oefeningen of aandachtspunten, die hieronder voor alle duidelijkheid eerst worden samengevat voor de volgende onderwerpen (zie ook bijlage 2).

##### *Specifieke aandachtspunten:*

- bewustwording van de bekkenbodemspieren;
- ontspanning van de bekkenbodemspieren;
- verbetering van kracht en uithoudingsvermogen van de bekkenbodemspieren;
- verbetering van de adembeweging in relatie tot de bekkenbodemspieren;
- blaastraining.

Ook oefeningen voor de (bewustwording van) bekkenbodemspieren beginnen bij de oefentherapie Cesar met eenvoudige bewegingen, waarna in meer complexe en gevarieerde bewegingscontexten wordt geoefend (56).

Indien betrokkene geen bewuste controle kan verkrijgen over de bekkenbodemspieren, zal de therapeut betrokkene terug verwijzen naar de huisarts/specialist voor verder onderzoek, of na overleg eventueel naar een andere therapeut - met meer of een andere deskundigheid - voor een behandeling volgens de inwendige methode\*.

#### ! **Bewustwording van de bekkenbodemspieren**

De bekkenbodemspieren bestaan uit twee typen spiervezels met verschillende functies: type I-spiervezels voor de langdurige contracties ten behoeve van het heffen / steunen en type II-spiervezels voor de snelle, kortdurende contracties ten behoeve van het sluiten (zie 3.3.2). Indien de patiënt geen bewuste controle heeft over de bekkenbodemspieren is het bewust leren aanspannen (kort- en langdurig) én ontspannen van de bekkenbodemspieren de eerste stap in de behandeling. Mogelijke hulpmiddelen bij het bewust leren voelen van de bekkenbodemspieren zijn opgenomen in het kadertje hieronder.

#### **hulpmiddelen ter bewustwording van bekkenbodemspieren**

N	het gebruik van een spiegel
N	het zelf voelen (vrouwen kunnen zelf thuis met twee vingers in de vagina voelen wat er gebeurt bij aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren)
N	indirecte palpatie van de bekkenbodemspieren door de Oefentherapeut (zie specifiek houdings- en bewegingsonderzoek - zie bijlage 3)
N	aan- en ontspannen van de anale sfincter (nadat de patiënt het intrekken en weer ontspannen van de anus bewust kan voelen, wordt de aandacht verlegd naar de vagina)
N	het 'knipogen' (het kort aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren ten behoeve van het urethraal afsluitmechanisme)
N	de 'liftoefening' (het in fasen aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren ten behoeve van de coördinatie, het heffen van de urethra en het ondersteunend mechanisme)
N	de adembeweging (de bewustwording van de diaframbeweging kan ondersteunend werken bij de bewustwording en zo nodig ontspanning van de bekkenbodemspieren)
N	de stoptest (de patiënt wordt gevraagd of hij de urinestroom kan onderbreken) N.B. de stoptest wordt alleen als test toegepast, niet als oefening, aangezien het te vaak toepassen van deze test zou kunnen leiden tot een abnormaal plaspatroon en een urineweginfectie (57)

#### **! Ontspanning van de bekkenbodemspieren**

Het zich goed kunnen ontspannen is belangrijk voor de functie van de bekkenbodemspieren en de m. detrusor, met name bij patiënten met hypertone bekkenbodemspieren. Een hypertone spier kan niet op het juiste moment de juiste kracht leveren. Psychische spanning en seksueel daaraan verwante problemen (bijvoorbeeld negatieve seksuele ervaringen) kunnen mede oorzaak zijn van het niet of slechts ten dele kunnen aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren en kunnen tevens invloed hebben op de functie van het middenrif en de algehele spierspanning in het lichaam. Een verhoogde algehele spanning kan, door een versterkte prikkel-respons relatie, leiden tot een verminderde inhibitie van de m. detrusor en een belemmerende factor zijn voor herstel van de stress-incontinentie.

Oefeningen ter ontspanning zijn niet alleen gericht op de bekkenregio, maar ook op ontspanning van het gehele lichaam en het leren integreren van ontspanning in dagelijkse houdingen en bewegingen. Ter ontspanning maakt de Oefentherapeut Cesar gebruik van adem oefeningen, zwaai oefeningen, de oefeningen die hierboven bij het vorige punt vermeld zijn en/of, indien nodig, van verschillende ontspanningsmethodieken.

#### **! Verbetering van kracht en uithoudingsvermogen van de bekkenbodemspieren**

Om de kracht en het uithoudingsvermogen van de bekkenbodemspieren te verbeteren wordt tijdens de opbouw van de oefeningen gekozen voor uitgangshoudingen waarin de zwaartekracht en de intra-abdominale druk steeds groter worden. Vervolgens worden de oefeningen geïntegreerd in dagelijkse houdingen, bewegingen en dagelijkse activiteiten (onder andere tillen, werk, sport) en in bekkenbodem gerelateerde functionele activiteiten (zoals toiletgang, seksualiteit) van de patiënt. Ter ondersteuning van het leren inschakelen van de bekkenbodemspieren kiest de Oefentherapeut oefeningen die gebruik maken van de extensie-spijerketen (zie 3.3.2). Zowel type I-spijervezels als type II-spijervezels moeten geoefend worden (zie 3.3.2). Type II-spijervezels worden getraind door snelle contracties van 1 à 2 seconden uit te voeren, type I-spijervezels door langdurigere contracties van 5 à 15 seconden. Als hulpmiddel bij het trainen van de kracht van de bekkenbodemspieren kunnen eventueel vaginal cones toegepast worden maar het *effect* daarvan is echter niet aangetoond (zie 3.3.2). De patiënt wordt gestimuleerd deze oefeningen ook thuis uit te voeren.

De kracht en het uithoudingsvermogen van de bekkenbodemspieren worden getraind totdat de patiënt een juiste tonus heeft ontwikkeld. Een *voorwaarde* daarbij is dat de patiënt bewuste controle heeft over de bekkenbodemspieren (zie hierboven bij 'Bewustwording van de bekkenbodemspieren'). Te intensieve spierkrachtversterkende oefeningen kunnen tonusverhogend werken.

#### **! Verbetering van de adembeweging in relatie tot het functioneren van de bekkenbodemspieren.**

Het middenrif en de bekkenbodemspieren staan in oppositie met elkaar en hebben een reciproke functie. Tussen het middenrif en de bekkenbodemspieren zitten de buikspieren (34). De adembeweging kan hierdoor ondersteunend werken voor het leren aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren. Tijdens de uitademing worden de bekkenbodemspieren ingetrokken en in de adempauze worden ze weer losgelaten. Indien de bekkenbodemspieren niet goed kunnen functioneren door een verkeerde ademtechniek wordt een goede adembeweging geoefend. Vervolgens besteedt de Oefentherapeut aandacht aan integratie van een goede adembeweging in alle dagelijkse houdingen en bewegingen.

## ! Blaastraining

Blaastraining is gericht op het verhogen van de blaascapaciteit en het verlagen van de mictiefrequentie. Dit is met name van belang bij patiënten met sensorische urge-incontinentie. De patiënt wordt gevraagd het interval tussen de micties langzamerhand te vergroten door bij aandrang de mictie steeds langer uit te stellen. Het uitstellen van de mictie kan vergemakkelijkt worden door te gaan zitten op een stoel of krukje naast het toilet. Het kan zinvol zijn om de patiënt te laten urineren volgens een tijdschema. Het bijhouden van een mictiedagboek door de patiënt kan ondersteunend werken (zie bijlage 3). Indien nodig geeft de Oefentherapeut aan de hand van de gegevens uit het mictiedagboek gerichte adviezen over de momenten van eten, drinken en urineren. Er wordt gestreefd naar een uiteindelijke mictiefrequentie van maximaal acht keer per dag bij een normale vochtinname. Voor een adequate blaasontleding is een goed toiletgedrag noodzakelijk. De volgende aspecten zijn hiervoor van belang: zie kader hieronder.

### aspecten van goed toiletgedrag

- N de tijd nemen om naar het toilet te gaan
- N goed uitplassen (vooral van belang bij hypertone bekkenbodemspieren)
- N niet meepersen tijdens het plassen
- N de urinestraal niet onderbreken in verband met het instandhouden van de mictiereflex
- N controleren of de blaas leeg is door het bekken voor- en achterover te kantelen
- N een goede hygiëne
- N een juiste zithouding: ontspannen zitten met beide voeten op de grond, een rechte rug, een voorovergekanteld bekken, en het gewicht van de romp gesteund op de bovenbenen
- N in gang zetten van de mictiereflex: de bekkenbodemspieren ontspannen
- N de juiste adembewegingen

## THEMA'S IN HET BEHANDELPLAN

Voor de vier onderscheiden vormen van URINE-INCONTINENTIE zijn de onderscheiden thema's voor het behandelplan aangegeven in de volgende tabellen 14.1-14.4.

Tabel 14.1 Thema's in het behandelplan voor stress-incontinentie met dysfunctie bekkenbodemspieren

### I stress-incontinentie met dysfunctie van de bekkenbodemspieren

- N bewustwording bekkenbodemspieren
- N verbetering van adembeweging in relatie met het functioneren van de bekkenbodemspieren
- N ontspanning
- N verbetering van kracht en uithoudingsvermogen van de bekkenbodemspieren: van geïsoleerd naar functioneel via het Cesar-specifieke motorisch leerproces
- N correctie van houdings- en bewegingsgewoonten
- N goede houdings- en bewegingsgewoonten
- N voorlichting en advies in vooral de eerste behandelsessies - zie 7.4

Tabel 14.2 Thema's in het behandelplan voor stress-incontinentie zonder dysfunctie bekkenbodemspieren

### II stress-incontinentie zonder dysfunctie van de bekkenbodemspieren

- N bewustwording van de bekkenbodemspieren
- N verbetering van de functie van de bekkenbodemspieren tijdens dagelijkse houdingen en bewegingen en dagelijkse activiteiten
- N optimaliseren van de stand van het bekken
- N optimaal gebruik van de bekkenbodemspieren en de spieren rondom het bekken tijdens dagelijkse houdingen en bewegingen en tijdens dagelijkse activiteiten.
- N verbeteren adembeweging in relatie tot het functioneren van de bekkenbodemspieren.
- N voorlichting en advies - zie 7.4

Tabel 14.3 Thema's in het behandelplan voor urge-incontinentie

<b>III urge-incontinentie</b>	
N	blaastraining
N	verbetering van de toilethouding en zithouding
N	ontspanning
N	bewustwording bekkenbodemspieren en verbetering functie van de bekkenbodemspieren tijdens dagelijkse houdingen, bewegingen en dagelijkse activiteiten - zie tabel 14.1
	accenten: duurcontracties en bij verhoogde prikkelbaarheid van de blaas: en langzaam aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren
N	voorlichting en advies - zie 7.4

Tabel 14.4 Thema's in het behandelplan voor gemengde urine-incontinentie

<b>IV gemengde urine-incontinentie</b>	
N	indien de patiënt zowel stress- als urge-incontinentie heeft, wordt de behandeling eerst gericht op de vorm die het meest op de voorgrond staat: zie 14.1 - 14.2
N	in verband met de verhoogde prikkelbaarheid van de blaas ligt het accent op langzame spiercontracties van de bekkenbodemspieren
N	voorlichting en advies - zie 7.4

#### 7.4 Informatie, advies en begeleiding

Onderwerpen waarover de Oefentherapeut Cesar informatie verstrekt aan de patiënt en/of diens verzorgers - mede ten behoeve van nazorg - zijn vermeld in tabel 15.

Het *volhouden van bewegingsactiviteiten* is van belang voor het op peil houden van het dagelijks functioneren in vele opzichten en om tot een blijvend resultaat te komen (zie ook bijlage 2). Het bevorderen van therapietrouw op korte en lange termijn en het begeleiden en vormgeven van de benodigde gedragsverandering van de patiënt is dan ook een belangrijke taak van de therapeut.

Voor patiënten met URINE-INCONTINENTIE geldt nog het volgende.

Het geven van voorlichting, advies en instructies is (vooral in de eerste behandelssessies) erg belangrijk, omdat de bekkenbodemregio voor de patiënt meestal een onbekend(er) gebied is. Samen met de patiënt wordt nagegaan welke activiteiten en prikkels in het dagelijks leven een versterkte mictiedrang veroorzaken en of er sprake is van een verhoogde algehele spanning die een versterkte mictiedrang veroorzaakt. Ook de relatie tussen een bepaald gedrag dat de klachten kan onderhouden en het verbeteren van de blaascapaciteit door trainen wordt uitgelegd.

Tabel 15 Checklist Informatie, Advies en Begeleiding

<b>algemeen</b>	
N	informatie over het ziektebeeld: mogelijke gevolgen; het mogelijke verloop en risico's; pijn; mogelijke behandelingen; medicatie, operatie, prognose, hoe het moet met werk, hobby, huishouding, aanpassingen in huis of werk, gebruik van hulpmiddelen, etc
N	informatie, advies en begeleiding aan de verzorgers/familie van de patiënt; afhankelijk van de vraag variërend van til-instructies tot adviezen over meubilair of hindernissen in huis
N	adviezen voor optimaal gezondheidsgedrag (self-management) zoals specifieke thuis te oefenen bewegingen, oefengroepen en/of geschikte sporten
N	advies en begeleiding over uiteenlopende zaken zoals sociale activiteiten; bestaande patiëntorganisaties; lotgenotencontact e.d.; mogelijkheden van thuiszorg; andere therapievormen zoals ergotherapie
<b>voor patiënten met URINE-INCONTINENTIE geldt nog het volgende</b>	
N	<b>algemeen:</b> informatie over bouw en functie van de bekkenbodemspieren
<b>I bij stress-incontinentie met dysfunctie van bekkenbodemspieren</b>	
N	het toiletgedrag, het mictiepatroon en de toilethouding ter preventie van het ontwikkelen van urge-incontinentie. Vooral deze patiënten kunnen toiletgedrag en mictiefrequentie gaan veranderen uit angst urine te gaan verliezen
	vervolg tabel zie vlg. blz \)

Tabel 15 vervolg Checklist Informatie, Advies en Begeleiding

<b>II bij stress-incontinentie zonder dysfunctie van bekkenbodemspieren</b>
N voorlichting over de aandoening en het continentie-mechanisme
N advies over het omgaan met de aandoening
<b>III bij sensorische urge-incontinentie, maar ook voor de andere vormen,</b>
N uitleg over de relatie tussen de versterkte mictiedrang, de toegenomen prikkelbaarheid van de blaas en de verhoogde mictiefrequentie
N uitleg over samenhang tussen gedrag en klachten en het effect van training op de blaascapaciteit
N uitleg over de relatie tussen de bekkenbodemspieren en de m. detrusor*. Het aanspannen van de bekkenbodemspieren kan mogelijk de reflexactiviteit van de m. detrusor afremmen (zie 3.3.2). Het kunnen ontspannen van de bekkenbodemspieren is van belang voor de mictie
<b>IV bij gemengde urine-incontinentie</b>
N zie bij I - III hierboven, afhankelijk van de vorm die het meest op de voorgrond staat

## 7.5 Verslaglegging en rapportage

De Oefentherapeut Cesar zal regelmatig de vorderingen van de patiënt en de behandeling evalueren - zie 7.3 en bijlage 3. De therapeut geeft na afloop van de behandeling een eindbeoordeling van de behandelresultaten en rapporteert de therapeut aan de verwijzer en eventuele collega's of anderen, middels een verslag. Ook voor de eigen administratie vindt vastlegging van gegevens plaats.

Elk verslag zal beknopt maar zo volledig mogelijk moeten zijn. De Handreiking HOF-project (58) kan hierbij behulpzaam zijn.

*Specifieke punten* die in een (tussentijdse) verslaglegging voor patiënten met URINE-INCONTINENTIE thuishoren, zijn op hoofdlijnen samengevat in tabel 16. Voor de *(tussen)rapportage* kan hier worden verwezen naar bestaande of (opnieuw) te ontwikkelen algemene richtlijnen. Een specifiek aandachtspunt in de verslaglegging betreft de follow up en de wenselijkheid en frequentie van eventuele nacontroles; met name ten behoeve van het volhouden van het met de patiënt opgestelde oefenprogramma.

Voor een *advies over beëindiging* van de therapie zijn vooral de volgende vragen van belang:

- zijn alle beschikbare middelen ingezet zijn om het gezondheidsprobleem te verminderen of op te heffen en of de vragen en onzekerheden van de patiënt voldoende beantwoord zijn.
- is betrokkene in staat op adequate wijze de functie van de bekkenbodemspieren te onderhouden en de gegeven adviezen op te volgen.
- kan betrokkene het nieuwe bewegingsgedrag adequaat inderdaad uitvoeren en integreren in dagelijkse houdingen, bewegingen en dagelijkse activiteiten
- heeft betrokkene voldoende motivatie en discipline om zelfstandig de noodzakelijke bewegingsactiviteiten vol te houden

Wanneer er *na zes tot negen behandel sessies* geen enkele verbetering is opgetreden in de functie van de bekkenbodemspieren, de mate van urineverlies of de mictiefrequentie wordt de behandeling beëindigd en de patiënt terugverwezen naar de huisarts of specialist. Bij postmenopauzale vrouwen met stress-incontinentie en een dysfunctie van het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme kunnen oestrogenen mogelijk het urineverlies verminderen (zie 3.3.1).

Ten behoeve van een *evaluatie van deze richtlijn* en de nodige cijfermatige gegevens, wordt de Oefentherapeut Cesar aangeraden de eigen gegevens te vergelijken met landelijke gegevens zodra die beschikbaar komen.

Tabel 16 Punten voor Verslaggeving en Rapportage

N	praktijkgegevens (adres; spreekuur; bereikbaarheid)
N	patiëntgegevens
N	verwijsgegevens / diagnose
N	beroepsspecifieke diagnose
N	behandeldoelen
N	behandeling - aantal behandelingen, behandelduur, reden beëindiging, motivatie patiënt
N	behandeling - resultaten, met name: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>m.b.t. de klachten - zie tabel 4,6</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de mate van urineverlies</li> <li>• de mictiefrequentie</li> <li>• de veranderingen in de functie van de bekkenbodemspieren</li> <li>• de veranderingen in het houdings- en bewegingspatroon</li> <li>• de motivatie van de patiënt voor de therapie</li> <li>• eventueel specifieke gegevens m.b.t. tests</li> </ul> </li> <li><b>m.b.t. houdingen en bewegingen - zie tabel 13</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• specifieke houdings- en bewegingsaspecten m.b.t. ADL</li> </ul> </li> <li><b>m.b.t. (specifieke) behandeldoelen - zie tabel 13</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• individueel afhankelijk; bijv. terugbegeleiden naar werk e.d. - zie 7.2 en 7.4</li> </ul> </li> </ul>
N	gegeven adviezen, voorlichting, begeleiding en instructie(s)
N	adviezen/voorstel aan verwijzer over eventuele follow-up van de behandeling (zoals andere therapievormen; groepsoefentherapie; sport)
N	vragen aan verwijzer om medisch-specialistische gegevens (bijv. röntgenfoto, medicatie, hulpmiddelen) indien nodig voor vervolg van de behandeling

## 7.6 Groepsbehandeling

Oefenen in een groep stimuleert deelnemers, is vaak leuker en biedt meer sociale contacten dan een langdurige individuele therapie. Het bevordert ook onderlinge uitwisseling van ervaringen. Het is echter van belang onderscheid te maken tussen *groepsbehandeling/therapie, -lessen en oefengroepen* speciaal voor mensen met URINE-INCONTINENTIE.

Voor *groepsbehandeling (-therapie) op verwijzing van de arts* zijn algemene criteria en voorwaarden geformuleerd, die ten grondslag liggen aan het door het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) vastgestelde tarief hiervoor. In de regio's worden hieromtrent nadere afspraken met de zorgverzekeraars gemaakt. De volgende aandachtspunten zijn daarbij onder meer van belang:

- De groepen hebben globaal een vaste indeling voor een circa één uur durend programma dat liefst in een ruime locatie plaatsvindt.
- De deelnemers hebben voldoende individuele behandelingen gehad omdat de aandacht in een groepsbehandeling meer verspreid is.
- Het verdient aanbeveling de groep zo samen te stellen dat de deelnemers op een zo gelijk mogelijk niveau functioneren. Afhankelijk van de noodzaak tot nauwkeurige correcties in de uitvoering van bewegingen - afhankelijk van de betreffende deelnemers en/of de aard van de beweging - wordt de groep eventueel gesplitst.

Voor *algemene groepslessen is geen verwijzing nodig*. Indien de therapeut dat nodig acht, kan deze een deelnemer adviseren de huisarts te raadplegen. Groepslessen worden afgestemd op de deelnemers in de groep.

### *Oefengroepen voor URINE-INCONTINENTIE*

De klankbordgroep heeft voor mensen met URINE-INCONTINENTIE een plan van aanpak opgesteld, *vooral t.b.v. groepstherapie*. Zowel individuele als groepstherapie is effectief bij mensen met een lichte tot matige stress- en/of urge-incontinentie (zie 3.3.2 punt 6). Vooral voor mensen die niet de voorkeur geven aan individuele therapie. Het houden van een *intake-gesprek* is van belang met mensen die geen individuele therapie hebben gehad, omdat groepstherapie *niet geïndiceerd* is voor mensen bij wie sprake is van een of meer van de onderstaande punten.

- (nog) geen bewuste controle over de bekkenbodemspieren (aan- én ontspannen);
- veel begeleiding nodig bij de juiste uitvoeringswijze van de oefeningen;
- hypertonie van de bekkenbodemspieren staat op de voorgrond;
- urine-incontinentie als gevolg van ernstige lichamelijke afwijkingen (bijv. een onbehandelde diabetes);
- ontstekingen of tumoren in het kleine bekken;
- een ernstige verzakking van de baarmoeder;
- urine-incontinentie als gevolg van neurologische aandoeningen (multipel sclerose, dwarslaesie);
- ernstige psychische problematiek.

*Vast terugkerende onderwerpen/onderdelen/thema's* die in oefengroepen aan de orde kunnen komen zijn opgenomen in tabel 17.

Tabel 17 Terugkerende thema's in URINE-INCONTINENTIE-groepen

### **informatie-uitwisseling - zie tabel 15**

#### **kernpunten in het programma**

de oefeningen worden zodanig gekozen dat de volgende aspecten daarin aan bod komen:

- N verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren wat betreft coördinatie, kracht, uithoudingsvermogen en tonus
- N integratie van een optimale bekkenbodemfunctie in dagelijkse activiteiten én in bekkenbodem gerelateerde functionele activiteiten
- N optimaliseren van het toiletgedrag en het mictiepatroon (onder andere normale mictiefrequentie en normaal mictievolume)
- N verbeteren van de toilethouding
- N blaastraining
- N verbetering adembeweging in relatie tot het functioneren van de bekkenbodemspieren
- N ontspanning
- N gevarieerd oefenprogramma van eenvoudige tot grotere, complexe bewegingen (ADL)

De Oefentherapeut Cesar kiest voor de ADL-bewegingen altijd een specifieke groep of klasse van dagelijkse bewegingen uit, zodat elk kwartaal alle belangrijke bewegingen een keer aan de orde komen. Bij de keuze van ADL-bewegingen sluit de Oefentherapeut Cesar aan bij actuele vragen in de groep.



## DEEL 3 CIJFERS BEROEPSUITOEFENING

### Gegevens VBC Registratieproject Richtlijnen

**Gegevens uit Registratieperiode: 1 december 1997 - juli 2000**

Totaal aantal registrerende praktijken: ca 70

└ peilstations voor alle patiënten: 41

└ peilstations richtlijnonderwerpen: ca 30

**gewenst** aantal 1e+2e formulieren: 225

**ontvangen** formulieren: 2

*nog te verwerven* 1e+2e aantal formulieren: ca 225

**Bron NPi:**

Gemiddeld aantal verwezen patiënten per jaar naar de 15 Oefentherapeuten Cesar die deelnamen aan de evaluatie van het rapport richtlijn URINE-INCONTINENTIE: 15.

## 8 Cijfermatige gegevens

De voor deze richtlijn vereiste steekproefgrootte (225) om te komen tot een betrouwbaar beeld van de populatie en behandelresultaten, is bij de huidige versie van deze richtlijn nog lang niet bereikt. Er zijn nauwelijks gegevens ontvangen van patiënten die met deze diagnose zijn ingestuurd - *zie kader* op de vorige pagina. Het is derhalve onmogelijk om verantwoorde conclusies te verbinden aan de verkregen gegevens.

In deel 2 van het Algemene deel zijn de cijfers van het totale project Richtlijnregistratie VBC opgenomen. Naast deze cijfers zijn waar mogelijk ook gegevens opgenomen uit de registratie van het LiPZ project\*.

Hieruit komt ook naar voren dat de verwijsggegevens meestal de klachten omschrijven en niet zozeer de diagnose, die vaak pas later duidelijk wordt.

Slechts weinig mensen met deze diagnose worden naar de oefentherapeut Cesar verwezen. In de top-tien, ook van het LiPZ-project, komt de diagnose niet voor (zie hfd. 4.2 in deel 2, Algemeen deel). Het gemiddelde aantal verwezen patiënten per oefentherapeut Cesar zoals gerapporteerd door de klankbordgroep voor deze richtlijn van het NPi was 15 (zie kader op de vorige pagina).

### Behandelresultaten

*Een algemeen beeld* over behandelresultaten en de veranderingen daarin, ook in vergelijking met *eerder onderzoek*, is in deel 2 van het Algemene deel beschreven.

## 9 Discussiepunten

Uit de evaluatie van het NPi zoals weergegeven in het betreffende richtlijnrapport, wordt aangegeven dat patiënten met URINE-INCONTINENTIE veelal voor te weinig behandelingen worden verwezen - zie ook deel 2 in het Algemene deel.

Voor een nader antwoord op de vraag of een *range van behandelingen* vast te stellen is voor patiënten met URINE-INCONTINENTIE, is het nog te vroeg.

Immers, uit het oogpunt van de beoogde *gedragsverandering* ten behoeve van lange termijn effecten ter voorkoming van recidieven, waarvoor een (motorisch) leerproces tot stand moet worden gebracht, is een aantal van 18 individuele behandelingen in de Cesar-aanpak een absoluut minimum. Zelfs dan is het de vraag of er een voldoende breed resultaat bereikt wordt om genoeg 'transfer' te waarborgen voor die motorische vaardigheden die voor (de klachten van) de patiënt belangrijk zijn.

Vanuit de invalshoek van de *toegankelijkheid* van de zorg, met een minimaal pakket in de basisverzekering waarbij alleen de afname van klachten op de kortere termijn als criterium geldt, kan het interessant zijn het minimum nog meer te beperken. De *doelmatigheid* van een dergelijk criterium kan alleen vastgesteld worden als hiernaar voldoende onderzoek is verricht, waarbij het optreden van herhaling van de klachten (recidive) op langere termijn eveneens is onderzocht.

Op basis van de thans beschikbare onderzoeksgegevens in hoofdstuk 8, is het voor de VBC onmogelijk een verantwoorde reactie te geven op de vraag welke *behandelrange* de Oefentherapeut Cesar kan aangeven voor de onderhavige diagnose.

### Meetinstrumenten

Behandelresultaten worden door de Oefentherapeut Cesar beoordeeld volgens de norm (bewegingscriteria) van Cesar - zie Algemeen deel hoofdstuk 3.

Daarnaast bestaan er elders ontwikkelde, andere meetinstrumenten. Het NPi heeft daarvan een aantal instrumenten aanbevolen, eveneens opgenomen in bijlage 3. Deze geven geen normen voor de beoordeling van houdings- en bewegingsgewoonten. Wel zijn deze meetinstrumenten geschikt om een 'vertaalslag' te maken in de communicatie met de patiënt, zijn verwijzer en eventuele derden.



## DEEL 4 BIJLAGEN

**D**e bijlagen in deze richtlijn zijn deel door de VBC en deels samen met het NPi samengesteld - zie blz. 5 en de inleiding in het Algemene deel.

### Bijlagen

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Samenvatting voor Patiënten              |
| 2 | Samenvatting voor Verwijzers             |
| 3 | Meetinstrumenten Specifiek               |
| 4 | Samenvatting Literatuur Behandeleffecten |
| 5 | Bronnen / Literatuur                     |
| 6 | Afkortingen / Woordenlijst               |
| 7 | Checklist Onderzoeken en Behandelen      |
|   | Index                                    |



## **BIJLAGE 1**

### **Samenvatting voor Patiënten**

**D**e tekst van de in deze bijlage opgenomen patiëntenfolder is geschreven door de klankbordgroep als meeneemmateriaal (pakfolder). Ze kan bijvoorbeeld in de wachtkamer van oefentherapeuten Cesar, huisartsen, specialisten en eventuele andere verwijzers neergelegd worden. Oefentherapeuten Cesar kunnen deze bijlage voor eigen gebruik kopiëren of - indien voorradig - bij de eigen beroepsvereniging bestellen.



## URINE-INCONTINENTIE

**Ongewild urine verliezen bij lachen, hoesten of niezen, bij tillen of sporten ... URINE-INCONTINENTIE. Wat is URINE-INCONTINENTIE en wat heeft Oefentherapie Cesar u te bieden?**

### *URINE-INCONTINENTIE*

Eén op de twintig Nederlanders van vijf jaar en ouder heeft wel eens last van URINE-INCONTINENTIE. In deze folder vertellen we u wat meer over dit ongemak en over de rol van de Oefentherapeut Cesar.

### *Wat is URINE-INCONTINENTIE ?*

URINE-INCONTINENTIE is het ongewild verliezen van urine of het onvermogen om de urine op te houden. Ongewild urineverlies kan optreden bij hoesten en niezen en bij inspanning, zoals tillen of sporten, maar ook bij spanning of angst, bij het zien of horen van stromend water, bij lachen of bij sterke aandrang.

De hoeveelheid urineverlies kan bij iedereen verschillen: het kan een straal, een scheutje of een enkel druppeltje zijn. Sommige mensen gaan vaak naar het toilet voor een kleine plas waarbij zij de blaas niet helemaal leegmaken.

### *De blaas*

De urine wordt in de blaas verzameld. De uitgang van de blaas heeft een kringspier die voorkomt dat er voortdurend urine wegdruppelt. Als de blaas vol is krijgt u aandrang om te plassen. Als u daaraan toegeeft, ontspant de kringspier zich, de blaas trekt zich samen en de urine loopt naar buiten.

De blaas wordt ondersteund door de bekkenbodemspieren; zij helpen bij het ophouden van de urine en het ledigen van de blaas.

### *Hoe ontstaat URINE-INCONTINENTIE ?*

Bij URINE-INCONTINENTIE werken de blaas, de kringspier of de bekkenbodemspieren niet goed. Bij vrouwen kan dit onder andere het gevolg zijn van zwangerschap en bevalling, verzakking van de baarmoeder of de blaas, veranderingen in de hormoonhuishouding na de overgang of neurologische aandoeningen.

Bij mannen kunnen onder andere een vergrote prostaat, een prostaatoperatie of neurologische aandoeningen de oorzaak zijn.

*Oefeningen kunnen bij veel mensen bijdragen aan vermindering van het ongewilde urineverlies.*

### *Klachten*

Mensen die last hebben van ongewild urineverlies voelen zich dikwijls erg onzeker. Ze schamen zich vaak en praten er liever niet over. URINE-INCONTINENTIE kan gevolgen hebben voor werk, huishoudelijke activiteiten, sport, het sociale leven en het seksleven.

### *Oefentherapie Cesar*

De Oefentherapeut Cesar leert u oefeningen om de functie van de bekkenbodemspieren tijdens uw dagelijkse activiteiten te verbeteren. U krijgt bekkenbodemoefeningen, voorlichting en begeleiding. Bij veel mensen kan hierdoor het urineverlies verminderen of verdwijnen. De Oefentherapeut begeleidt u ook bij het aanleren van een normale plasfrequentie en een optimale toilethouding.

### *Behandeling*

De behandeling van een Oefentherapeut Cesar is erop gericht u te leren zo goed mogelijk om te gaan met uw lichamelijke mogelijkheden en met de beperkingen die u ondervindt door de URINE-INCONTINENTIE.

De behandeling is breed. Er wordt niet alleen veel geoefend, maar u krijgt ook voorlichting.

- u krijgt informatie over de werking van de blaas en de bekkenbodemspieren
- u leert begrijpen hoe het komt dat u ongewild urine verliest
- u leert hoe u uw bekkenbodemspieren kunt aanspannen en ontspannen en hoe u dit goed kunt voelen
- u leert uw bekkenbodemspieren goed te gebruiken bij dagelijkse houdingen en bewegingen en tijdens activiteiten die u belangrijk vindt (zoals werk of sport)
- u leert hoe u kunt werken aan het verbeteren van houdingen en bewegingen waardoor uw bekkenbodemspieren beter kunnen functioneren.
- u leert hoe u kunt voorkomen dat u te vaak naar het toilet gaat
- u leert hoe u het beste op het toilet kunt zitten om goed leeg te plassen
- u leert zo nodig hoe u zich beter kunt ontspannen.

### *Groepsbehandeling*

U kunt na de individuele therapie deelnemen aan *groepstherapie* als die in uw omgeving georganiseerd wordt. Die is gericht op het verder verminderen van klachten en verbeteren van uw houdingen en bewegingen en het goed blijven toepassen daarvan in het dagelijks leven. U ontmoet ook anderen die dezelfde klachten hebben.

Een Oefentherapeut Cesar geeft vaak *groepslessen*, ook aan ex-patiënten, om de conditie op peil te houden. Voor deelname aan groepslessen is *geen verwijzing* nodig van een arts. De kosten voor groepslessen worden *niet* betaald door zorgverzekeraars.

### *Verwijzing en vergoeding*

Voor de behandeling van een Oefentherapeut Cesar heeft u een verwijzing van de huisarts of specialist nodig. De behandelingen kunnen individueel of in een groep (groepstherapie) plaatsvinden. Zowel de individuele therapie als de groepstherapie worden vergoed door de ziekenfondsen (aanvullende verzekering) en de meeste particuliere zorgverzekeraars.

### *Nadere informatie*

Voor inlichtingen kunt u zich wenden tot een Oefentherapeut Cesar in uw omgeving of tot de beroepsorganisatie (Vereniging Bewegingsleer Cesar). Uitgebreide informatie over de Oefentherapie Cesar wordt onder meer gegeven in het Beroepsprofiel Oefentherapeut Cesar (uitgave VBC, 1994).

### *Adressen*

- **Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC)**  
Beroepsorganisatie van Oefentherapeuten Cesar
- **Telefoongids / Gouden Gids**  
Onder de O van Oefentherapeut Cesar  
of de C van Cesar Oefentherapie
- **Informatie-sites internet**  
[www.urine-incontinentie.nl](http://www.urine-incontinentie.nl)  
[www.npcf.nl](http://www.npcf.nl)  
[www.medistart.nl](http://www.medistart.nl)

logo. Uitgave:  
**Vereniging Bewegingsleer Cesar**  
bron: VBC-richtlijn, juni 2004

## **BIJLAGE 2**

### **Samenvatting voor Verwijzers**

**D**e tekst van de in deze bijlage opgenomen brochure voor verwijzers is een samenvatting van hoofdstuk 4 uit de richtlijn. Oefentherapeuten Cesar kunnen deze bijlage voor eigen gebruik kopiëren of - indien voorradig - bij de eigen beroepsvereniging bestellen.

## Verwijswijzer URINE-INCONTINENTIE

Mensen met URINE-INCONTINENTIE worden vooral verwezen door de huisarts, maar ook door de uroloog, gynaecoloog of seksuoloog; en soms via de verloskundige.

URINE-INCONTINENTIE is over het algemeen *wel* te beïnvloeden met een adequaat bewegingsprogramma. Het *behandelplan* is gericht op het verminderen van de klachten, waartoe onder meer het verbeteren van de relevante dagelijkse houdingen en bewegingen van belang is.

Voor een *eenmalig consult* voor een advies, second opinion of nacontrole bestaat een apart tarief, vastgesteld door het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg).

### Verwijsindicaties

De meeste mensen met URINE-INCONTINENTIE kunnen - afgezien van door de verwijzer nader aan te geven contra-indicaties - worden verwezen voor Oefentherapie Cesar. Verwijsindicaties zijn als volgt te omschrijven.:

- Volwassen patiënten met *stress- en/of urge-incontinentie* indien er sprake is van slecht functionerende bekkenbodemspieren, afwijkend toiletgedrag en/of mictiefrequentie en/of beperkingen in activiteiten.
- Ook voorafgaand aan een *operatie* in het urogenitale gebied kan een patiënt verwezen worden ter voorkoming van postoperatieve complicaties en ter bevordering van herstel na de operatie kan een patiënt.
- Oefentherapie is *niet geïndiceerd* bij patiënten met onvoldoende mogelijkheden om bewuste controle over de bekkenbodemspieren te verwerven (bijvoorbeeld bij patiënten met de ziekte van Alzheimer). Ook niet voor patiënten met URINE-INCONTINENTIE als gevolg van ernstige lichamelijke afwijkingen of een ernstige verzakking van de baarmoeder of blaas, bij wie geen effect van bekkenbodempieroefeningen te verwachten valt.

### Klachten die voor verwijzing aanleiding kunnen zijn

- verminderde spierkracht van de bekkenbodemspieren
- verstoorde coördinatie van de bekkenbodemspieren (geen of onvoldoende bewuste controle over de bekkenbodemspieren)
- afwijkende tonus van de bekkenbodemspieren (te hoog of te laag)
- afwijkend houdings- en bewegingspatroon en/of afwijkende adembeweging die de functie van de bekkenbodemspieren belemmeren
- afwijkend toiletgedrag en/of afwijkende mictiefrequentie
- andere beperkingen als gevolg van het urine-verlies of als gevolg van de angst om urine te verliezen

### Aantal behandelingen / Behandelduur

De Oefentherapeut Cesar geeft bij voorkeur ca 18 behandelingen, omdat het voor de *langere termijn* belangrijk is een (motorische) gedragsverandering tot stand te brengen. Dat vereist een gericht behandel- en leerproces. In de eerste weken worden meestal 2 behandelingen gegeven, later 1x per week. Een jaarlijkse nacontrole wordt aanbevolen.

Bij een *dysfunctie* van de bekkenbodemspieren is vooral training nodig. Bij patiënten *zonder* een dysfunctie van de bekkenbodemspieren is het geven van voorlichting en adviezen erg belangrijk. Dit heeft meestal al snel een vermindering van de klachten tot gevolg. Indien er echter factoren in het houdings- en bewegingspatroon aanwezig zijn die een ongunstige invloed hebben op de continëntie kunnen meer behandelsessies nodig zijn.

De *behandelduur* is afhankelijk van diverse factoren. Duur, frequentie en eventuele wijzigingen daarin worden in overleg met de verwijzer vastgesteld. Mensen met URINE-INCONTINENTIE kunnen na een voldoende aantal individuele behandelingen overstappen naar een *groepsbehandeling* voor URINE-INCONTINENTIE *indien* deze in de omgeving georganiseerd wordt. Het moment waarop hangt af van de ernst van de klachten, de behandelresultaten en de mate waarin bewustwording, inzicht en 'zelfmanagement' van klachten tot stand zijn gekomen en de mate waarin dit effect heeft op de klachten en het motorisch gedrag (motorische vaardigheden).

Voorlopige algemene *resultaatgegevens* zijn elders beschreven. Naar de *effecten van de behandeling* met Oefentherapie Cesar is nog weinig onderzoek verricht.

### Eerdere behandelingen

De meeste patiënten hebben eerder individuele therapie gehad - fysiotherapie, Oefentherapie Cesar of -Mensendieck. Een aantal specialisten verwijst heel gericht voor Oefentherapie Cesar t.b.v. een totaalbenadering in de behandeling.

### Motivatie voor behandeling

Bij het geven van *informatie, advies en begeleiding* is een goede *voorlichting* over de mogelijke gevolgen van de aandoening en vooral het *motiveren* tot voldoende en adequate beweging belangrijk.

Essentieel is dat de patiënt leert de eigen grenzen te herkennen, de juiste houdings- en bewegingsgewoonten aanleert en traint en met de therapeut een doeltreffend oefenprogramma opstelt. Daarnaast zal de Oefentherapeut Cesar de advisering en/of begeleiding richten op andere (sociale) activiteiten en leefregels. Mensen met URINE-INCONTINENTIE hebben daarbij veel te winnen.

Is de URINE-INCONTINENTIE niet in voldoende mate te verminderen, dan zal de therapeut zich vooral richten op het zo optimaal mogelijk blijven functioneren in het dagelijks leven en het voorkomen van of begeleiden bij verergering.

### Behandeling

Behandeldoelen worden bepaald door zowel de verwijsgegevens en het beroepsspecifieke onderzoek, evenals de leef- en werkomstandigheden die de mate van belasting voor de patiënt beïnvloeden.

Naast specifieke (sub)doelen is een training van de belangrijkste dagelijkse houdingen en bewegingen belangrijk. Elementen zoals het beweeglijk houden van gewrichten, coördinatie van bewegingen en het bewaren van evenwicht (balans) spelen in elke beweging een rol. Als uitgangspunt voor de behandeling van URINE-INCONTINENTIE worden de volgende *probleemgebieden* onderscheiden, waarvoor de *behandeldoelen* kunnen verschillen.

- I stress-incontinentie met dysfunctie van de bekkenbodemspieren;
- II stress-incontinentie zonder dysfunctie van de bekkenbodemspieren;
- III urge-incontinentie;
- IV gemengde urine-incontinentie.

Voor deze vier probleemgebieden van URINE-INCONTINENTIE, gelden voor het behandelplan nog *extra aandachtspunten*, opgenomen in de richtlijn.

#### Belangrijkste behandeldoelen voor URINE-INCONTINENTIE

##### Algemeen

- verminderen/opheffen/voorkomen van andere beperkingen
- correctie van relevante houdingen en bewegingen - waaronder coördinatie en evenwicht
- verminderen van klachten, rust en belasting adequaat leren af wisselen

##### Specifiek

###### I Stress-incontinentie met dysfunctie van de bekkenbodemspieren

- verminderen/opheffen van urineverlies tijdens buikdrukverhogende momenten
- verkrijgen van bewuste controle over de bekkenbodemspieren
- verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren
- optimale bekkenbodemfunctie in dagelijkse activiteiten én functionele activiteiten zoals toiletgang, seksualiteit

###### II Stress-incontinentie zonder dysfunctie van de bekkenbodemspieren

- compenseren van de dysfunctie van het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme

###### III Urge-incontinentie

- verminderen / opheffen van urineverlies
- beheersen van de mictiedrang
- optimaliseren van het toiletgedrag en het mictiepatroon
- verbeteren van de toilethouding
- verminderen van de algehele spierspanning
- bewust worden van de bekken-bodemspieren; verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren
- optimale bekkenbodemfunctie in dagelijkse activiteiten én functionele activiteiten (zoals toiletgang, seksualiteit)

###### IV Gemengde urine-incontinentie

- behandeldoelen: een combinatie van die bij I, II en III, afhankelijk van de vorm die het meest op de voorgrond staat
- verminderen/opheffen van urineverlies

#### Verwijsinformatie

Gezien het onderscheid tussen patiënten die wel of niet voor behandeling in aanmerking komen, is het van belang de juiste informatie van de verwijzer te verkrijgen. Als de therapeut bij de anamnese, in het onderzoek of tijdens de behandeling enkele (combinaties van) specifieke kenmerken, risicofactoren of klachtpatronen vindt die niet op de verwijzing voorkomen, zal deze nadere informatie aan de verwijzer vragen. Ook is het van belang op de hoogte te blijven van relevante onderzoeksuitkomsten. De volgende tabel vat samen welke verwijsinformatie nodig is.

#### Verwijsinformatie

diagnosegegevens	behalve de diagnose ook de mogelijk onderliggende oorzaak en de eventuele prognose zoals bevalling, traumata, operaties in het bekkengebied (uterusextirpatie, transurethrale prostaatrectie)
ernst v/d klachten	zie verwijsindicaties
ziektegeschiedenis	voor zover van belang; bijv. herstel-belemmerende factoren:
• op lokaal niveau	zoals prolaps uteri met gradering, congenitale aandoeningen, uterocèle, cystocèle
• in algemene zin	zoals diabetes, hart- en vaatlijden, hormoonhuishouding
overdrachtsgegevens	indien door anderen behandeld
onderzoeksgegevens	zoals van urodynamisch onderzoek; gegevens m.b.t. bekkenbodemspieren ( beheersing, spierkracht)
gegevens over beloop	mate van verslechtering/verbetering
contra-indicaties	zo ja: welke en waarom
medicatie-gegevens	voor zover van belang voor de actuele behandeling, zoals gebruik van psychofarmaca
overige gegevens	indien belang voor behandeling; bijv. psychosociale informatie

#### Nadere informatie over de Oefentherapie Cesar

Over de oefentherapie Cesar zijn diverse publicaties verkrijgbaar, waaronder het Beroepsprofiel en de volledige tekst van deze richtlijn.

Voor patiënten is een aparte samenvatting en een folder beschikbaar. Van de behandelende Oefentherapeut Cesar krijgen zij meestal een oefenschrift mee, als geheugensteun voor een aantal dagelijkse houdingen en bewegingen. Daarin worden ook individuele aandachtspunten genoteerd.

## **BIJLAGE 3**

### **Meetinstrumenten Specifiek**

Voor verschillende diagnoses of aandoeningen bestaan er specifieke ontwikkelde meetinstrumenten en/of checklists. Zie ter inleiding hoofdstuk 3 in het algemene deel. Voor deze richtlijn is door het NPi uitgezocht welke instrumenten uit andere beroepsvelden relevant kunnen zijn voor de oefentherapie Cesar. Deze zijn in deze bijlage opgenomen.

#### **ANDERE BESCHIKBARE MEETINSTRUMENTEN**

Voor deze richtlijn zijn de navolgende meetinstrumenten door de klankbordgroep gevonden en aanbevolen om het effect van een oefentherapeutische behandeling te evalueren. De tekst uit het betreffende NPi-rapport is hier overgenomen.

#### **ENKELE SPECIFIEKE TESTEN VOOR DE BEKKENBODEMSPIEREN**

##### **Testen van de proprioceptie van de bekkenbodemspieren**

De Oefentherapeut vraagt de patiënt of hij de anus of urethra in kan trekken (sluitspiers aanspannen) en kan loslaten en vraagt of het aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren voelbaar is voor de patiënt.

##### **Testen van de kracht van de bekkenbodemspieren**

"Uitgangshouding van de patiënt: in ruglig met opgetrokken knieën en het ondergoed aan. De Oefentherapeut legt een hand tegen de bilspleet ter hoogte van de anus en een hand op de onderbuik met de duim ter hoogte van het schaambeen."

"De patiënt wordt gevraagd de bekkenbodemspieren aan te spannen. De Oefentherapeut palpeert en kan via de onderbuik voelen of er een lichte beweging ontstaat als gevolg van de trek op de fascia die de bekkenbodem met de onderste buikspieren verbindt. Bij het aanspannen van de bekkenbodemspieren trekt tevens de bilspleet in en trekt het perineum op. Indien dit niet het geval is, is er sprake van een dysfunctie van de bekkenbodemspieren."

"De Oefentherapeut beoordeelt de contractiekracht en de locatie van de contractie (ventraal/dorsaal/links/rechts). Er wordt ook gekeken naar cocontracties van buik-, bil- of beenspieren." De cocontracties kunnen via palpatie van de betreffende spieren worden vastgesteld. Tijdens de aanspanning van de bekkenbodemspieren behoren de buik, bil- en beenspieren ontspannen te blijven. "De Oefentherapeut observeert tevens hoe de patiënt tijdens deze test ademt."

##### **Testen van de coördinatie van de buik- en bekkenbodemspieren**

"Uitgangshouding als bij vorige test. De Oefentherapeut vraagt de patiënt te hoesten en/of krachtig op de hand te blazen. De bekkenbodemspieren worden indirect gepalpeerd, de andere spiergroepen direct. De reflexactiviteit van de bekkenbodemspieren wordt beoordeeld. Bij gezonde sterke bekkenbodemspieren wordt bij het aanspannen van de buikspieren gelijktijdig een contractie van de bekkenbodemspieren waargenomen. Bij zwakke(re) bekkenbodemspieren stulpt de bekkenbodem naar buiten bij gelijktijdige contractie van de buikspieren."

Deze test wordt vervolgens ook uitgevoerd tijdens bekkenkanteling en het optillen van één been. "Daarna wordt de test, zo nodig, in stand uitgevoerd omdat in die houding de bekkenbodemspieren zwaarder worden belast."

##### **Indruk verkrijgen van de kracht en het uithoudingsvermogen van de bekkenbodemspieren via feedback van de patiënt**

"De Oefentherapeut probeert een indruk te verkrijgen van de kracht, de duur van de maximale contractie (zonder meebewegen van andere spieren), het uithoudingsvermogen, het aantal herhalingen, het aantal snelle contracties (1 sec) en het aantal langzame contracties (5 à 15 sec) van de bekkenbodemspieren." Dit onderdeel van het onderzoek kan alleen worden uitgevoerd bij patiënten die de bekkenbodemspieren bewust kunnen aanspannen.

##### **Blaastest**

"De patiënt blaast terwijl hij in lichte spreidstand staat driemaal krachtig in een nog niet eerder opgeblazen ballon met een halfvolle blaas" (als reflex op het blazen zouden de bekkenbodemspieren moeten aanspannen). De Oefentherapeut vraagt of er urineverlies optreedt. Deze test kan vervelend zijn voor de patiënt.

### Testen van de hypertonie van de bekkenbodemspieren

Uitgangshouding als bij test 2. De patiënt wordt gevraagd of het ontspannen (het loslaten) van de bekkenbodemspieren na een aanspanning voelbaar is. Een andere manier om er een indruk van te krijgen of er sprake is van hypertone bekkenbodemspieren is de patiënt te vragen lichtjes op de handrug te blazen en dan via indirecte palpatie op het perineum de gradatie van de uitbolling te bepalen. Licht blazen leidt tot ontspanning van de bekkenbodemspieren.

### Testen van de beweeglijkheid van heupgewrichten en wervelkolom

Een afwijkende stand en beweeglijkheid van de heupgewrichten en wervelkolom kunnen invloed hebben op het functioneren van het bekken.

### PRAFAB-score voor bepaling van de ernst van het urine-verlies - zie volg.blz.

**Doel:** de PRAFAB-score is een vragenlijst die enkele belangrijke elementen van de ernst van het onwillekeurig urineverlies bundelt, namelijk de mate van bescherming (verbandgebruik), de hoeveelheid urineverlies, de frequentie van het urineverlies, de aanpassing van activiteiten door het urineverlies en het lichaamsbeeld van de patiënt als gevolg van het urineverlies (59).

- **Uitvoering:** invullen van een vragenlijst (zie volg. blz). Deze test is in de praktijk gemakkelijk in te vullen door de patiënt (59).
- **Score:** voor elk onderdeel is een score van 1 tot 4 punten mogelijk. De totaalscore is de som van de 5 vragen. De minimum score is derhalve 5 en de maximum score 20 punten.
- **Norm:** een hoge PRAFAB-score (>14 punten) lijkt een redelijk betrouwbare indicatie te zijn voor een ernstig urineverlies. Een lage score (<14 punten) sluit echter een ernstig urineverlies niet uit.

#### **Methodologische kwaliteiten:**

**Betrouwbaarheid\*:** is bevredigend. Zes van de 20 patiënten die de PRAFAB-score twee keer invulden scoorden een verschillend aantal punten. In vijf van de zes gevallen bedroeg het verschil echter maar één punt.

**Validiteit\*:** in hetzelfde onderzoek werd de PRAFAB-score gevalideerd\* door de PRAFAB-score te vergelijken met de score op een verbandtest. De PRAFAB-score is echter slechts in een kleine populatie van patiënten onderzocht. Er zijn geen gegevens bekend over de responsiviteit\* van de PRAFAB-score.

### Mictie-dagboek - zie verderop

**Doel:** het inventariseren van eet-, drink- en plas(moment)gewoonten, teneinde specifieke adviezen daaromtrent te kunnen geven.

- **Uitvoering:** betrokkene noteert gedurende 24 uur in een mictiedagboek *wanneer* en *hoeveel* hij/zij: plast, drinkt, ongewild urineverlies heeft en welke klachten optreden.
- **Score:** de therapeut scoort de mictiefrequentie, de totale hoeveelheid geproduceerde urine, de hoeveelheid urine per keer, de verdeling over 24 uur, en de klachten (pijn, urine-verlies, mictiedrang).
- **Benodigheden:** mictie-dagboek - zie verderop.

**Methodologische kwaliteiten: geen gegevens.**

### VAS: Visuele Analoge Schaal

**Doel:** deze test meet de intensiteit van de klachten.

De VAS is uitgebreid omschreven in hoofdstuk 3 in het Algemene Deel.

**Prafab - Score-lijst voor de Bepaling van de ernst van het urine-verlies**

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

<p><b>'Protection' (BESCHERMING)</b></p> <p>1. Voor mijn urineverlies gebruik ik nooit verband.</p>
<p>2. Af en toe gebruik ik verband of moet ik mijn ondergoed verschonen.</p>
<p>3. Als regel draag ik verband of verschoon ik mijn ondergoed meerdere malen per dag.</p>
<p>4. Ik moet altijd verband gebruiken voor mijn incontinentie.</p>
<p><b>'Amount' (HOVEELHEID)</b></p> <p>1. Het urineverlies dat ik heb, is slechts een druppeltje.</p>
<p>2. Ik verlies ook weleens een scheutje urine.</p>
<p>3. Het verlies is zo veel dat het mijn verband en/of kleren flink nat maakt.</p>
<p>4. Ik verlies zo veel dat het mijn verband doorweekt en/of er doorheen lekt.</p>

**'Frequency' (FREQUENTIE)**

*Onvrijwillig urineverlies treedt bij mij op:*

1. Eens per week of minder.

2. Meer dan eens maar minder dan drie keer per week.

3. Meer dan drie keer per week, maar niet iedere dag.

4. Elke dag.

**'Adjustment' (AANPASSING)**

*Door mijn urineverlies:*

1. Laat ik mij niet hinderen in mijn dagelijkse leven.

2. Ben ik gestopt met sommige activiteiten, zoals sport en andere zware lichamelijke activiteiten.

3. Ben ik gestopt met de meeste lichamelijke activiteiten die onvrijwillig urineverlies veroorzaken.

4. Kom ik de deur bijna niet meer uit.

**'Body image' (LICHAAMSBEEELD)**

1. Mijn urineverlies kan me eigenlijk niets schelen.

2. Ik vind het vervelend en lastig, maar ik zit er niet echt mee.

3. Ik vind mijn urineverlies vies.

4. Ik walg van mezelf door mijn urineverlies.

Bron: Vierhout e.a., 1990



## **BIJLAGE 4**

### **Samenvatting literatuur behandel-effecten**

Deze bijlage is een herhaling van deel 1, hoofdstuk 3.3, samengesteld door het NPi in het betreffende NPi-rapport: zie blz 5. Er is geen literatuur gevonden over het effect van oefentherapie Cesar bij mensen met URINE-INCONTINENTIE.

#### **SAMENVATTING VAN LITERAATUUR OVER DE EFFECTIVITEIT VAN OEFENEN BIJ MENSEN MET URINE-INCONTINENTIE.**

##### **Het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren en blaastraining**

Hier toe behoren de volgende interventies (4):

- het instellen van een toiletregime, dat wil zeggen dat de patiënt volgens een vast tijdschema naar het toilet gaat of gebracht wordt (met name voor patiënten die voor toiletbezoek afhankelijk zijn van zorgverleners);
- blaastraining (het leren uitstellen van de mictie en het vergroten van de blaascapaciteit);
- het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren door bekkenbodempieroefeningen, voorlichting en begeleiding;
- biofeedback (audiovisuele informatie verschaffen over de activiteit van de bekkenbodemspieren door middel van een vaginaal of rectaal ingebrachte elektrode of registrator);
- elektrostimulatie (door prikkeling een motorische respons induceren, hetgeen kan bijdragen tot een beter bewustzijn van een correcte contractie van de bekkenbodemspieren);
- vaginale cones (zie 3 hierna).

Voor deze interventies kan de arts patiënten met URINE-INCONTINENTIE verwijzen naar een Oefentherapeut of fysiotherapeut. Deze interventies leiden bij de meeste patiënten tot een vermindering van de frequentie van URINE-INCONTINENTIE, hebben geen gerapporteerde bijwerkingen en leveren geen beperking op voor andere behandelingen in de toekomst (4).

##### **1 Het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren bij patiënten met stress-incontinentie**

In nationale en internationale richtlijnen over de behandeling van patiënten met URINE-INCONTINENTIE wordt aangeraden om bij alle vormen van stress-incontinentie te beginnen met het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren (4, 30). De reden voor deze aanbeveling is het feit dat bij de meeste patiënten het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren voldoende bevredigend resultaat oplevert, waardoor een operatief ingrijpen kan worden vermeden (42). Indien bij onvoldoende resultaat toch tot een operatie wordt besloten, heeft door voorafgaande oefentherapie intussen een verbetering van de proprioceptie van de bekkenbodemspieren plaatsgevonden. Dit laatste kan positief bijdragen aan het herstel na de operatie en het risico van postoperatieve complicaties verminderen (3). Ook wordt oefentherapie voorafgaand aan een operatie in het urogenitale gebied geadviseerd ter voorkoming van postoperatieve complicaties.

De belangrijkste (functionele) doelstelling van het oefenen van de bekkenbodemspieren is een optimale functie van de bekkenbodemspieren tijdens dagelijkse houdingen en bewegingen en dagelijkse activiteiten (werk, sport).

"De theoretische doelstelling voor het oefenen van de bekkenbodemspieren is de verbetering van het extrinsiek ondersteunend en afsluitend mechanisme, waardoor tevens een positief effect op het intrinsiek urethraal afsluitmechanisme wordt uitgeoefend. Het oefenen geeft versterking van de periurethrale spieren en van de bekkenbodemspieren. Door de bekkenbodemspieren aan te spannen ontstaat een vernauwing van de urethra, waardoor tijdens een abrupte drukverhoging in de buik of blaas urineverlies kan worden voorkomen. Tevens worden de organen in het bekken ondersteund door aanspanning van de bekkenbodemspieren (32)."

"Het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren begint met het bewust leren aanspannen van de bekkenbodemspieren. Het selectief kunnen aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren vormt een belangrijk aspect van dit bewustwordingsproces. Voorwaarde voor effectieve verbetering door bekkenbodempieroefeningen is het steeds correct contraheren van de bekkenbodemspieren. Versterking van de bekkenbodemspieren treedt op na een regelmatig, intensief en langdurig oefenprogramma (43-45)."

"De verbetering van de absolute kracht en het uithoudingsvermogen van de bekkenbodemspieren biedt op zichzelf nog geen garantie voor een correct functioneren van het continentiemechanisme. Hiervoor is een opbouw nodig van geïsoleerde bewuste aanspanning tot aan het automatisch gebruik van de bekkenbodemspieren, ook tijdens dagelijkse houdingen en activiteiten (34)."

"Wallace geeft een voorbeeld van een adequaat oefenprogramma gericht op het verbeteren van de kracht van de bekkenbodemspieren (46). De bekkenbodemspieren bestaan uit twee typen spiervezels

met verschillende functies: type I-spiervezels voor de langdurige contracties ten behoeve van het heffen/steunen en type II-spiervezels voor de snelle, kortdurende contracties ten behoeve van het sluiten. Zowel type I-spiervezels als type II-spiervezels worden geoefend met overload-strategieën. Type I-spiervezels worden getraind door contracties van vijf à vijftien seconden uit te voeren, type II-spiervezels door snelle contracties van één à twee seconden. De oefenseries (vijf tot dertig keer per serie) moeten zo vaak gedaan worden dat spiervermoeidheid in de bekkenbodem optreedt. Het oefenen vindt één à twee maal per dag plaats. Voorzichtigheid is geboden ter vermindering van overbelasting."

"Huiswerk oefeningen vormen een essentieel onderdeel van het oefenprogramma. Motivatie van de patiënt en de therapeut zijn belangrijke voorwaarden voor het genereren van succes van de therapie (43, 47)."

Bekkenbodemspieroefeningen hebben een positief effect op het onvrijwillig urineverlies als gevolg van stress-incontinentie bij vrouwen (4, 43, 47). Bij mannen met URINE-INCONTINENTIE is nog weinig onderzoek verricht over de effectiviteit van bekkenbodemspieroefeningen (48). Uit recent onderzoek blijkt dat bekkenbodemspieroefeningen een positief effect hebben op stress-incontinentie bij mannen na een prostatectomie (49).

"Het bepalen van de effectiviteit van bekkenbodemspieroefeningen wordt gehinderd door een gebrek aan uniformiteit met betrekking tot de methodologische criteria die worden gehanteerd in de meeste wetenschappelijke onderzoeken (18, 43)." Momenteel bestaat er nog geen overeenstemming over het meest adequate oefenprogramma wat betreft het aantal oefeningen, de frequentie en de intensiteit van oefenen, of over de minimale duur van dergelijke oefenprogramma's (43, 47). "Verder onderzoek naar wat optimale oefenprogramma's zijn is nodig (43, 46)."

## **2 Extensie-spierketen**

"De bekkenbodem participeert in een extensie-spierketen die gevormd wordt door voornamelijk de m. extensor hallucis longis, de m. biceps femoris, de m. obturatorius internus, de m. rectus abdominis, de m. obliquus abdominis internus en externus, de m. latissimus dorsi en de cervicale flexoren. De functie van de bekkenbodemspieren kan niet los gezien worden van het functioneren van deze spierketen (34). Als deze spierketen slecht functioneert, functioneren ook de bekkenbodemspieren slecht. Spieren werken niet solistisch bij een bewegingsactie, maar werken na elkaar als in een reeks (intermusculaire coördinatie). Ze steunen, activeren of remmen elkaar af. Een reeksbeweging wordt spierketen genoemd."

"De bekkenbodemspieren zijn links en rechts in het bekken via fasciabladen verbonden met de m. obturatorius internus. Als de m. obturatorius internus op spanning komt bij exorotatie van het been, zullen vervolgens de bekkenbodemspieren ook op spanning komen. De conclusie die getrokken kan worden is dat de bekkenbodemspieren de exorotatieketen nodig hebben om op spanning te komen. Aan de voorzijde zijn de bekkenbodemspieren verbonden met peesweefsel van de symfyse en fasciabladen van de buikspieren en aan de achterkant met peesweefsel van het os coccygis en fasciabladen van de thoracolumbale fascia. Ook is er een verbinding met de m. gluteus maximus. Het opvangen van de buikdruk kan alleen dan adequaat plaatsvinden wanneer spieren in de juiste ketens elkaar steunen en opspannen. In dit geval werken buik- en bekkenbodemspieren samen ten behoeve van drukopvang en helpen stabilisatoren van het bekken dit mogelijk te maken."

"Het niet optimaal functioneren van een spierketen kan bijdragen tot dysfunctie van de bekkenbodemspieren met URINE-INCONTINENTIE als gevolg. Het is dus van belang te analyseren waar zich de zwakke schakel in de spierketen bevindt."

## **3 Vaginal cones bij patiënten met stress-incontinentie**

"Het gebruik van vaginal cones kan eventueel dienen als hulpmiddel bij bekkenbodemspieroefeningen. De patiënt krijgt een set cones van gelijke omvang, maar met een stijgend gewicht per cone. Als onderdeel van het oefenprogramma brengt de vrouw tweemaal per dag de gekozen cone intravaginaal in volgens een vaste procedure en probeert vervolgens door haar bekkenbodemspieren aan te spannen de cone ongeveer 15 minuten vast te houden. Op deze wijze zouden de bekkenbodemspieren versterkt kunnen worden terwijl de patiënt gelijktijdig proprioceptieve feedback krijgt."

"Bij premenopauzale vrouwen varieert het succespercentage van deze behandeling tussen 68 en 79% (4, 35, 50, 51)." De onderzoeken zijn van matige kwaliteit. Over het effect bij postmenopauzale vrouwen is weinig bekend (4). "Verder onderzoek naar de waarde van vaginale cones in de behandeling van patiënten met stress-incontinentie is nodig (43, 52)." Een contra-indicatie voor het gebruik van vaginale cones is de aanwezigheid van een uterusprolaps (4).

## **4 Blaastraining bij patiënten met urge-incontinentie**

Blaastraining is een gedragsmatige interventie, waarvan het doel is dat de patiënt een langere tijdsperiode tussen twee micties en een groter urine-volume bereikt. De methode die meestal gebruikt wordt is die van Frewen (53), die als grondlegger van de blaastraining gezien kan worden. De patiënt leert het gevoel van mictiedrang te onderdrukken, de mictie uit te stellen en te urineren volgens een tijdschema (4). Het geven van voorlichting en adviezen over de controle van de blaas en over het uitstellen van de mictie (volgens een tijdschema) zijn hierbij belangrijk (33). De training kan enkele maanden duren. In deze periode geeft de therapeut positieve feedback om het nieuwe gedrag te bekrachtigen (4).

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat blaastreining bij vrouwen met urge-incontinentie effectiever is dan geen behandeling of een behandeling met medicijnen (4, 33). Er zijn geen onderzoeken gevonden over de effectiviteit van blaastreining bij mannen met urge-incontinentie (48).

#### **5 Het verbeteren van de functie van de bekkenbodemspieren bij patiënten met urge-incontinentie**

In de internationale richtlijn over URINE-INCONTINENTIE worden bekkenbodemspieroefeningen in combinatie met blaastreining aangeraden als therapie voor zowel vrouwen als mannen met urge-incontinentie (4).

De theoretische verklaring van de wijze waarop bekkenbodemspieroefeningen kunnen werken bij patiënten met urge-incontinentie is nog niet voldoende duidelijk (33). Mogelijke verklaringen zijn (33, 54):

- bekkenbodemspieroefeningen leiden tot een verandering in de activiteit van de bekkenbodemspieren, hetgeen automatisch leidt tot een afremming van de activiteit van de m. detrusor;
- de patiënt leert bewust de bekkenbodemspieren aan te spannen tijdens mictiedrang, waardoor de contractie van de m. detrusor wordt afgeremd (facilitatie van de detrusor inhibitie reflex).

Er is onvoldoende bewijs dat bekkenbodemspieroefeningen alleen of in combinatie met blaastreining effectief zijn bij vrouwen met urge-incontinentie (33). Dit is echter slechts beperkt onderzocht (33).

#### **6 Behandeling en begeleiding van patiënten met URINE-INCONTINENTIE in groepsverband**

Naast individuele therapie is ook behandeling in groepsverband mogelijk bij patiënten met URINE-INCONTINENTIE. In een groot Nederlands onderzoek bij vrouwen met URINE-INCONTINENTIE is het effect van groepstherapie in vergelijking met het effect van individuele therapie onderzocht (55). Vrouwen met stress- en/of urge-incontinentie die voldoende gemotiveerd waren voor oefentherapie door de fysiotherapeut werden door de huisarts verwezen naar een fysiotherapeut en kregen vervolgens individuele therapie of groepstherapie. Beide therapievormen bestonden uit oefeningen voor de bekkenbodemspieren, blaastreining en voorlichting over medische aspecten, opvangmateriaal, relatie met voeding en seksualiteit. De groepstherapie bestond uit negen bijeenkomsten van twee uur in een tijdsperiode van drie maanden, met een terugkombijeenkomst drie maanden later. Een huisarts, seksuologe en apothekersassistente leverden een bijdrage aan de therapie. De individuele therapie bestond uit elf bijeenkomsten van een half uur. In de individuele therapie werd meer rekening gehouden met individuele omstandigheden en klachten. Er werden geen verschillen gevonden tussen de twee therapievormen wat betreft de mate van incontinentieklachten, het welbevinden, de gevolgen in het dagelijks leven, de subjectief ervaren verandering, de kosten en de medische consumptie. Groepstherapie werd iets plezieriger en boeiender gevonden dan individuele therapie. Vrouwen die individuele therapie hadden gehad waren meer te spreken over de aandacht van de therapeut en hadden minder moeite met het volgen van de therapie en het oefenen thuis. In beide groepen werden aanzienlijke verbeteringen gevonden, die ook één jaar na beëindiging van de therapie nog aanwezig waren.

"In een ander onderzoek bij vrouwen met stress-incontinentie werd het effect van intensief oefenen in groepsverband vergeleken met het alleen oefenen thuis (39). De groepstherapie bestond uit een specifiek oefenprogramma van 45 minuten per keer door een instructeur. De patiënten kregen instructies om drie keer per dag gedurende zes maanden acht tot twaalf krachtige bekkenbodemspiercontracties uit te voeren ('intensief oefenen'). De huiswerkgroep kreeg hetzelfde programma maar zonder groepstraining ('alleen thuis oefenen'). De resultaten in de intensieve groep waren significant beter dan in de huiswerkgroep (39)."

#### **7 Preventie**

Uit onderzoek is gebleken dat het oefenen van de bekkenbodemspieren tijdens de zwangerschap ook kan bijdragen aan het voorkomen van stress-incontinentie. "Oefenen zou leiden tot een geringere beschadiging van de bekkenbodemspieren en een bespoediging van het herstel na de bevalling. De bekkenbodemspierfunctie zou beter behouden blijven en op langere termijn mogelijk zelfs verbeteren (32)."



## BIJLAGE 5

### Bronnen / Literatuur

#### UITGAVEN VERKRIJGBAAR BIJ OF VIA DE VBC:

##### INFORMATIE OVER CESAR

- De Bewegingsleer Cesar, beknopte uiteenzetting. Borrias, G.J. Utrecht, 1965.
- De Bewegingsleer Cesar, norm en doelstelling. Cesar, M.D. Amersfoort, 1968.
- De Bewegingsleer Cesar, besproken vanuit de psychologie van het motorisch leren. Hasper, H.C. Huizen, 1979.
- Vijftig jaar Bewegingsleer Cesar, inleiding op ontstaan, theorie en werkwijze. Hasper, H.C. Huizen/Den Dolder, 1987.
- Rapport 1e-fase onderzoek 1986 naar de resultaten van de oefentherapie Cesar, Den Dolder, 1986.
- Rapport 2e-fase onderzoek 1988, naar de resultaten van de oefentherapie Cesar, Huizen/Den Dolder, 1988.
- De behandeling van kinderen met schrijfproblemen. Uneken, A. Groningen, 1994.
- De expressie van het lichaam: een Cesartherapeute over staan. Buchem, G. van. Antwerpen/Eindhoven, 1995.
- Kijk op Cesar: Resultaatgegevens Oefentherapie Cesar, VBC, 1998; daarin maar ook los verkrijgbaar: overzicht van onderzoeken, verricht door o.m. Opleiding/VBC (1984, 1986, 1988), NPi (1995, 1996, 1997), Nivel (1994) en TNO (1995, 1998).

#### NIVEL: CIJFERS OVER DE BEROEPSUITOEFENING - meer informatie: <http://www.nivel.nl>

- Jaarboek LIPZ 2001, deel II; Wimmers R, Swinkels I, Konink M. de, Bakker D. de, Ende E. van den. Nivel, Utrecht, 2002.
- Jaarboek LIPZ 2002, deel II, Wimmers R, Swinkels I, Konink M. de, Bakker D. de, Ende E. van den. Nivel, Utrecht, 2003.

#### INFORMATIE OVER WHIPLASH - adressen: zie colofon

#### BRONNEN/LITERATUUR GERAADPLEEGD DOOR HET NP

##### De noten verwijzen naar / behoren bij deel 1 en bijlage 4, afkomstig uit:

Rapport Richtlijnontwikkeling Oefentherapie Cesar bij patiënten met urine-incontinentie, onder leiding van Jans, M.P.; uitg. Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort, februari 2001; ISBN: 90-73054-97-4.

- 1 Berghmans, LCM, Bernards, ATM, Bluysen, AMWL, e.a. KNGF-Richtlijn Stress-incontinentie. Ned Tijdschr Fysiotherapie 1998; 108 (Supl):1-35.
- 2 Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, e.a. The standardization of terminology of lower urinary tract function. Scand J Urol Nephrol 1988; 114 (Suppl):5-19.
- 3 Wall LL, Davidson GD. The role of muscular re-education by physical therapy in the treatment of genuine stress urinary incontinence. Obstet Gynaecol Surv 1992; 47(5):322-331.
- 4 Fantl JA, Newman DK, Colling J, e.a. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Clinical Practice Guideline, No. 2, 1996 Update. Rockville MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; March 1996, AHCPR Publication No. 96-0682.
- 5 Hampel C, Wienhold D, Benken N, e.a. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. Urology 1997; 50 (Suppl 6a): 4-14.
- 6 Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk (proefschrift). Nijmegen: Katholieke Universiteit; 1991.
- 7 Kok ALM, Voorhorst FJ, Halff-Butter CMC, e.a. De prevalentie van urine-incontinentie bij oudere vrouwen. Ned T Geneesk 1991; 135:98-101.
- 8 Van der Weide M. Verpleegkundige diagnostiek en interventies voor patiënten met urine-incontinentie. De Tijdstream: Utrecht; 1996.
- 9 Schulman C, Claes H, Matthijs J. Urinary incontinence in Belgium: a population-based epidemiological survey. Eur Urol 1997; 32: 315-320.
- 10 Bo K, Maehlum S, Oseid S, Larsen S. Prevalence of stress urinary incontinence among physically active and sedentary female students. Scand J Sports Sci 1989; 11:113-116.
- 11 Iosif CS, Bekassy Z, Rydhstrom H. Prevalence of urinary incontinence in middle-aged women. Int J Gynaecol Obstet 1988; 26:255-259.
- 12 Kay L, Stigsby B, Brasso K, e.a. Lower urinary tract symptoms: a population survey using the Danish Prostatic Symptom Score Questionnaire. Scan J Urol Nephrol 1999; 33:94-99.
- 13 Kampen M. Urine-incontinentie, bekkenbodembreëducatie. Leuven /Amersfoort: Acco; 1992.
- 14 Statistische bijlage Financieel Jaarverslag Ziekenfondsraad 1994: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Ziekenfondsraad: Amstelveen; 1995, p.3.
- 15 Boer PW de, Vereecken RL, Voogt HJ de. Urology. Utrecht: Bunge; 1987.

- 16 Karram MM, Bathia NN. Management of coexistent stress and urge incontinence. *Obstet Gynaecol* 1989; 73:4-7.
- 17 De Bruin AJJ. Incontinentie en hulpverlening. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum; 1990.
- 18 Urinary Incontinence Guidelines Panel: urinary incontinence in adults: Clinical Practice Guideline. Rockville MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services; 1992, AHCPR Pub.No.92-0038.
- 19 Wall LL, DeLancey JOL. The politics of prolapse: a revisionist approach to disorders of the pelvic floor in women. *Perspect Biol Med* 1991; 34:486.
- 20 Anderson RS. A neurogenic element to urinary genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1984; 91: 41-45.
- 21 Gilpin SA, Gosling JA, Smith ARB, e.a. The pathogenesis of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A histological and histochemical study. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:15-23.
- 22 Smith ARB, Hosker GL, Warrell DW. The role of pudendal nerve damage in the aetiology of genuine stress incontinence in women. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:29-32.
- 23 Swash M, Snooks SJ, Henry MM. Unifying concept of pelvic floor disorders and incontinence. *J R Soc Med* 1985; 78:906-911.
- 24 DeLancey JOL. Structural aspects of the extrinsic continence mechanism. *Obstet Gynaecol* 1988; 72:296-301.
- 25 DeLancey JOL. Stress urinary incontinence: Where are we now, where should we go? *Am J Obstet Gynaecol* 1996; 175:311-319.
- 26 Debruyne FMJ, Kerrebroeck PhEV van. Practical aspects of urinary incontinence. Den Haag: Martinus Nijhof; 1986.
- 27 Blok S de. Spatial architecture of musculo-fibrous tissue in the female pelvic region (proefschrift). Lisse: Swets & Zeitlinger BV; 1982.
- 28 Lisdonk EH, Bosch WHM van der, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 29 Dijkstra SJ, Mensink HJA, Janssens J. Urge-incontinentie, van medisch naar psychologisch model? *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131:814-817.
- 30 Lagro-Janssen ALM, Breedveldt Boer HP; Dongen JJAM van, e.a. NHG-Standaard Incontinentie voor Urine. *Huisarts Wet* 1995; 38:71-80.
- 31 Payne CK. Epidemiology, pathophysiology, and evaluation of urinary incontinence and overactive bladder. *Urology* 1998; 51 (Suppl 2a):3-10.
- 32 Hendriks HJM, Berghmans LCM, Bie RA de, e.a. Effectiviteit van fysiotherapie bij vrouwen met stress urine-incontinentie: een systematisch overzicht van gerandomiseerde studies. *Ned Tijdschr Fysiother* 1998; 108:96-105.
- 33 Berghmans LCM, Hendriks HJM, Bie RA de, e.a. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urology* 2000; 85:254-263.
- 34 Versprille ES. Begeleiding van patiënten met bekkenbodemdysfunctie. Utrecht: De Tijdstroom; 1995.
- 35 Wilson PD, Samarrai TA, Deakin M, e.a. An objective assessment of physiotherapy for female genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1987; 94:575-582.
- 36 Kujansuu E. The effect of pelvic floor exercises on urethral function in female stress urinary incontinence: a urodynamic study. *Ann Chirurg Gynaecol* 1983; 72:28-32.
- 37 Sandri SD, Marino V, Castiglioni M, e.a. The normal bladder compliance. *Neuro Urodyn* 1990; 9:207-208.
- 38 Tapp AJS, Hills B, Cardozo LD. Randomized study comparing pelvic floor physiotherapy with the Burch colposuspension. *Neuro Urodyn* 1989; 8:356-357.
- 39 Bo K, Hagen RR, Kvarstein B, e.a. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence. Effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercises. *Neuro Urodyn* 1990; 9:489-502.
- 40 Hilton, P. The role of urodynamics in pelvic floor re-education. In: Schussler B, Laycock J, Norton P, e.a. (editors). *Pelvic Floor Re-Education*. London: Springer-Verlag; 1994.
- 41 Berghmans LCM, Frederiks CMA, Bie RA de, e.a. Efficacy of biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. *Neuro Urodyn* 1996; 15:37-52.
- 42 Klarskov P Belving D, Bischoff N, e.a. Pelvic floor exercise versus surgery for female urinary stress incontinence. *Urol Int* 1986; 41:129-132.
- 43 Bo K. Physiotherapy to treat genuine stress incontinence. *Int Cont Surv* 1996; 6:2-8.
- 44 DiNubile NA. Strength training. *Clin Sports Med* 1991; 10:33-62.
- 45 American College of Sports Medicine (ACSM). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults. *Med Sci Sports Ex* 1990; 22:265-274.
- 46 Wallace K. Female pelvic floor functions, dysfunctions, and behavioral approaches to treatment. *Clin Sports Med* 1994; 13:459-481.
- 47 Berghmans LCM, Hendriks HJM, Bo K, e.a. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urology* 1998; 82:181-191.
- 48 Moore KN, Dorey GF. Conservative treatment of urinary incontinence in men: a review of the literature. *Physiotherapy* 1999; 85:77-87.
- 49 Kampen M van, Weerdt W de, Poppel H van, e.a. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355:98-102.
- 50 Peattie AH, Plevnic S, Stanton SL. Vaginal cones: a conservative method of treating genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95:1049-1053.
- 51 Olah KS, Bridges N, Denning J, e.a. The conservative management of patients with symptoms of stress incontinence: a randomized prospective study comparing weighted vaginal cones and interferential therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 87-92.

- 52 Wilson PD. Conservative management of urethral sphincter incompetence. *Clin Obstet Gynaecol* 1990; 33: 330-345.
- 53 Frewen W. Role of bladder training in the treatment of the unstable bladder in the female. *Urol Clinics N America* 1979; 6:273-277.
- 54 Messelink EJ. The overactive bladder and the role of the pelvic floor muscles. *BJU International* 1999; 83 (Suppl.2):31-35.
- 55 Janssen CCM, Lagro-Janssen ALM, Felling AJA. Effectiviteit van oefentherapie bij vrouwen met urine-incontinentie: individuele therapie versus groepstherapie door fysiotherapeuten. *Huisarts Wet* 2000; 43: 458-464.
- 56 Vereniging Bewegingsleer Cesar. Beroepsprofiel oefentherapie Cesar. Utrecht: Vereniging Bewegingsleer Cesar; 1994.
- 57 Millard RJ. Overcoming incontinence. Wellingborough: Thorsons; 1987.
- 58 Heuvel CMF van den, Vogels EMHM, Wams HWA. Verslag van het HOF-project: Handreikingen voor de communicatie tussen huisarts, fysiotherapeut, Oefentherapeut Cesar en/of Oefentherapeut-Mensendieck. Amersfoort: KNGF, LHV, NVOM, VBC, NPi; 1999.
- 59 Vierhout ME, Mulder AFP, Bolhuis C van, Heyde A van der. De PRAFAB score: een score ter beoordeling van de ernst van onwillekeurig urineverlies bij de vrouw. Concept.
- 60 Burgt M van der, Verhulst F. Doen en blijven doen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1996.
- 61 Hoenen JAJH, Tielen LM, Willink AE. Patiëntenvoorlichting stap voor stap: suggesties voor de huisarts voor de aanpak van patiëntenvoorlichting in het consult. Rijswijk: Uitgeverij voor gezondheidsbevordering, Stichting O&O; 1988.
- 62 Lagro-Janssen ALM, Smits AJA, Weel C van. Urine-incontinentie en de kwaliteit van leven: ervaringen van thuiswonende vrouwen van 20-65 jaar met onwillekeurig urineverlies. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1993; 71:378-382.
- 63 Lagro-Janssen ALM, Smits AJA, Weel C van. Gunstig effect van oefentherapie bij urine-incontinentie in de huisartspraktijk vooral afhankelijk van therapietrouw en motivatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138:1273-1276.



## BIJLAGE 6

### Afkortingen / Verklarende woordenlijst

#### AFKORTINGEN

ADL	Activiteiten in het Dagelijks Leven
BKPZ	Programma Bevordering Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (1997-2000) voor 10 paramedische beroepsgroepen ingesteld door het ministerie van VWS, gesubsidieerd door de Ziekenfondsraad, thans CvZ
CTG	Centraal orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing
CvZ	College voor Zorgverzekeringen
HOF	Handreiking voor communicatie tussen Huisarts, Oefentherapeut Cesar of Mensendieck, Fysiotherapeut
ICF	Internationale Classificatie van functie/structuur, vaardigheden en participatie; de ICF vervangt de ICIDH
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
IOC	Intercollegiaal Overleg Oefentherapeuten Cesar
LiPZ	Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg Een registratie-project van het Nivel voor Oefentherapie Cesar, -Mensendieck en Fysiotherapie
MJA	MeerJarenAfspraken, vastgelegd in convenant met VWS, juli 1999
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nivel	Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
OTC	Oefentherapeut Cesar (of meervoud), soms ook Oefentherapie Cesar
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar
WFO	Werkgroep Fysio- en Oefentherapie Cesar/Mensendieck
Cesar	De naam Cesar wordt, waar mogelijk ter vereenvoudiging van de tekst, als afkorting gebruikt voor de begrippen Oefentherapeut-, oefentherapie-, bewegingsleer- of bewegingstherapie Cesar dan wel voor de beroepsgroep als geheel.

#### VERKLARENDE WOORDENLIJST NPi

##### **Betrouwbaarheid**

Een test is betrouwbaar indien deze bij herhaling dezelfde uitkomsten geeft.

##### **Cystocèle**

Blaasbreuk of blaasverzakking (descensus uterus = verzakking van de voorwand van de vagina).

##### **Epidemiologie**

Wetenschappelijke studie van epidemieën, resp. studie naar het voorkomen van bepaalde ziekten/aandoeningen binnen de bevolking.

##### **Etiologie**

Leer van de (ziekte)oorzaken

##### **Intravesicale druk**

Druk in de blaas

##### **Irritable Bowel Syndroom**

Prikkelbare darm, lichamenlijk onverklaarde buikklachten zoals buikpijn, onregelmatige stoelgang, slijm bij ontlasting, winderigheid

##### **Inwendige methode**

Palpatie via de vagina en/of anus

##### **Incidentie**

Het aantal nieuwe ziektegevallen dat zich in een bepaalde tijdsperiode (1 jaar) voordoet.

##### **m. detrusor**

Blaaspier

##### **Meta-analyse**

Een samenvattend overzichtsartikel met een expliciete beoordeling van de methodologische kwaliteit van onderzoeken met een bepaalde vraagstelling en een kwantitatieve samenvatting van de uitkomsten. Er wordt mee beoogd een zo precies mogelijke schatting te geven van een relatie tussen bestudeerde variabelen (bijv. het effect van therapeutische interventies).

**Prevalentie**

Het aantal ziektegevallen dat op een gegeven tijdstip in de bevolking aanwezig is.

**RCT: gerandomiseerd uitgevoerd effectonderzoek, Randomised Clinical Trial**

Effectonderzoek waarbij elke onderzookspersoon evenveel kans heeft om in de interventiegroep te komen, doordat een aselece toewijzingsprocedure wordt gehanteerd. Aselect toewijzen op basis van loting leidt er in principe toe dat bij aanvang van het onderzoek de interventie- en controlegroep in alle opzichten aan elkaar gelijk zijn.

**CT: niet gerandomiseerd effect onderzoek, Controlled Trial**

Effectonderzoek met een controlegroep, niet gerandomiseerd uitgevoerd. De toewijzing aan de interventie- en controlegroep is niet op basis van loting. Hierdoor is de kans groter dat de interventie- en controlegroep bij aanvang niet hetzelfde zijn. Dit kan leiden tot een vertekend resultaat. De bewijskracht van een CT is daarom kleiner dan die van een RCT.

**Responsiviteit/gevoeligheid voor veranderingen**

Een effectmaat moet voldoende gevoelig (responsief) zijn voor de in werkelijkheid aanwezige veranderingen in gezondheids- of ziektestatus om het effect van een interventie te kunnen vaststellen.

**Review**

Een samenvattend overzichtsartikel waarin alle onderzoeken over één onderwerp bij elkaar zijn gezet en aan een kritische beschouwing zijn onderworpen.

**Standaarddeviatie**

Een maat om de spreiding van waarnemingen aan te geven rondom een gemiddelde.

**Systematische Review**

Een overzichtsartikel dat systematisch tot stand is gekomen door vooraf de vraagstelling van het overzichtsartikel en de methode van verzamelen van literatuur te definiëren, te verantwoorden waarom bepaalde artikelen niet zijn opgenomen en de geïncludeerde onderzoeken op methodologische kwaliteit te beoordelen.

**Urethrale druk**

Afsluitdruk urethra

**Uterocèle**

Verzakking van de baarmoeder

**Validiteit**

Een test is valide indien deze een nauwkeurige representatie geeft van de in werkelijkheid aanwezige gezondheids- of ziektestatus.

## **BIJLAGE 7**

### **Checklist Onderzoeken en Behandelen**

**D**e tekst van de in deze bijlage opgenomen checklist is een samenvatting van een aantal tabellen uit hoofdstuk 6 en 7 van de richtlijn, samengesteld door enkele leden van de klankbordgroep. Oefentherapeuten Cesar kunnen deze bijlage voor eigen gebruik kopiëren, bijvoorbeeld voor bespreking in een IOC\* of voor andere doelen in het kader van kwaliteitsbeleid. Een speciale geplastificeerde versie van deze checklist voor gebruik in de praktijk, is eveneens bij deze specifieke richtlijn bijgevoegd.



**CHECKLIST VBC-richtlijn****URINE-INCONTINENTIE****1 VERWIJZING** noodzakelijke informatie

(tabel 5 in richtlijn)

diagnose	R	mogelijk onderliggende oorzaak en eventuele prognose
	R	type incontinentie
ernst	R	is de klacht te beïnvloeden met oefentherapie
ziekte- geschiedenis	R	bevalling, traumata, operaties
	R	belemmerende factoren • prolaps uteri • congenitale aandoeningen • uterocele • cystocele
	R	andere aandoeningen • diabetes • hormoonafwijkingen
	R	eerdere/andere behandelingen zoals • operatie • therapie en • resultaten daarvan
overdrachts- gegevens	R	medicatie indien van invloed op de klachten
contra-indicaties	R	zo ja: welke en waarom
onderzoek	R	urodynamisch, bekkenbodemspieren
beloop	R	mate van verbetering / verslechtering
overig	R	bijv. psychosociale informatie

**2 ONDERZOEK** anamnese specifiek

(tabel 8 in richtlijn)

status praesens	N	activiteiten • handelingen • situaties waarbij urineverlies optreedt • aanwezigheid faeces- incontinentie
	N	urineverlies • hoeveelheid • frekwentie • tijdstip • gewaarwording urineverlies
	N	vochtinname • hoeveelheid
	N	mictiegedrag • frekwentie toiletgebruik • houding
	N	overige klachten zoals • urineweginfecties • obstipatie • klachten in relatie met menstruatie • pijn bij mictie • seksuele activiteit • menopauze
begin en beloop	N	eerdere therapeutische interventie(s) o.a. medicatie • plastabletten • andere medicijnen
	N	reeds verricht onderzoek
	N	(leer)effect van eerdere behandelingen
	N	herstel na bevallingen, operaties
factoren die klachten beïnvloeden	N	HNP (operatie)
	N	wijze waarop betrokkene met de klachten omgaat • mate van spanning • ongerustheid • invloed op sociale activiteiten, werk e.d.
hupmiddelen	N	belasting van werk, sport, thuissituatie en mate van zelfredzaamheid gebruik incontinentiemateriaal

**3 ONDERZOEK** algemene indruk, statiek, inspectie en palpatie

(tabel 9 in richtlijn)

spiertonus	N	algemeen
	N	buik-, bekken- en benenregio
houding	N	staan en zitten (bekken, wervelkolom)
	N	symmetrie
	N	ademhaling • adem “vast”houden • oppervlakkig
overig	N	lichaamsproporties (adipositas)
	N	circulatiestoornissen
	N	huidirritaties (door incontinentie materiaal)

**4 ONDERZOEK** algemeen bewegingsonderzoek

(tabel 10 in richtlijn)

dagelijks bewegen	N	uitvoering (dagelijks) meest uitgevoerde bewegingen
specifiek	N	dysfunctie bekkengordelspijeren • hypo-/hypertonie • coördinatie
	N	algemene beweeglijkheid • hypermobiliteit
	N	beweeglijkheid bekkenregio
	N	zwakke schakels in spierketens
	N	adembeweging

**5 ONDERZOEK** specifiek bewegingsonderzoek

(tabel 11 in richtlijn)

kracht	N	bekkenbodemspieren; uithoudingsvermogen
	N	extensie spierketen
proprioceptie	N	bekkenbodemspieren
mobiliteit	N	heupgewrichten en wervelkolom

**6 ANALYSE** en conclusies (tabel 12 in richtlijn)

hulpvraag	R	wat is de eigenlijke hulpvraag
belangrijkste problemen	R	belangrijkste gezondheidsproblemen en klachten, m.n. soort incontinentie
	R	mate van (in)directe samenhang met de incontinentie
		• persoonsgebonden factoren • leefomstandigheden
beloop	R	inschatting beloop van de behandeling o.g.v. prognose
beïnvloedbaar	R	welke aspecten zijn beïnvloedbaar d.m.v. ot-Cesar
onbeïnvloedbaar	R	welke specifieke aspecten beïnvloeden de therapie
begrip	R	begrijpt betrokkene wat de behandeling inhoudt
motivatie	R	is betrokkene gemotiveerd voor de behandeling
aangrijpingspunten	R	belangrijkste aangrijpingspunten voor behandeldoelen resp. behandeling

**7 BEHANDELING** behandeldoelen (tabel 13 in richtlijn)

bewustwording	N	van de eigen houdings- & bewegingsgewoonten
correctie	N	van relevante houdingen en bewegingen
algemeen	N	verminderen/opheffen urineverlies
	N	verkrijgen bewuste controle bekkenbodemspieren
	N	optimaliseren toiletgedrag en mictiedrang
specifieke subdoelen	N	afhankelijk van type incontinentie: zie richtlijn tabel 13

**8 BEHANDELING** behandelplan (tabel 14 in richtlijn)

bewegen	N	totaliteit van bewegen
		• bewustwording • juiste uitvoering • opvolging adviezen
bekkenregio	N	bewustwording / verbetering gebruik spieren bekkenregio
specifiek	N	ademhaling
	N	ontspanning (algemeen en specifiek bekkenbodem)
	N	afhankelijk van soort incontinentie: toilettraining e.d. zie tabel 14.1 t/m 14.4

**9 BEHANDELING** informatie, advies & begeleiding (tabel 15 in richtlijn)

informatie over	N	het ziektebeeld aan betrokkenen zoals
		• gevolgen • mogelijk verloop • risico's • pijn
		• mogelijke behandelingen
		• medicatie • operatie • prognose
		• aanpassingen werk, hobby, huishouding
informatie aan	N	verzorgers/familie afhankelijk van de vraag adviseren en begeleiden
	N	per <b>type</b> incontinentie: zie richtlijn tabel 15
adviezen	N	m.b.t. optimaal gezondheidsgedrag (zelfmanagement)
		• specifieke oefeningen thuis
		• oefengroepen • sport
		• specifieke houdingen & bewegingen
begeleiding	N	advies en begeleiding m.b.t.
		• sociale activiteiten
		• patiëntenorganisaties • lotgenoten

**10 VERSLAGLEGGING** (tabel 16 in richtlijn)

diagnose	R	verwijsdiagnose / gegevens
beroepsspecifiek	R	diagnose volgens onderzoek therapeut
behandeling	R	doelen
behandel-gegevens	R	aantal • frequentie • duur
	R	motivatie
	R	reden beëindiging
behandel- resultaat	R	m.b.t. verloop klachten (toe-/afname)
	R	m.b.t. houdingen en bewegingen (ADL)
	R	m.b.t. specifieke doelen bijv terug naar werk
follow up	R	adviezen aan verwijzer m.b.t. vervolg
nadere gegevens	R	vragen over nadere specialistische gegevens
andere		
verrichting	R	gegeven adviezen
	R	verstrekke voorlichting
	R	geboden begeleiding

vervolg/overleg R gegeven instructies  
R gegevens m.b.t. bereikbaarheid therapeut

## Index / trefwoorden

Behandeling	6, 10-14, 16-18, 20, 24-26, 30-32, 37, 49, 53-55
- aantal /duur / resultaat	16, 17, 34, 35
- medicamenteus	11
- operatieve	8, 10, 11, 12, 15-18, 22, 30, 53
- biofeedback	11, 53
- elektrostimulatie	11, 53
- vaginal cones - zie V	
Blaastraining	11-15, 27-33, 53-55
Cystocèle	10, 17, 22, 61
Continentie-mechanisme	7, 31
Contra-indicatie	13, 17, 23, 54
Extensie-spierketen	12, 13, 24, 28, 54
Gedagsverandering	26, 30, 37
Incontinentie (stress-, urge-, ed)	5-14, 15-32, 51-53
- samenvatting kenmerken	20
Intravesicale druk	6, 61
Irritable Bowel Syndroom	23, 61
Inwendige onderzoek / methode	21, 23, 27, 61
Incidentie	15, 59
m. detrusor	6-9, 13, 20, 21, 28, 31, 55, 61
Mannen	6-13, 15, 27, 52, 55
Mictie (-urgentie/-reflex/-frequentie)	6-11, 13-16, 20-22, 27, 29-32, 51-55
- dagboek	10, 14, 21, 52
Palpatie	21, 23, 28, 49, 50, 61
Pessarium	10
Prafab-score	14, 21, 48, 49
Prevalentie	6, 7, 15, 62
Preventie	14, 30, 55
Prognose	10, 15, 17, 30
Responsiviteit	50, 62
Sfincter	7, 8, 10, 11, 28
Spierketen (extensie-) zie Extensie -	
Spiertonus	23
Testen	21, 24, 49, 50
Toiletgedrag	16-19, 22, 23, 27, 29, 30, 33
Uithoudingsvermogen	12, 20, 24, 26-29, 33, 49, 53
Urethrale druk	6, 7, 62
Urethraal afsluitmechanisme	7, 8, 11, 12, 20, 26, 28, 31, 53
Uterocèle	17, 62
Uterus	7, 10, 13, 17, 22, 54, 61
Vaginal cones	13, 28, 54
VAS test	14, 50
Zwangerschap	10, 14, 18, 55