



RICHTLIJN
INTIEME ZONES

Amsterdam, 23 mei 2016, versie 1.0
Uitgevoerd door de SWOO

Inhoud

1. INLEIDING	4
2. DE BEHANDELAAR-PATIËNTRELATIE	8
2.1 een functionele relatie	8
2.2 De genezende relatie	9
2.3 De emotionele relatie	12
2.4 Grensoverschrijdend gedrag	13
3. HYGIËNISCH WERKEN BIJ HET INWENDIG ONDERZOEK EN BEHANDELEN VAN PATIËNTEN	16
4. ANAMNESE	18
4.1 Rode en gele vlaggen	18
4.2 Intra buccaal	21
4.3 Dorsale perineum	23
4.4 Ventrale perineum	28
4.5 Mammae	32
5. ONDERZOEK INTIEME ZONES	35
5.1 Intra oraal/ buccaal onderzoek	35
5.2 Onderzoeken dorsale perineum	36
5.3 Onderzoek ventrale perineum	37
5.4 Onderzoek van de mammae	39
6. BEHANDELTECHNIEKEN INTIEME ZONES	41
6.1 Intrabuccale technieken	41
6.2 Dorsale perineum	42
6.3 Ventrale perineum	43
6.4 Mammae	44
7. RISICO-BATENANALYSE	46
7.1 Behandelplan opstellen	46
7.2 Onderzoek naar effecten	47
7.3 Prevalentie bijwerkingen	54
8. INFORMED CONSENT	55
BIJLAGEN	58
Bijlage 1: Onderwijs intieme zones	59
Bijlage 2: Over osteopathie	61
Bijlage 3: Anamnese uitgebreid	68
Bijlage 4: Literatuurlijst	96

1. INLEIDING

Deze richtlijn voorziet in systematische aanbevelingen om een keuze te kunnen maken in de diagnose en de behandeling van de intieme zones. Deze beroepscode is een raamwerk en geen juridisch document. Hij heeft tot doel om (uiteindelijk) tot een Europese standaard te komen voor het beroep osteopathie. Dit moet helpen bij het erkennen en reguleren van het beroep, daar waar dit nog niet bij wet geregeld is. De osteopaat handelt aantoonbaar zorgvuldig door volgens de richtlijnen van de beroepsvereniging te werken. Voor het inwendig onderzoeken en/of behandelen wordt het naleven van de richtlijnen dringend aangeraden. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit te worden beargumenteerd en gedocumenteerd. De behandelaar is altijd juridisch aansprakelijk voor zijn handelen.

De richtlijn baseert zich op het European Framework for Codes of Osteopathic Practice (EF-COP), de Europese osteopathische beroepscode. Ten aanzien van de hygiëne is gebruik gemaakt van de richtlijn hygiëne van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Reikwijdte

Allereerst wordt in deze richtlijn ingegaan op de relatie tussen de osteopaat en de patiënt. Hier worden de voorwaarden geschapen voor een behandeling. Vervolgens wordt per regio besproken welke onderzoeks- en behandeltechnieken gebruikt kunnen worden, welk bewijs er voor is en welke gedragsnormen er zijn.

De richtlijn is geschreven door René Zweedijk, Sander Kruiniger en Sander Kales. Het eerste waar de commissie zich over gebogen heeft is een definitie van ‘intieme zones’. Gekozen is hier voor de inwendige technieken (vaginaal, rectaal en buccaal) alsook de intieme zones (mammar). Ook externe genitaliën en perineum horen hierbij. Naast de juiste benadering en het vermogen om je in te leven in de patiënt, zijn hygiëne en infectiepreventie belangrijk.

Herziening

Richtlijnen hebben een dynamisch karakter. De beroepsinhoudelijke, maatschappelijke, wetenschappelijke en wettelijke ontwikkelingen maken dat deze richtlijnen voortdurend op hun geldigheid dienen te worden bezien. Hou de website (www.osteopathie.nl) in de gaten voor meer informatie.

Huidige stand van zaken

In 1912 schreef C. Murray, DO en obstetricus het boek *Osteopathic Gynecology* dat de veelzeggende ondertitel droeg: ‘the diseases of women’. In zijn inleiding schrijft hij dat een boek over vrouwenziekten nodig is, omdat osteopathie juist in dit domein zijn beste werk doet. Binnen de

algemene viscerale osteopathie werden de grondslagen gelegd door Barral en Finet & Williams die de eerste technieken beschreven. Dit is later uiteengezet door Hebgen, Liem en DeCoster. Verschillende auteurs schreven vervolgens specifiek over osteopathie in de gynaecologie, waaronder Murray, Stone, Sandler, Ageron-Marque & Michelin en Barral.

De osteopaat J.P. Barral introduceerde de viscerale manipulatietechnieken begin jaren tachtig en doceerde die ook aan fysio- en manueel therapeuten. Die voeren deze technieken ook uit; ze zijn dus niet exclusief voorbehouden aan osteopaten. Steeds meer onderzoeken naar viscerale technieken en de invloed daarvan op het lichaam, specifiek op het bewegingsapparaat, worden gedaan door fysio- en manueel therapeuten die les gehad hebben van Barral.

De aandacht voor intieme zones in de opleiding tot osteopaat is beperkt. Inmiddels worden inwendige technieken wereldwijd vooral toegepast door fysiotherapeuten. Zij doen ook het meeste onderzoek. Helaas is de nascholing voor wat betreft gynaecologie vooralsnog gering in de osteopathie.

Hoe vaak worden inwendige en viscerale technieken gebruikt door osteopaten?

Stemeseder (2007) heeft 114 van de 314 osteopaten in Oostenrijk geënquêteerd over hun gebruik van viscerale technieken. Van hen gebruikt 80 procent viscerale technieken bij hun diagnostiek, 37 procent gebruikt ze frequent bij het behandelen en 50 procent gebruikt ze vaak bij het behandelen. Minder dan 10 procent van de patiënten zoekt volgens de geënquêteerden een osteopaat op voor klachten in het viscerale gebied. Slechts 3 procent van de osteopaten geeft aan dat meer dan 30 procent van de patiënten hen opzoekt voor viscerale klachten.

Uit de Osteosurvey¹ blijkt met welke klachten patiënten bij een osteopaat komen. Dat is meestal voor lumbale klachten, gevolgd door de cervicale wervelkolom en het bekken en de schoudergordel en het abdomen (respectievelijk 2,87, 2,76 en 2,58 op een schaal van nul (nooit) tot vier (altijd) (n=331)).

De diagnostische technieken die het meest gebruikt worden door osteopaten zijn respectievelijk: inspectie (3,76), palpatie van positie/structuren (3,66), palpatie van beweging (3,58), onderzoek van de viscerale mobiliteit (3,25) en onderzoek van het cranium (3,00). De meest gebruikte behandeltechnieken zijn: viscerale manipulaties (2,84), neuro- en viscerocraniale technieken (2,69), algemene osteopathische mobilisatie (2,66), fasciale technieken (2,61), weke delen- en bindweefseltechnieken (2,52), functionele technieken (2,50) en HVLA (2,38). Alleen de intra-buccale inwendige technieken worden met enige regelmaat door bijna de helft (48 procent) van de osteopaten in de Benelux gebruikt.

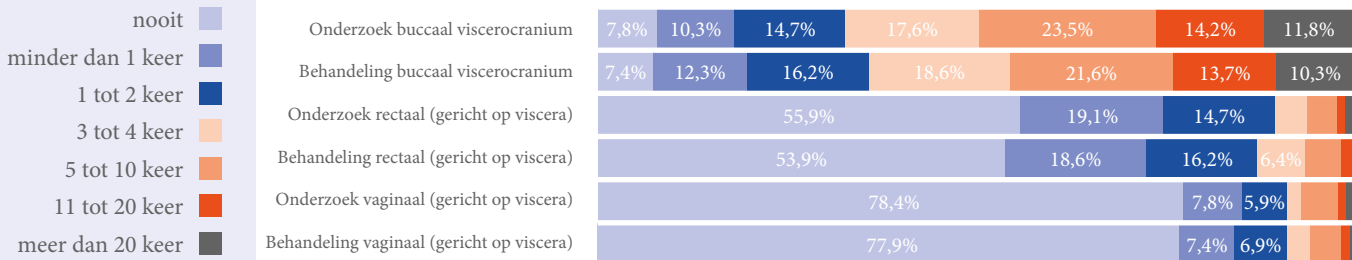
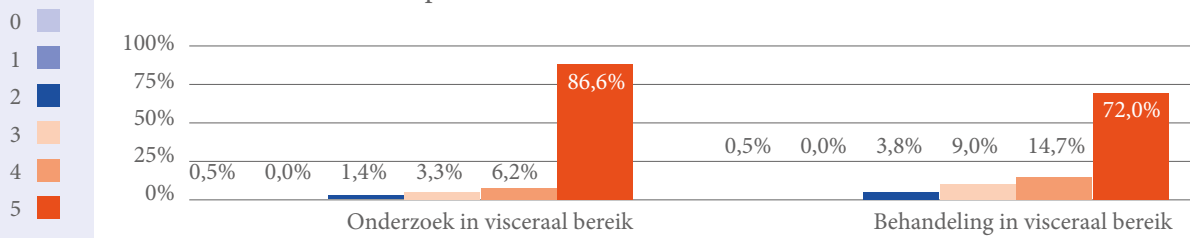
¹Dun, P.L.S. van, Status van de osteopathie in de Benelux: Benelux Osteosurvey 2013, Mechelen, Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion vzw (CORPP vzw).

Gebruik van inwendige technieken volgens een viscerale enquête onder tweehonderd osteopaten.

Hoeveel gebruikt u de volgende inwendige benaderingen, als u het gemiddelde neemt over 100 consulten bij volwassen patiënten?								Totaal
	nooit	1 tot 2 keer	minder dan 1 keer	3 tot 4 keer	5 tot 10 keer	11 tot 20 keer	meer dan 20 keer	Nummer
Onderzoek buccaal viscerocranium	15	20	29	35	48	29	24	200
Behandeling buccaal viscerocranium	14	24	32	37	44	28	21	200
Onderzoek rectaal (gericht op viscera)	112	38	30	10	8	1	1	200
Behandeling rectaal (gericht op viscera)	108	39	33	13	5	2	0	200
Onderzoek vaginaal (gericht op viscera)	158	15	12	5	6	2	2	200
Behandeling vaginaal (gericht op viscera)	157	14	14	5	6	3	1	200
Totaal	564	150	150	105	117	65	49	1200

Bron: Dun, P.L.S. van, *Status van de osteopathie in de Benelux: Benelux Osteosurvey 2013*, Mechelen, Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion vzw (CORPP vzw).

Bij hoeveel van uw laatste vijf consulten gebruikte u een viscerale benadering tijdens het onderzoek en de behandeling, bij volwassen patiënten? Denk hierbij aan het totale gebied van viscerale fascia, verlopend van schedelbasis tot aan kleine bekken.



Bron: SWOO.

Evidence Based Practice

Richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde aanbevelingen om zorgverleners en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties. Het doel is om de patiënt zo veilig en kwalitatief optimaal mogelijk te behandelen. De osteopaat wordt ondersteund in zijn beslissingsproces inzake het onderzoek naar en de behandeling van de intieme zones.

Bij een Evidence Based Practice (EBP) gaat het erom dat de osteopaat tot een diagnose komt en een beslissing neemt over de te volgen behandelstappen. Hierbij laat zij zich leiden door haar eigen ervaringen, maar ook door de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Tot slot zal in overleg met de patiënt, die daarbij zijn normen en waarden inbrengt, bekeken worden wat de beste route is.

Het ontwikkelen van een richtlijn is bedoeld om de osteopaat in de praktijk te ondersteunen bij het evidence-based handelen.

2. DE BEHANDELAAR-PATIËNTRELATIE

2.1 Een functionele relatie

De relatie tussen de osteopathisch behandelaar en de patiënt is, net als elke relatie tussen zorgverlener en zorgvrager, te typeren als een functionele samenwerkingsrelatie (Brouwer et al., 1995).

Het begrip ‘functioneel’ geeft aan dat de relatie opzettelijk wordt aangegaan om een bepaald doel te bereiken. Functioneel betekent niet onpersoonlijk, maar benadrukt dat het gevoelsmatig betrokken zijn in dienst moet blijven staan van het uiteindelijke doel. Dit vereist een bepaalde afstand. De relatie is gebaseerd op samenwerking. In een functionele samenwerkingsrelatie wordt de patiënt gezien als medewerker.

Kenmerken van een functionele samenwerkingsrelatie tussen behandelaar en patiënt:

1. De relatie is van **tijdelijke aard**: de behandelaar oefent een tijdelijke invloed uit op de patiënt. Die beïnvloeding is gericht op het verruimen van de mogelijkheden van de patiënt;
2. In de relatie is sprake van **interactie**. Er vindt een voortdurende wederzijdse beïnvloeding plaats, een voortdurend reageren op elkaar;
3. De relatie is gebaseerd op **wederzijds vertrouwen**. De patiënt heeft vertrouwen in de behandelaar en mag verwachten dat de behandelaar hem accepteert. Dit vertrouwen is er niet zo maar: het moet ontwikkeld en ervaren worden. Behandelaar en patiënt moeten daar beiden iets voor doen. De behandelaar is hiervoor in eerste instantie verantwoordelijk; van hem mag worden verwacht dat hij een klimaat schept waarin de patiënt ook daadwerkelijk ervaart geaccepteerd te worden. De patiënt bevindt zich in een kwetsbaarder positie, omdat hij degene is die zorg vraagt;
4. De relatie tussen behandelaar en patiënt is als functionele samenwerkingsrelatie in meerdere opzichten een **ongelijke relatie**. Behalve de zojuist genoemde ongelijkheid in afhankelijkheid, is er ook ongelijkheid in deskundigheid, het verwachtingspatroon ten aanzien van de resultaten, belangen, de verantwoordelijkheid en het gebruik van macht als doelgerichte beïnvloeding. Het vereist van de behandelaar dat hij inzicht heeft in en overtuigd is van mogelijke nadelige consequenties als gevolg van deze verschillen.

Om een functionele samenwerkingsrelatie te kunnen aangaan, te ontwikkelen, onderhouden en te beëindigen, moet de behandelaar over de nodige vaardigheden beschikken, zoals het vermogen tot verbale en non-verbale communicatie en het kunnen inschatten van en omgaan met het sociale en intellectuele niveau van de patiënt. Ook moet de behandelaar zich kunnen inleven in de belevingswereld van de patiënt, maar toch voldoende afstand bewaren. Verder moet hij vertrouwen kunnen schenken aan en ontvangen van de patiënt.

2.2 De genezende relatie

Een belangrijk aspect van de behandeling is het stimuleren van het zelfgenezend vermogen van de patiënt. Hiervoor is het nodig dat de patiënt inzicht krijgt in de eigen klachten. Daarnaast is ook van belang dat de patiënt erop vertrouwt dat de behandelaar zijn/haar gezondheid voorop heeft staan. Uit onderzoek blijkt dat een groot deel van de effectiviteit van een behandeling is toe te schrijven aan het placebo-effect. In 50 tot 60 procent van de gevallen blijkt een therapie effect te hebben ook als er niets gebeurt, alleen maar omdat de patiënt het idee heeft dat zijn klachten serieus genomen worden. De bewezen effectiviteit van veel behandelingen blijft beperkt tot 30 procent. Met andere woorden: de aandacht die er voor de klachten van de patiënt is, heeft een groter effect dan veel behandelingen zelf. Het is daarom van belang dat de behandelaar volledige aandacht heeft; geconcentreerd en geheel aanwezig is bij iedere therapie sessie.

Scott (2014) beschrijft de volgende kenmerken van een genezende relatie:

- Genezing is een multidimensionaal en holistisch proces
- Genezing is een proces, een reis
- Het doel van genezing is herstel
- Genezing verlangt van de persoon dat hij een stadium bereikt van persoonlijke balans en acceptatie
- Tot slot zijn relaties essentieel voor genezing

Genezing kan operationeel gedefinieerd worden als een persoonlijke ervaring van het overstijgen van lijden.

Het belang van samen kennis creëren

Kennis kan niet opgeslagen worden, het wordt continu gecreëerd in relationele handelingen. In de klinische situatie creëren patiënt en behandelaar kennis, dat wil zeggen: betekenis, tijdens de voortdurende interactie. De patiënt deelt zijn/haar geschiedenis van een ziekte. De behandelaar reageert met zijn/haar verhaal over hoe het abstracte raamwerk van de medische wetenschap de patiënt van dienst kan zijn. Tegelijkertijd communiceren patiënt en behandelaar emotioneel via protosymbolen en reflecterend via significante symbolen.

- **Protosymbolen:** Stacey stelt dat lichamelijk fenomenen bijdragen aan gevoelsstadia die een bewustzijn van een zelf creëren (gebaseerd op werk van Stern en Damasio). Voorbeeld hiervan is een onrustige hartslag die bijdraagt aan een 'onrustig gevoel'.
- **Significante symbolen (gebaren):** zijn symbolen die een vergelijkbare reactie genereren bij zowel de zender als de ontvanger. Hierdoor kan de zender van het gebaar zich bewust worden van de betekenis van het gebaar. Het aanwijzen van de onderbuik door de osteopaat tijdens het stellen van een vraag kan bevestigd worden doordat de patiënt bij zichzelf naar de onderbuik wijst. Op deze wijze wordt duidelijk over welk lichamelijk gevoel gesproken wordt.

Deze interacties vormen en worden gevormd door het stille spel tussen behandelaar en patiënt. Die betekenisgevende activiteit kan niet worden opgeslagen in een medisch dossier. Hij bestaat en wordt onderhouden door een voortdurende communicatieve interactie.

Houding naar de patiënt

Ervaren behandelaren waarderen de patiënt door op drie manieren het contact aan te gaan. Ten eerste benaderen ze iedere patiënt op een niet-oordelende wijze en behandelen ze hun patiënten als een persoon van waarde.

Ten tweede vinden ze een manier om contact te maken met iedere patiënt als mens, door een persoonlijke overeenkomst te vinden die ondersteunend is in het maken van een emotionele connectie. Gebruikmakend van Stacey's raamwerk wordt veel van deze verbinding onbewust tot stand gebracht; tijdens een conversatie en met gebruik van protosymbolen.

Tot slot zijn ervaren behandelaren in staat om volledig aanwezig te zijn tijdens het consult.

Werken met wat er is

Klinische consultaties worden vaak gezien als geïsoleerde gebeurtenissen. Maar er is voor een groot deel ook sprake van een geschiedenis, vooral in de eerstelijnszorg. Behandelaar-patiëntrelaties ontwikkelen zich in de tijd. De studie van Scott geeft aan dat ervaren behandelaren 'werken met wat er is'.

- 1) Ten eerste zijn ze toegankelijk. Dit betekent niet dat ze 24 uur per dag oproepbaar zijn, maar ze zijn er voor belangrijke gezondheidsproblemen in de loop van de tijd;
- 2) De ervaren behandelaren waren duidelijk in wanneer hun behandeling geslaagd was of gefaald had. Ze bleven toegewijd aan de samenwerkingsrelatie en lieten patiënten niet alleen in hun lijden;
- 3) Tot slot resulteerde 'werken met wat er is' ook in zorgzame acties, kleine handelingen van vriendelijkheid, waardoor de patiënt het idee kreeg dat er echt om hem/haar gegeven werd. Deze opeenstapeling van handelingen zorgde ervoor dat het vertrouwen kon groeien, een van de uitkomsten is van een genezende relatie.

Uitkomsten van genezende relaties

Scott stelt dat er drie uitkomsten zijn van genezende relaties: hoop, vertrouwen en het gevoel gezien te worden als volwaardig persoon. Het raamwerk van Stacey suggereert dat deze uitkomsten opkomende patronen zijn van verbinden, zowel in de relatie met de behandelaar als in het privéleven van de patiënt.

Competenties van de behandelaar

Om een genezende relatie met de patiënt te kunnen opbouwen, vergt het van de behandelaar dat hij vier klinische competenties ontwikkelt:

1 Mindfulness

Mindfulness is het vermogen om je bewust te zijn van je eigen reactie op de ander tijdens de interactie, en van de gevolgen van de interactie op de patiënt. Mindfulness is het vermogen om je bewust te zijn van de twee simultane modi van symbolische communicatie: protosymbolen en significante symbolen.

2 Emotioneel zelfmanagement

Emotioneel zelfmanagement is het vermogen om de eigen emotionele respons op zodanige wijze af te stemmen dat de patiënt hier baat bij heeft. Emotioneel zelfmanagement verlangt van de behandelaar dat hij genoeg emotionele afstand houdt om het verhaal van de ziekte van de patiënt te beoordelen vanuit het perspectief van de medische wetenschap terwijl hij tegelijkertijd de emotionele binding met de patiënt weet te behouden.

3 Vertrouwen

Dit is het vermogen van de behandelaar om het vertrouwen te wekken bij de patiënt dat hij die zal helpen te genezen. Dit vertrouwen kan niet 'gefaked' worden, maar ontstaat vanuit de ervaring van de behandelaar met andere patiënten en medische kennis. Vertrouwen wordt niet alleen middels significante symbolen overgebracht, maar ook met de lichaamshouding, intonatie en via gezichtsuitdrukkingen (protosymbolen).

4 Klinische wijsheid

Klinische wijsheid vereist dat de behandelaar geschoold is in het abstracte raamwerk van de wetenschappelijke geneeskunde en dat hij deze moet kunnen toepassen op een wijze die voordelig is voor de patiënt, in de specifieke context die de patiënt presenteert tijdens het consult. Samengevat is het de vaardigheid om wetenschappelijke geneeskunde toe te passen in het proces van genezing bij deze patiënt, op dit tijdstip en op deze plaats.

Gebruikmakend van Stacey's raamwerk hebben deze competenties zich ontwikkeld als patronen van verbinding in het verleden. Ze bestaan alleen door de continue interactie tussen behandelaar en patiënt.

Deze vier competenties zijn noodzakelijk om als behandelaar aandacht te hebben voor de zich ontvouwende patronen tijdens de consultatie. Het is daarnaast noodzakelijk om te herkennen wanneer het noodzakelijk is om verandering te introduceren in het complexe proces van verbinden en om inzicht te krijgen in wel of niet zich herhalende, niet-productieve en ongezonde patronen en deze te transformeren in patronen die de gezondheid bevorderen.

2.3 De emotionele relatie

Naast de functionele en fysieke uitwisseling tussen behandelaar en patiënt spelen uiteraard ook altijd persoonlijke gevoelens een rol. Onder psychologen spreekt men van overdracht en tegenoverdracht: dat je als behandelaar ziet wat er bij een ander gebeurt én wat dat met jou doet. Overdracht is het verschijnsel dat mensen gevoelens, wensen en ervaringen uit het verleden projecteren. Ook de behandelaar projecteert. Dit wordt tegenoverdracht genoemd.

Stacey (Scott, 2014) geeft aan dat machtsfenomenen onvermijdelijk zijn tijdens menselijke interacties. De consultatie is daarop geen uitzondering. Ideologische thema's die spelen zijn onder andere autoriteit (het tegenovergestelde thema is weerstand tegen autoriteit) en culturele stereotyperingen. Deze thema's kunnen allemaal actief zijn tijdens een consultatie, bijvoorbeeld wanneer de osteopaat de patiënt vraagt om zich uit te kleden.

Veelvoorkomende patronen van overdracht:

Vaderrol

Patiënten met een afwezige vader kunnen een sterke behoefte hebben aan iemand die de vaderrol voor hen vervult. Ze zoeken alsnog bevestiging van iemand die een autoriteit is. Een goede vraag hierbij is: zou de vrouw/man die me in de behandelkamer op een voetstuk zet, zich ook zo tot mij verhouden als we elkaar in de kroeg ontmoeten?

Schaamte

Intieme zones – het kruis wordt niet voor niets 'de schaamstreek' genoemd – zijn in onze cultuur plekken waar veel schaamte mee gemoeid is. Als je als behandelaar niet om kunt gaan met je eigen schaamtegevoelens, zullen patiënten zich niet veilig voelen om plekken of onderwerpen waar zij schaamte bij ervaren, te delen.

Veelvoorkomende patronen van tegenoverdracht:

Hulpverlenerssyndroom

Veel behandelaren worden – bewust of onbewust – gemotiveerd door de wens om de patiënt te 'redden', zoals het ooit zijn/haar ouder(s) heeft willen redden. De behandelaar die een kille moeder heeft, heeft bijvoorbeeld de neiging om patiënten aan te raken, vanuit een onbewust verlangen om zelf aangeraakt te worden.

Bevestiging zoeken

De behandelaar probeert bevestiging te zoeken bij de patiënt en overschrijdt daarmee zijn/haar eigen grenzen. Belangrijk is het om altijd bewust te zijn van de machtsrelatie tussen behandelaar en patiënt.

Opwinding bij behandelaar

Het is van belang dat je als behandelaar je bewust bent van je eigen uitstraling en in welke mate die opwinding veroorzaakt. Als behandelaar moet je ook weten wat jou opwindt. Is bijvoorbeeld behandeling met inwendige technieken noodzakelijk bij een patiënt, maar heeft de behandelaar daar seksuele fantasieën over, dan is het beter om door te verwijzen.



Casus: grensoverschrijdend gedrag van patiënt

Een patiënt komt bij een osteopaat en staat erop om inwendig behandeld te worden. De patiënt is verhuisd en werd door de osteopaat in haar vorige woonplaats ook inwendig behandeld. De behandelaar aarzelt. Verdere navraag bij de huisarts wijst uit dat de patiënt een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft en moeite heeft met grenzen. In dit geval zag de behandelaar af van inwendige behandeling. De patiënt ging op zoek naar een andere behandelaar.

Een heldere werkrelatie scheppen

- Als de behandelaar consequent te laat komt, zal de patiënt ook eerder geneigd te zijn om te laat te komen
- Voor de vertrouwensrelatie kan het van belang zijn om intieme vragen niet te stellen als de patiënt ontkleed is.
- Hoewel er sprake is van een vertrouwensrelatie, blijkt in de praktijk dat een patiënt zomaar kan stoppen met de behandeling, zonder vooraf de behandelaar in te lichten. Als dit het voor de behandelaar lastiger maakt om patiënten zijn volle vertrouwen te schenken, kan het raadzaam zijn om hierover vooraf afspraken te maken

2.4 Grensoverschrijdend gedrag

De kans op het ontstaan van spanningen en conflicten in de behandelaar-patiëntrelatie wordt versterkt door de emotionele geladenheid van het contact. Deze emotionele geladenheid kan ontstaan doordat de patiënt gedeeltelijk ontkleed is en door de lichamelijke aanraking. Bij patiënt en behandelaar kan dit leiden tot erotische en seksuele gevoelens. Het is binnen een professionele samenwerkingsrelatie verboden om aan deze gevoelens uiting te geven. In een dergelijke situatie dient de behandelaar de behandelaar-patiëntrelatie te beëindigen. Ook seksuele toespelingen – een zwangere patiënt komt bij de behandelaar en die laat zich ontvallen opgewonden te worden van zwangere vrouwen – is uit den boze. Om dit soort grensoverschrijdend gedrag voor te zijn, is het van belang dat de behandelaar inzicht heeft in zijn eigen patronen en verlangens.

**Casus: patiënt met string op de behandeltafel**

Een patiënt komt bij de osteopaat voor behandeling. Hij heeft er geen rekening mee gehouden dat hij gevraagd zal worden om zich te ontkleden. Pas dan blijkt dat de patiënt een string draagt. De osteopaat legt snel een handdoekje op de schaamstreek van de patiënt. Deze handeling verraadt echter al schaamte en dus een seksuele lading bij de behandelaar, die weer kan overslaan op de patiënt. Het is daarom beter om vooraf te verifiëren of de patiënt er rekening mee heeft gehouden dat hij zich zal moeten uitkleden voor de behandeling. Of anders de patiënt met kleding aan te behandelen.

**Casus: behandelaar die grens overschrijdt**

Een zwangere patiënt komt bij een behandelaar. De osteopaat raakt geprikkeld en onbewust maakt hij daar ook een opmerking over en geeft hij aan dat hij zwangere vrouwen in het algemeen opwindend vindt. De opmerking is wellicht bedoeld als compliment, maar kan de patiënt een onveilig gevoel geven. Hij geldt daarom als grensoverschrijdend.

Beroepscode osteopathie, Artikel 14

1. De osteopaat dient een persoonlijke distantie te houden die past bij zijn beroepsuitoefening.
2. De osteopaat dringt niet verder in de privésfeer van de patiënt door dan voor de behandeling noodzakelijk is. Indien de osteopaat constateert dat bij hemzelf of bij de patiënt andere dan zakelijke en in de professionele hulpverleningssituatie passende gevoelens een rol spelen, dan dient hij dit tactvol ter sprake te brengen en de behandeling zo nodig, in overleg met de patiënt, aan een collega over te dragen.
3. Het is de behandelaar verboden tijdens of binnen een half jaar na beëindiging van de hulpverleningssituatie anders dan professioneel met deze gevoelens om te gaan.
4. Uitdrukkelijk is het aangaan van een relatie en het hebben van een enige vorm van niet-functioneel (seksueel) lichamelijk contact met een patiënt verboden.
5. Een osteopatische handeling die als intiem zou kunnen worden opgevat, wordt door de osteopaat vooraf toegelicht. De patiënt wordt in de gelegenheid gesteld deze (be) handeling te weigeren.

De beroepscode van de GZ-Haptotherapeut voegt daar nog aan toe:

6. Vertrouwelijkheid en geheimhoudingsplicht: de behandelaar gaat vertrouwelijk om met de medische gegevens van de patiënt.
7. De behandelaar accepteert geen geschenken van de patiënt.
8. De patiënt heeft te allen tijde dossier- en inzage recht.

Richtlijn van het European Forum for Osteopathic Practice (2006, EFOP):

Voorop staat dat de patiënt zijn osteopaat kan vertrouwen. De volgende uitgangspunten dienen als de normen van de osteopathiepraktijk en garanderen de zorg die klanten verdienen.

Stel de verzorging van de patiënt voorop

- Wees eerlijk en betrouwbaar;
- Behandel elke patiënt beleefd en zorgzaam;
- Respecteer patiënten en benader ze met waardigheid en respect voor het individu en zijn privacy;
- Draag zorg voor een passende behandeling;
- Maak geen misbruik van je professionele machtspositie.

Respecteer de rechten van patiënten en betrek hen volledig bij beslissingen over hun zorg

- Luister naar patiënten en respecteer hun standpunten;
- Geef patiënten volledige informatie en zorg ervoor dat ze die begrijpen;
- Verkrijg toestemming van de patiënt voor het onderzoek en de behandeling;
- Zorg ervoor dat de patiënt zich bewust is van zijn rechten, in het bijzonder van zijn recht om een onderzoek of behandeling op elk moment te stoppen en te worden begeleid door een chaperonne.

Zorg dat het publieke vertrouwen in de osteopaat gerechtvaardigd is

- Herken en werk binnen de grenzen van je bevoegdheid;
- Onderhoud en ontwikkel kennis en vaardigheden;
- Zorg ervoor dat jouw persoonlijke waarden en standpunten geen afbreuk doen aan de zorg voor de patiënt;
- Reageer snel en constructief op kritiek en klachten;
- Reageer ter bescherming van de patiënt snel en adequaat als er reden is om te geloven dat jij of een collega niet in staat zijn om de patiënt te behandelen;
- Respecteer de vaardigheden van andere professionals in de gezondheidszorg; onderhoud contact met hen en werk samen in het belang van de patiënt.

Onderhoud, respecteer en bescherm alle informatie

- Neem een volledige en nauwkeurige anamnese af;
- Houd klinisch gegevens volledig en nauwkeurig bij;
- Behandel alle patiëntgegevens vertrouwelijk;
- Bewaar alle informatie over patiënten op een veilige plek.

3. HYGIËNISCH WERKEN BIJ HET INWENDIG ONDERZOEK EN BEHANDELEN VAN PATIËNTEN

Omdat geen enkele situatie gelijk is, dient de osteopaat die vaginaal en anaal inwendig onderzoekt of behandelt, een praktijkgericht protocol (praktijkprotocol) te gebruiken. Onderstaande richtlijnen kunnen hiervoor als uitgangspunten dienen.

Adviezen ten aanzien van hygiëne

- Werk vanuit de veronderstelling dat elke patiënt geïnfecteerd kan zijn.
- Wanneer er tijdens een onderzoek of behandeling kans bestaat op contact met bloed of andere lichaamsvloeistoffen (spatten), wordt een hepatitis B-vaccinatie ten zeerste aangeraden.
- Behandeling en of onderzoek mag niet plaats vinden tijdens de menstruatie en bij wondjes in en rond de vagina of anus.
- Onderneem actie bij incidenten.
- Bij het begeleiden van stagiairs ligt de eindverantwoordelijkheid voor de veiligheid en hygiëne altijd bij de osteopaat/hoofdbehandelaar. Deze dient er dan ook voor te zorgen dat de stagiair op de hoogte en vertrouwd is met de hier beschreven richtlijn. De osteopaat dient zich er eveneens van te vergewissen dat het praktijkprotocol wordt gevolgd.

Hygiënische maatregelen voor de osteopaat

- Behandel niet als er sprake is van infecties bij de behandelend osteopaat.
- Zorg voor een goede algemene lichaams- en kledinghygiëne tijdens het onderzoek en/of de behandeling.
- Nagels dienen kort en schoon te zijn. Dit in verband met het schoonhouden van de handen en om beschadiging van de handschoenen te voorkomen.
- Tijdens een onderzoek en/of behandeling mogen geen ringen en horloges worden gedragen. Deze bemoeilijken het reinigen van de handen en ze kunnen beschadiging van de handschoenen veroorzaken.
- Elke osteopaat dient voorafgaand aan handelingen waarbij gebruik gemaakt wordt van een middel, de gebruiksaanwijzing, de veiligheidsmaatregelen en reinigingsvoorschriften voor het desbetreffende middel te bestuderen.
- Draag tijdens de behandeling altijd nieuwe wegwerphandschoenen. Handschoenen kunnen beschadigd zijn of raken. Desinfecteer daarom altijd de handen voor het aantrekken van de handschoenen en was de handen met lauwwarm water en zeep direct na het uitdoen.
- Wees terughoudend in het toepassen van inwendige rectale en vaginale onderzoeks- en behandeltechnieken. Ga alleen over tot inwendige technieken als uitwendige technieken niet doeltreffend zijn gebleken.

- Extra terughoudendheid is geboden bij het toepassen van inwendige technieken als het motief van consultatie aanvankelijk buiten het bekkengebied is.
- De NVO is zich ervan bewust dat het vragen van (schriftelijke) toestemming van de patiënt, de beladenheid van de behandeling onnodig kan vergroten. Wellicht dat een informatiefolder voor de patiënt over de procedures dit probleem kan ondervangen.
- Volg een nascholingscursus gynaecologie/urologie, voordat je de inwendige rectale en vaginale technieken gaat toepassen. Niet alleen de onderzoeks- en behandel-technische aspecten moeten hierin aan de orde komen, ook de communicatieve en ethische aspecten van de procedure dienen een belangrijk onderdeel van de cursus te zijn.

Schone handen

De eenvoudigste handeling om het aantal micro-organismen te reduceren is de handen te desinfecteren met handalcohol, Hibisol of Sterillium®. Dit dient te allen tijden te gebeuren (ongeacht of er handschoenen worden gebruikt) op de volgende momenten:

- Voorafgaand aan een onderzoek en/of behandeling
- Na afloop van een onderzoek en/of behandeling
- Direct na het toiletbezoek
- Na niezen, hoesten of het snuiten van de neus (gebruik papieren zakdoekjes!)
- Na onverhoopt contact met bloed of andere lichaamsvloeistoffen.

Onderzoeks- en behandelruimtes

Maak zoveel mogelijk gebruik van een, speciaal voor dit doel aangewezen, behandelruimte. De vloer dient glad te zijn. Ruimtes waarin onderzoek of behandeling plaatsvindt, mogen niet worden gebruikt voor het bereiden van maaltijden of het consumeren van etenswaren. De ruimtes dienen goed verlicht te zijn en geventileerd te kunnen worden.

4. ANAMNESE

Vanaf paragraaf 4.2 wordt per lichaamsgebied beschreven welke vragen gesteld dienen te worden. Hieronder behandelen we allereerst de rode en gele vlaggen.

4.1 Rode en gele vlaggen

(Zie de bijlage 3 op blz 68 voor een uitgebreide vragenlijst en uitleg.)

Rode vlaggen - Algemeen

	Aandachtsgebieden	Symptomen of tekenen
1	Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • (al langer bestaande) koorts • significant (recent) trauma • recent onverklaard gewichtsverlies (>5 kg/maand) • patiënt voelt zich ziek en onwel • maligne aandoeningen in voorgeschiedenis • acute buikklachten • ernstige, niet eerder gediagnosticeerde longproblemen • discrepantie tussen leeftijd en klacht
2	Medicatie	<ul style="list-style-type: none"> • langdurig gebruik van corticosteroiden • intraveneuze medicatie
3	Lage rug	<ul style="list-style-type: none"> • eerste periode met LRP <20 jaar of >50 jaar • deformiteiten (bijvoorbeeld lumbale kyfose) • aanhoudende, ernstige beperking lumbale flexie • bilaterale uitvalsverschijnselen in benen • rijbroekanesthesie • ernstig beperkt gangbeeld • onverklaarbare peripartum bekkenpijn • liesklachten: temperatuurverschil benen, kleur
4	Pijn	<ul style="list-style-type: none"> • progressie niet-houdings • of bewegingsafhankelijke pijn • pijn die 's nachts blijft of zelfs erger wordt
5	Urologie	<ul style="list-style-type: none"> • veranderd mictiepatroon • nycturie >3 • mictiefrequentie • in korte tijd gewijzigde pijn bij mictie • niet kunnen plassen • bloed in urine • kleur en geur urine zijn veranderd • ontstekingsklachten - lage buikpijn • medicatie • trauma's (psychisch/fysiek)

	Aandachtsgebieden	Symptomen of tekenen
6	Proctologie	<ul style="list-style-type: none"> • veranderd defecatiepatroon • aanhoudend natte flatus >3 weken • pijn bij defecatie • niet kunnen defeceren • acuut verlies van ontlasting • bloedverlies bij ontlasting • bloedverlies per anum • onverklaarbare verandering kleur/consistentie feces • onverklaarbare anale jeuk
7	Gynaecologie	<ul style="list-style-type: none"> • onbegrepen bloedverlies • onverklaarbaar uitblijven menstruatie • vaginale jeuk, veranderde geur • ernstige verzakkingsklachten • mammaekklachten, lekken • bij zwangerschap: onverklaarbare harde buiken
8	Seksuologie	<ul style="list-style-type: none"> • onverklaarbare pijn bij de coïtus • onverklaarbare libidoverandering- geen ejaculatie
9	Eet- en drinkpatroon	<ul style="list-style-type: none"> • eetstoornissen- sterk verhoogde vochtinname
10	Kinderen	<ul style="list-style-type: none"> • kinderen met bekkenbodestoorntoornissen altijd doorverwijzen voor analyse!
11	Jong volwassenen	<ul style="list-style-type: none"> • jongvolwassenen met gecorrigeerde congenitale afwijkingen in het bekkengebied altijd doorverwijzen voor analyse!

Gele vlaggen - Algemeen

	Aandachtsgebieden	Symptomen of tekenen
1	Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • veelvuldige behandelingen met ongewenste neveneffecten • pijnmedicatie zonder effect op de klachten • de patiënt ervaart in toenemende mate functionele beperkingen • afnemend psychisch en emotioneel welbevinden • toenemend sociaal isolement • verlies van vertrouwen of zelfs conflicten met hulpverleners en/of mensen in de eigen werkomgeving

2	Distress (angst, onzekerheid, gevoelens van depressiviteit)	<ul style="list-style-type: none"> • de patiënt benoemt zijn klachten in superlatieven • de patiënt heeft angst voor pijn en letsel en gaat daarvoor minder bewegen • toenemend gevoel van hulpeloosheid, machteloosheid, depressiviteit • afnemend gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen • afnemend vermogen tot gezond gedrag
3	Uitgangspunten/ overtuigingen	<ul style="list-style-type: none"> • voortdurende fixatie op een mogelijk ernstige, lichamelijke afwijking als verklaring voor de klachten • steeds weer vragen om specialistisch onderzoek • cognities als: 'ik kan niet' en 'ik kan er niets aan doen'
4	Gedragsverandering (vermijdingsgedrag)	<ul style="list-style-type: none"> • gedragsverandering (vermijdingsdrang) • overmatig medicijngebruik • 'shopping'-gedrag • toenemende conflicten met omgeving, behandelaars, werkgever en dergelijke • afnemende sociale participatie • langdurig ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid, inadequate pijngedrag

Rode vlaggen tijdens de zwangerschap

- Aanhoudende onbegrepen pijn in het gebied van bekken en lage rug.
- Klachten elders in het lichaam: buik, organen, kleine bekken (kan bijvoorbeeld wijzen op leverafwijking of nierklachten).
- Uitstralende pijn in een of beide benen, die verder reikt dan de knie.
- Toenemende of ernstige motorische uitval.
- Toenemende of ernstige sensibele uitval.
- Algehele malaise.
- Historie van maligniteit of trauma.

Wees alert op trombose en zwangerschapsvergiftiging (hoge bloeddruk).

Belangrijkste symptomen van trombose

- De pijn is niet provoceerbaar of reduceerbaar bij het uitoefenen van functies of het uitvoeren van activiteiten.
- De pijn in de benen overheerst die in bekken en lage rug.
- Toenemend krachtverlies in een of beide benen die te objectiveren is.
- Veranderde sensibiliteit in de benen of rijbroekanesthesie.
- Gevoel van ziek-zijn, eventueel met koorts.

Rode vlaggen na de bevalling

- Aanhoudende onbegrepen pijn in het gebied van bekken en lage rug.
- Klachten elders in het lichaam: buik, organen kleine bekken.
- Uitstralende pijn in een of beide onderbenen die verder reikt dan de knie.
- De pijn in de benen overheerst die in bekken en lage rug.
- Toenemende of ernstige motorische uitval.
- Toenemende of ernstige sensibele uitval.
- Algemene malaise.
- Historie van maligniteit of trauma.

Belangrijkste symptomen voor contra-indicatie:

- De pijn is niet provoceerbaar of reduceerbaar bij het uitoefenen van functies of het uitvoeren van activiteiten.
- Toenemend krachtverlies in een of beide benen die te objectiveren is.
- Veranderde sensibiliteit in de benen of rijbroekanesthesie.
- Gevoel van ziek-zijn, eventueel met koorts.
- Zwaar gevoel in onderbuik en bekkenbodem; problemen met ophouden van urine en ontlasting.
- Gynaecologische klachten, zoals aanhoudend bloedverlies, toegenomen fluor met veranderde kleur of geur.
- Onverklaard gewichtsverlies.

4.2 Intra buccaal

Musculoskeletale oorsprong

In de anamnese wordt navraag gedaan naar de belangrijkste symptomen van de aanwezige musculoskeletale stoornissen, te weten: pijn en bewegingsstoornissen.

- Hoe uitgebreid zijn de aanwezige klachten?
- Gaat het om een lokaal probleem of zijn er aanwijzingen dat de klachten onderdeel zijn van een systemische aandoening?

Pijn² wordt nader gekarakteriseerd naar locatie, intensiteit, duur en de mate van beïnvloedbaarheid (bijvoorbeeld het optreden bij mandibulaire functies, bij bewegingen van de nek of bij emotionele factoren). Bewegingsstoornissen omvatten verschijnselen als: bewegingsbeperkingen, slotverschijnselen, onregelmatige bewegingen, hypermobiliteit of gewrichtsgeluiden. Ook kan een indruk worden verkregen van de aanwezigheid van somatoforme stoornissen, depressie, angst en fobieën, conversiestoornissen, neuroticisme en andere relevante psychosociale aspecten.

² 'Myogene temporomandibulaire pijn: behandelen met aandacht', Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde, 2009

De voorgeschiedenis van de patiënt met betrekking tot (tandheelkundige en medische) behandelingen, medicatie, ziekenhuisopnames en doorgemaakte trauma's, maakt eveneens deel uit van de anamnese.

Endodontologische oorsprong

De antwoorden op de volgende vragen zijn van belang:

- **Het ontstaan van de pijn: wanneer zijn de klachten begonnen?** Heeft u eerder deze klachten gehad?
- **De frequentie en periode: hoe frequent zijn de klachten?** Komt de pijn steeds sneller terug? Is de pijn constant? Treedt de pijn op tijdens een bepaalde periode van de dag?
- **De intensiteit: verdwijnt de pijn door pijnstillers in te nemen?** Houdt de pijn u wakker?
- **De plaats: kunt u aanwijzen waar de pijn vandaan komt?** Indien niet, kunt u dan aangeven waar de pijn is begonnen?
- **De pijn opwekken: kunt u de pijn opwekken? Indien ja, hoe?**
- **De duur: zeurt de pijn lang na?**
- **Het ontstaan: ontstaat de pijn spontaan of als reactie op bepaalde prikkels (koude, warmte, bijten)?**
- **De pijnverlichting: is er iets wat de pijn verlicht, bijvoorbeeld koude?**

Meldt de patiënt een hevige pijn die een aantal dagen duurde en nauwelijks met pijnstillers onderdrukt kon worden en waardoor hij slecht heeft geslapen, maar die nu alweer minder hevig is, dan is de kans groot dat er sprake is van een pijnlijke, irreversibele pulpitis (een ontsteking van het levende deel van een tand/kies).

Pijn van endodontische oorsprong

Pijn is de sterk gemodificeerde gewaarwording van de prikkeling van de uitlopers van zenuwcellen. Primaire tand- of kiespijn (pijn van pulpale en periapicale oorsprong) heeft een interne (pulpale) oorzaak of een externe (periapicale) oorzaak. Is de oorzaak intern, dan is er sprake van pulpitis, doordat producten van micro-organismen of micro-organismen zelf de pulpa hebben bereikt. Vaak wordt het onderscheid tussen pijnlijk en niet-pijnlijk aangeduid met de termen acuut en chronisch.

Heterotopische pijn

Wanneer de oorzaak en de plaats van de pijn niet overeenkomen, spreekt men van heterotopische pijn. Pijn kan zich voor doen als pulpale of periapicale pijn terwijl de oorzaak elders ligt.

De volgende vormen³ van heterotopische pijn worden onderscheiden:

- **Uitstralende pijn:** als de pijn afkomstig lijkt te zijn van een veel groter gebied dan de plaats van de eigenlijke laesie;
- **'Referred pain':** spontane pijn die wordt gevoeld in een gebied dat wordt geïnnerveerd door een andere zenuw dan de zenuw die de pijn veroorzaakt;
- **Pijn als gevolg van een neuropathie in het gebied van de nervus trigeminus;**
- **Pijn met een psychische oorsprong.**

Temporomandibulair gewricht

Hiervoor verwijzen wij u naar de klinische richtlijn Osteopathische interventie van de nek en hals (versie 5.0) hoofdstuk 11.5 Overige technieken.

4.3 Dorsale perineum

Seksuologie

Afhankelijk van de hulpvraag of (verwijs)indicatie worden de volgende algemene vragen gesteld:

- Bent u seksueel actief?
- Hebben uw klachten een relatie tot uw seksualiteit? Hebben uw klachten impact op uw seksuele leven?

Bij urine- of ontlastingsverlies, prolapsklachten, pijn of urineweginfecties:

- Is er sprake van urineverlies tijdens vrijen? Zo ja, wanneer treedt dit op?

Bij een overactieve blaas of onvoldoende sluitfunctie:

- Is er in voldoende mate sprake van seksueel verlangen? Heeft u (nog) zin om te vrijen? Is dit veranderd door de klachten?

Seksueel verlangen is een essentiële voorwaarde om tot een goede seksuele ervaring te komen.

- Heeft u problemen met opgewonden raken? Is dit altijd zo geweest of is dat pas recent aan de orde?
- Bent u besneden?

Mannen

Vragen specifiek voor mannen:

- Heeft u erectieproblemen?
- Bent u in staat om een erectie te krijgen?
- Heeft u hier vertrouwen in?
- Is de kwaliteit van de erectie voldoende om penetratie mogelijk te maken?
- Kunt u de erectie voldoende lang volhouden?

³ "Endodontische diagnostiek", Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde, 2005:

Bij een premature ejaculatie:

- Treden er ochtenderecties op?
- Kunt u een orgasme bereiken?
- Heeft u problemen met de ejaculatie (zaadlozing)?

Retrograde ejaculatie:

- Treedt er pijn op tijdens of na het orgasme?

Vrouwen

Vragen specifiek voor vrouwen:

- Kunt u tot een orgasme komen?
- Heeft u orgasmeproblemen?
- Bereikt u een orgasme via clitorale of vaginale stimulatie?
- Lukt u dit zelf of samen met of in de nabijheid van uw partner?
- Treedt er tijdens het orgasme verlies van vocht op? Zo ja, is dit urine of ander vocht?
- Wordt u voldoende vochtig bij opwinding?
- Kunt u tot penetratie komen?
- Kunt u zelf een vinger inbrengen in de vagina?
- Kunt u tampons inbrengen? Is het wel eens moeilijk om de tampon te verwijderen?

Bij primaire dyspareunie:

- Heeft u pijn tijdens het vrijen? Zo ja, waar zit die pijn?
- Is dit bij het begin van de penetratie?

Bij vulvodynie, overactieve bekkenbodem

- Of heeft u pijn bij het doorstoten?

Bij descensus uteri:

- Of heeft u pijn na het vrijen?

Bij postoperatief (voor-/achterwandplastiek)

Mannen en vrouwen

De volgende vragen kunnen aan zowel mannen als vrouwen worden gesteld.

- Hoe gaat u met uw klachten om?
- Hoe gaat uw partner met de klachten om?
- Heeft u negatieve (seksuele) ervaringen?

Bij (vermoeden van) verkrachting, misbruik, pijnlijk inwendig onderzoek of fysiek geweld (mishandeling) of een traumatische partus:

- Heeft u hiervoor hulp gehad?
- Heeft u dit verwerkt?
- Wilt u hulp hebben voor uw seksuologische klachten?

Gastro-enterologie

- Hoe vaak heeft u ontlasting?
- Hoe is de samenstelling van de ontlasting? (zie Bristol Stool Chart, figuur 1)
- Houdt u rekening met uw voeding voor de ontlasting?
- Gebruikt u medicatie voor de ontlasting?

Figuur 1

Bristol Stool Chart

Type 1		Losse harde keutels, zoals noten (moeilijk uit te scheiden)
Type 2		Als een worst, maar klonterig
Type 3		Als een worst, maar met barstjes aan de buitenkant
Type 4		Als een worst of slang, glad en zacht
Type 5		Zachte keutels met duidelijke randen (makkelijk uit te scheiden)
Type 6		Zachte stukjes met gehavende randen, een papperige uitscheiding
Type 7		Waterig, geen vaste stukjes. Helemaal vloeibaar

Defecatiegedrag

- Wat is voor u de aanleiding om naar het toilet te gaan om te ontlasten? Kent u een duidelijk aandranggevoel?
- Zo nee, wanneer gaat u dan naar het toilet voor de ontlasting?
- Waar voelt u de aandrang?
- Als u aandrang in de buik voelt, waar zit dat dan?
- Reageert u altijd op een aandrangsignaal?
- Komt er dan ook altijd ontlasting?

Bij enterocele, mucosaprolaps of intussusceptie (invaginatie):

- Kunt u aandrang tegenhouden als u dat wilt?

Bij fecale urgency-incontinentie:

- Kunt u windjes tegenhouden als u dat wilt?
- In welke houding zit u op het toilet voor de ontlasting?
- Gaat het ontlasten vanzelf of moet u persen om te kunnen ontlasten?
- Voelt u de ontlasting naar buiten komen?
- Weet u van tevoren wat er komt (ontlasting hard/dun of lucht)? Voelt u het verschil tussen een windje en ontlasting?
- Komt de ontlasting direct? In zijn geheel? Of in delen?
- Heeft u daarna het gevoel dat u 'leeg' bent?

Bij restontlasting (rectocele), intussusceptie (invaginatie), enterocele of rectumprolaps:

- Hoe verloopt het afvegen van de ontlasting?

Hemorroiden, mucosaprolaps of skintags (steelwratten)

(Dit behoeft geen vragen, blijkt uit inspectie.)

Defecatieklachten

Nadat het ontlastingspatroon van de patiënt is uitgevraagd, wordt er specifiek gevraagd naar pathologie:

- Heeft u wel eens last van ontlastingsverlies?
- Hoe ziet dat verlies eruit?
- Hoe vaak treedt dit ontlastingsverlies op?
- Treedt dit ontlastingsverlies overdag of 's nachts op?

Ontlastingsverlies 's nachts duidt op een ernstig verstoorde anale sluitdruk.

- Voelt u het verlies van ontlasting?

Ernstig verstoorde sensibiliteit van het anale kanaal:

- Gaat dit samen met aandrang voor ontlasting?

Verstoorde sfincterfunctie (actieve incontinentie):

- Of treedt dit op zonder dat u aandrang heeft gevoeld?

Passieve incontinentie

- Treedt dit op na afloop van de defecatie?

Onvoldoende sluitdruk van het sfinctercomplex, een incomplete lediging, intussusceptie (invaginatie), uitgebreide hemorroïden of een mucosaprolaps

- Onder welke omstandigheden treedt het ontlastingsverlies op?
- Gebruikt u opvangmateriaal voor het ontlastingsverlies? Of anale tampons?
- Hoe vaak moet u dit materiaal verschonen per dag/nacht?
- Kunt u de anus goed schoonhouden? Hoe doet u dat?
- Moet u lang vegen om de anus schoon te krijgen?

Hemorroïden, skintags of onvoldoende anale sluitdruk (soiling, openstaande anus)

- Heeft u jeuk rond de anus?
- Wat gebruikt u hiervoor?

Soiling of problematiek rondom de anale reiniging

- Heeft u het gevoel dat er slijmvlies of ander weefsel uit de anus komt?
--> rectumprolaps, intussusceptie (invaginatie), hemorroïden of skintags
- Heeft u pijn bij het ontlasten?
- Zo ja, waar zit de pijn dan?
--> IBS (irritable bowel syndrome), voedselvergiftiging of darminfectie (parasieten door buitenlandse reizen) of bij colitis ulcerosa
- Heeft u pijn voor het ontlasten?
- Heeft u pijn tijdens het ontlasten?
--> overactieve bekkenbodemmusculatuur, paradoxaal persgedrag, fissura ani, hemorroïden
- Heeft u pijn na het ontlasten?
--> IBS, IBD, geïrriteerde anale huid
- Heeft u het gevoel dat u klaar bent na het ontlasten?
- Heeft u weleens binnen 15 minuten na het ontlasten het gevoel dat u weer moet?
--> rectocele
- Moet u wel eens helpen het de ontlasting eruit te krijgen?
- Heeft u (last van) aambeien?
- Heeft u bloedverlies tijdens de ontlasting?
--> hemorroïden
- Bent u bekend met anale kramp/anuskramp?
--> anale kramp (proctalgia fugax, anismus)
- Heeft u last van opgeblazen gevoel, opboeren, oprispingen, maagzuur, winderigheid, misselijkheid, verminderde eetlust?
--> slow transitobstipatie

4.4 Ventrale perineum

Urologie

Tijdens de mictie-anamnese wordt aan de patiënt vragen gesteld over het mictiepatroon, het mictiegedrag en de mictiestoornissen.

Mictiepatroon

- Hoe vaak gaat u overdag gemiddeld (of maximaal/minimaal) naar het toilet om te plassen?
- Hoeveel tijd zit er ongeveer tussen uw plassen in?
- Hoe vaak gaat u 's nachts gemiddeld (of maximaal/minimaal) naar het toilet om te plassen?

Licht slaappatroon, Oedeemvorming in de benen, nycturie, decompensatio cordis

- Hoeveel vocht drinkt u gemiddeld (of maximaal/minimaal) op een dag (totale vochtintake van koffie, thee, melk, bier, wijn, water, sap, fruit, yoghurt, soep enz.)?
- Wat is het signaal dat u moet plassen? Of wat is de aanleiding?

Mictiegedrag

- Hoe is uw houding tijdens het plassen?
- ♀ Gaat u zitten of hangt u boven het toilet?
- ♀ Hoe zit u op het toilet? Rechtop? Gewicht naar voren? Ellenbogen steunend op de knieën?
- ♂ Plast u staand? Zo ja, hoe staat u dan? ((bij voorkeur laten voordoen)
- ♂ Plast u zittend? Zo ja, waarom?
- ♂ + ♀ Waar is uw broek/ondergoed tijdens het zittend plassen?
- ♂ + ♀ Neemt u de tijd om te plassen?
- ♂ + ♀ Kunt u ontspannen tijdens het plassen?
- ♂ + ♀ Lukt het u te plassen op een openbaar toilet (in een urinoir) in de nabijheid van anderen?

Mictiestoornissen

- Voelt u aandrang om te plassen?

Onderactieve blaas of neurologische stoornis

- Geeft u gehoor aan die aandrang?
- Zo nee, wanneer plast u dan?
- Hoe vaak heeft u aandrang om te plassen?
- Zijn er factoren die de aandrang beïnvloeden?
- Kunt u de plas uitstellen? Als u zit? Als u bezig bent? Als u bij de voordeur bent?
- Heeft u tijd genoeg om het toilet droog te bereiken?

Urgency- en urge-incontinentie

- Komt de plas direct? Komt de plas spontaan? Heeft u moeite om te beginnen met plassen?

Cystocele, dysfunctional voiding

- Als u aan het plassen bent, komt de urine er dan in één keer uit, of komt het in delen?
- Gebeurt dat bewust of onbewust?
- cystocele en dysfunctional voiding
- Perst u mee met plassen? Is dat nodig of is dit een gewoonte?
- onderactieve blaas of urethrastenose persen
- Hoe is de straal tijdens plassen, continu of onderbroken?
- Is hierin de laatste tijd een verandering opgetreden?

Prostaatvergroting (benigne prostaathyperplasie en maligne prostaathyperplasie)

- Als u klaar bent met plassen, heeft u dan het gevoel dat u leeg bent?

Loze drang

- Heeft u wel eens het gevoel dat u binnen 10 à 15 minuten na het plassen alweer moet?

Cystocele of urethrocele en overactieve blaas of bij dysfunctional voiding

- ♂ + ♀ Heeft u last van nadruppelen?
- Verliest u wel eens urine? Heeft u last van urineverlies?
- Treedt het urineverlies op tijdens drukverhoging (hoesten, niezen, lachen, springen, opstaan, omdraaien)?

Stress- of inspanningsincontinentie ('druklek')

- Treedt er urineverlies op bij aandrang?

Urgency- of aandrangincontinentie ('dranglek')

- Hebt u het gevoel dat u urine verliest zonder aandrang of drukverhoging?

Anatomische veranderingen (fistel) of neurologische problematiek

- Voelt u dat u urine verliest?

Stoornissen van het sensibiliteit van het urogenitale systeem

- Zijn er factoren die de mate van urineverlies kunnen beïnvloeden?
--> urgencyfactoren (stress, kou, vocht, waterstromen) en hormonale factoren (menstruatie)

De 3IQ-test is een vragenlijst om het type incontinentie te bepalen (zie: Bijlage 3).

- Wat is de mate van urineverlies?
- Hoe vaak treedt het urineverlies op?
- Treedt het urineverlies overdag en/of 's nachts op?
- Treedt nachtelijk urineverlies spontaan op of onder bepaalde omstandigheden?

Neoblaas, urgency-incontinentie, overloopblaas of fistel, enuresis nocturna

- Gebruikt u opvangmateriaal voor de urine?
- Hoe vaak moet u dit verschonen?
- Heeft u last van huidirritatie?
- Wat gebruikt u om de huid te verzorgen?
- Gebruikt u medicatie in verband met uw klachten?

Urineretentie met overloopincontinentie

- Heeft u ooit blaasontstekingen gehad?
- Ziet u wel eens bloed in uw urine?

Urineweginfecties, ernstige blaasontsteking

- Is er pijn tijdens het plassen?
- Zo ja, treedt deze bij aanvang van, tijdens of na het plassen? Waar zit die pijn (blaasuitgang, plasbuis of in de blaas/onderbuik)?

Bekkenbodemspieren, de urethra en de blaas zelf

Bijzondere informatie met betrekking tot de mictie

Tijdens de mictie-anamnese kunnen patiënten nog specifieke informatie geven over:

- Sproeiend plassen.
- De benen natplassen of onder de bril doorplassen.
--> cystocele of urethrocele
- Verandering in de plasstraal bij mannen.

Indien een man beschrijft dat de plasstraal in de afgelopen periode is veranderd, zijn de volgende vragen relevant:

- Is er verschil in de straal bij een grote of kleine plas?
- Is uw PSA (prostaatspecifiek antigeen) bekend?
- Is die de laatste tijd veranderd?
--> prostaatveranderingen (benigne of maligne)
- Heeft u pijn uitstralend in de testikels of het scrotum?
--> overactieve bekkenbodem of referred pain
- Bent u wel eens bij een uroloog geweest?

- Zo ja, wat was hiervoor de reden?
- Zijn er bij u urologische ingrepen gedaan?
- Maakt u wel eens gebruik van een katheter?
--> urethradilatatie of otis urethrotomie
- Hoe is het zindelijkheidsproces bij u verlopen?
- Bent u een bedplasser geweest?
--> Enuresis (nocturna) en urine-incontinentie

Gynaecologie

Bij de gynaecologische anamnese worden, afhankelijk van de levensfase van de vrouw, vragen gesteld over:

- menstruatie,
- menopauze,
- prolapsen,
- gynaecologische historie (onderzoeken, ingrepen, operaties).
- Hoe verloopt uw menstruatiepatroon?
- Heeft u klachten van uw menstruatie?
--> hormonale veranderingen
- In hoeverre worden uw klachten door de menstruatie beïnvloed?
--> incontinentie (zowel stress- als urge-incontinentie), prolapsklachten en bekkenpijn
- Gebruikt u een anticonceptiepil?
- Is uw menstruatiepatroon de afgelopen periode veranderd?
--> toenemende stress-incontinentie of bekkenpijn
- Heeft u de menopauze afgerond?
- Heeft u nog klachten van de menopauze?
- Heeft u last van vaginale winden?
- Heeft u na het zwemmen of douchen last van verlies van vocht/water uit de vagina?
- Heeft u het gevoel dat er iets uit de vagina komt/bolt? Of uit de anus?
- Heeft u wel eens een balgevoel, of het gevoel dat u ergens op zit?
--> prolaps
- -s er sprake van een toename van prolapsklachten in de loop van de dag?
- Nemen de prolapsklachten af als u gaat liggen?
- Nemen de prolapsklachten toe bij zwaar werk?
- Heeft u wel eens moeite om het plassen op gang te brengen?
- Heeft u wel eens het gevoel dat u niet leegplast?
- Gaat dit wel/niet samen met het balgevoel?
- Komt er bij het opstaan na het plassen nog urine?
- Hangt dit samen met het balgevoel?
--> voorwandprolaps
- Moet u wel eens meehelpen met het ontlasten?

- Gebruikt u een steuntje (vinger of duim) in de vagina bij het ontlasten? Of moet u de ontlasting er wel eens met de hand uitkneden?
- Moet u soms kort na de ontlasting nog een keer lozen? En is dit een grote of een kleine portie? Hangt dit samen met het balgevoel?
--> achterwandprolaps
- Heeft u doorstootpijn bij het vrijen?
--> descensus uteri
- Heeft (had) uw moeder verzakkingsklachten (gehad) en/of is zij hieraan geopereerd?
- Heeft u last van de verzakkingsklachten bij dagelijkse activiteiten, werkzaamheden of sporten?
- Bent u wel eens bij een gynaecoloog geweest?
- Zo ja, wat was hiervoor de reden?
- Zijn er bij u ooit gynaecologische ingrepen gedaan?
- Zo ja, welke?

Obstetrie

- Heeft u zwangerschappen meegemaakt?
- Zo ja, hoeveel zwangerschappen (inclusief miskramen)?
- Indien u geen zwangerschappen (of miskramen) heeft gehad, was dit een bewuste keuze?
- Bent u spontaan zwanger geworden of is hier ondersteuning bij nodig geweest?
--> hormonale beïnvloeding
- Hoe verliepen uw zwangerschappen (per zwangerschap uitvragen)?
--> bekkenpijn, zwangerschapsklachten, prolapsklachten
- Hoeveel bevallingen heeft u meegemaakt? En wanneer?
- Hoe verliepen die bevallingen?
- Is uw kinderwens vervuld?
- Indien niet, heeft u al een termijn hiervoor bepaald?
- Waren er zwangerschapscomplicaties?
--> Vena cava syndroom, bloedverlies na dertien weken, Pre-eclampsie, HELLP-syndroom, Zwangerschapsdiabetes

4.5 Mammae

Diagnostiek bij klachten en afwijkingen van de mammae

Lokale klachten of afwijkingen

Aanwijzingen voor maligniteit:

- bij palpatie onregelmatige of slecht afgrensbare tumor
- een tumor die vastzit aan de huid en/of onderlaag

- schilfering of eczeem van de tepel (niet alleen de tepelhof)
- recentelijk optreden van huid- en/of tepelintrekking
- regionale lymfeklierzwellings
- non-puerperale mastitis die niet vlot geneest

Deze verschijnselen zijn een indicatie voor een directe doorverwijzing naar de huisarts, die de patiënt waarschijnlijk naar de mammapoli zal doorverwijzen.

Bij een lokale palpabele afwijking zonder aanwijzingen voor maligniteit en een leeftijd van dertig jaar of ouder: verwijzing naar huisarts en waarschijnlijk mammogram. Bij jongere vrouwen echografie, tenzij de afwijking verdwenen is in een andere fase van de cyclus.

Als de patiënte een knobbeltje voelt en de huisarts niet, is een controle na twee weken geïndiceerd. Als de patiënte iets blijft voelen, dient zij te worden doorverwezen naar de huisarts voor een mammografie (bij vrouwen jonger onder de dertig: echografie) of naar de mammapoli. Bij lokale pijn of gevoeligheid in één borst maar geen palpabele afwijkingen en evenmin aanwijzingen voor een thoracale of myogene oorsprong van de pijnklachten, wordt een doorverwijzing naar de huisarts geïndiceerd.

Diffuse klachten of afwijkingen

- Bij diffuus knobbelig borstweefsel met vaak ook pijnklachten, is mastopathie aanbevolen. Het is als zodanig onschuldig.
- Vast, dicht, knobbelig borstklierweefsel kan een carcinoom maskeren.
- Diffuus gevoelige of pijnlijke borsten zonder afwijkingen bij lichamenlijk onderzoek zijn geen indicatie voor mammografie.

Tepeluitvloed

- Bruine of bloederige tepeluitvloed komt in ongeveer 10 procent van de gevallen door een maligniteit.
- Een andere oorzaak is een melkgangfistel met een fistelopening op de rand van de tepelhof.
- Bij tepeluitvloed die bruin of bloederig is, is doorverwijzing naar de huisarts geboden.
- Enkel- of dubbelzijdige, melkachtige of heldere tepeluitvloed is geen reden om ongerust te zijn over de aanwezigheid van een mammacarcinoom.

Screening bij familiale belasting

Informeer bij een vrouw die ongerust is vanwege borstkanker in de familie:

- hoe vaak borstcarcinoom, ovariumcarcinoom, tubacarcinoom en prostaatacarcinoom bij eerste-, tweede- en soms ook derdegraads familieleden is voorgekomen;
- naar hun leeftijd ten tijde van de diagnose;
- naar het eventueel bilaterale karakter van de tumoren.

Het beleid⁴ wordt bepaald door de leeftijd van de vrouw en het levensrisico op borstkanker op basis van haar familiale belasting.

- Bij een niet substantieel verhoogd levensrisico (10 procent) wordt screening buiten het bevolkingsonderzoek niet aanbevolen.
- Bij een matig verhoogd levensrisico (20-30 procent) is het beleid afhankelijk van de leeftijd:
 - jonger dan 40 jaar: geen screening tenzij op basis van eerder familieonderzoek anders is geadviseerd.
 - van 40 tot 50 jaar: jaarlijkse screening in de vorm van mammografie via de huisarts (zie tabel 1), desgewenst aangevuld met een jaarlijks lichamelijk borstonderzoek;
 - van 50 tot 75 jaar: tweemaaljaarlijkse controle via het bevolkingsonderzoek.
- Bij een mogelijk sterk verhoogd levensrisico (30 procent of meer) is er een indicatie voor onderzoek op dragerschap van een van de borstkankergenen.

Tabel 1

Indicaties voor screening bij vrouwen zonder borstkanker in de voorgeschiedenis met een matig verhoogd levensrisico (20-30 procent) op borstkanker

Mammacarcinoom bij vrouwen in familie	Eén eerste- en één tweedegraads verwant met diagnose mammacarcinoom vóór het vijftigste jaar
	Twee eerstegraads verwanten met mammacarcinoom, ongeacht de leeftijd
	Drie of meer eerste- of tweedegraads verwanten met mammacarcinoom, ongeacht de leeftijd
Bilateraal of multifocaal mammacarcinoom	Eén eerstegraads verwant bij wie de eerste tumor vóór het vijftigste jaar is vastgesteld
Mamma- en ovariumcarcinoom	Eén eerste- of tweedegraads verwant met ovariumcarcinoom ongeacht de leeftijd en één eerste- of tweedegraads verwant met mammacarcinoom ongeacht de leeftijd (waarvan ten minste één eerstegraads)

Tabel 2

Indicaties voor genetisch onderzoek bij vrouwen zonder borstkanker in de voorgeschiedenis met een mogelijk sterk verhoogd levensrisico (30 procent of meer) op borstkanker

Eén eerstegraads verwant met mammacarcinoom gediagnosticeerd voor het vijfendertigste levensjaar
Twee of meer eerstegraads verwanten met mammacarcinoom gediagnosticeerd voor het vijftigste levensjaar
Drie of meer eerste- of tweedegraads verwanten met mammacarcinoom, waarvan ten minste één tumor voor het vijftigste levensjaar is vastgesteld.
Als er ook ovariumcarcinoom, tubacarcinoom, prostaatcarcinoom voor het zestigste levensjaar of borstkanker bij de man in dezelfde tak van de familie voorkomt, overleg dan met de afdeling Klinische Genetica of polikliniek Erfelijke Tumoren.

Bron: *Standaarddiagnostiek mammacarcinoom – lokale en diffuse klachten, NHG (2008).*

⁴ Diagnostiek van mammacarcinoom, NHG (2008).

5. ONDERZOEK INTIEME ZONES

5.1 Intra oraal/ buccaal onderzoek

Mechanische aspecten:

- Onderzoek van de beweeglijkheid van de osseuze en suturale structuren van de botten van het aangezicht.
- Analyse van de tonus en trofiek van de musculatuur van het kaakgewricht, tongmusculatuur en van de mondbodem.
- Analyse van de functionaliteit van het gebit in functie van het gnatologisch systeem. Dit laatste in functie van stijgende en dalende oorzaak gevolg ketens.
- Onderzoek van elasticiteit van het littekenweefsel.
- Onderzoek van de speekselklieren en hun ducti.
- Analyse van de ring van Waldeyer: grootte en vormafwijkingen in functie van het functioneren van naso- en oropharynx.

Neurologische aspecten

Onderzoek naar het functioneren van de volgende craniale zenuwen:

- n. trigeminus: onderzoek van de sensibiliteit van de mondholte, onderzoek naar de tonus en de trofiek van de kauwmusculatuur.
- n. facialis: onderzoek naar de tonus en trofiek van de aangezichtsmusculatuur. Onderzoek van de smaakzin, onderzoek naar de parasympatische functie van de vertakkingen van de vezels schakelend in het ganglion sphenopalatinum en summandibulare.
- n. glossopharyngeus: onderzoek naar de tonus en trofiek de musculatuur van de naso- en oropharynx. Onderzoek naar de smaakzin. Onderzoek naar de vertakkingen van het ganglion Oticum en de parasympatische regulatie van de speekselproductie. Onderzoek van de slik- en kokhalsreflex.
- n. vagus: onderzoek van de smaakzin. Onderzoek van de tonus en motoriek van de oropharynx. Onderzoek van slik- en kokhalsreflex en het globaal onderzoek van de stemfunctie.

Respiratoir en circulatoir:

- Onderzoek van de bovenste luchtwegen op toegankelijkheid.
- Onderzoek van de ring van Waldeyer.
- Onderzoek van de arteriële en veneuze voorziening van het keelgebied.
- Onderzoek van de sinussen zoals sinus maxillaris, sphenoidalis en ethmoidalis.

Bio-energetisch/metabool:

Onderzoek van de functionaliteit van het mondgebied met betrekking tot het algemeen welbevinden van de patiënt. Parodontitis, aften en slijmvliesafwijkingen kunnen een uiting zijn van

algemene gezondheidsproblemen; een indicatie van deficiënties of systeemziekten zoals bijvoorbeeld m. Behcet.

Bio-psychosociaal:

Onderzoek van verkrampingen in het mondkaakgebied die een uiting kunnen zijn van psycho-emotionele problemen van de patiënt en kunnen leiden tot onder andere bruxisme, TMJ- problematiek, snurken en het obstructieve slaapapneu-syndroom.

5.2 Onderzoeken dorsale perineum

Onderzoek van het posterior deel perineum en het rectaal onderzoek bij man en vrouw.

Mechanisch:

Extern:

- Onderzoek van de trofiek en de elasticiteit van het posterior deel perineum.
- Onderzoek van de fasciale relaties tussen het posterior deel perineum met de heupregio, been en de thoraco lumbale regio.
- Onderzoek naar de trofiek en elasticiteit van het centrum tendineum.
- Onderzoek van de fossa ischiorectalis.
- Onderzoek van de m. coccygeus en levator ani.
- Onderzoek van cx extern en van de durale verbinding; filum terminale.

Intern:

- Onderzoek naar de positie en de beweeglijkheid van de cx ter vaststelling van disfuncties en eventuele (sub-)luxaties.
- Onderzoek naar de elasticiteit van het lig sacrotuberale en sacrospinale.
- Onderzoek naar de tonus en trofiek van de bekkenbodem in bijzonder de m. levator ani, m. coccygeus, m. obturatorius Internus en m. sfincter ani.
- Onderzoek naar de elasticiteit van de wand van het rectum.
- Evaluatie van de aanwezigheid van een rectocèle. Bij de vrouw: de evaluatie van beweeglijkheid van de uterus in het geval van een retroversie/retroflexie uteri. Bij de man: de evaluatie van de prostaat op vorm, tonus, sensibiliteit en op beweeglijkheid (latero mediaal en in ventro craniale richting). De evaluatie op vorm en gevoeligheid van de glandulae seminalis. De osteopaat probeert te allen tijde het disfunctioneren van deze regio te plaatsen in een breder perspectief; hij betreft hierbij dan ook andere regio's die fasciaal verbonden zijn met dit gebied, zoals het heupgewricht, het sacro-iliacaal gewricht en de lumbale wervelkolom.

Neurologisch

Extern:

- Onderzoek naar de tonus en reflex activiteit (anus reflex) van het posterior deel perineum en m. coccygeus en m. levator ani.

- Onderzoek n. pudendus in het Alcock-kanaal.
- Onderzoek naar de sensibiliteit van de sacrale segmenten in relatie tot neurologische uitval bij radiculair lijden, polyradiculair lijden (Guilain Barré) of bij degeneratieve aandoeningen.

Intern:

- Onderzoek van het ganglion Impar van Walter.
- Onderzoek van het kanaal van Alcock in verband met entrapments van de n. pudendus (deels uitwendig).
- Onderzoek van de fossa infra piriformis bij entrapments van de n. ischiadicus.

Respiratoir/circulatoir

Extern:

- Onderzoek van de lymfeklieren in fossa ischio rectalis.
- Onderzoek van de arteriële en veneuze voorziening van de bekkenbodem met name ter hoogte van het kanaal van Alcock.
- Onderzoek naar uitwendige en inwendige hemorroiden.

Bio-energetisch/metabool

Extern:

- Onderzoek van lymfeklieren in fossa ischio rectalis.

Intern:

- Evaluatie van de invloed van hormonale veranderingen op de vorm en consistentie van de prostaat. Bij vrouwen: de invloed hiervan op de cervix uteri.

Bio-psychosociaal

Geen indicaties, eerder contra-indicaties bij de aanwezigheid van emotionele traumata.

5.3 Onderzoek ventrale perineum

Onderzoek van de externe genitaliën, anterior deel perineum en intravaginaal onderzoek

Mechanisch

Extern:

- Onderzoek van de trofiek en elasticiteit van het perineum genitale (ant deel perineum).
- Onderzoek naar de vorm en elasticiteit van de externe genitaliën van de man met aandacht voor de penis (in verband met bijvoorbeeld de ziekte van Peyronie); onderzoek van de voorhuid verschuifbaarheid en eventuele littekenweefsels van de penis, onderzoek van de testis en epididymis; onderzoek van het lieskanaal naar elasticiteit en eventueel littekenweefsel.
- Onderzoek van de ductus spermaticus op beweeglijkheid in lieskanaal.
- Onderzoek van de descensus testis, onderzoek torsio testis.

- Onderzoek van de labia majores en minoris bij de vrouw.
- Onderzoek van de glandulae Bartolini.
- Onderzoek van anterior deel vagina waaronder de clitorisregio.

Extern en intern:

- Extern en intern onderzoek van de vaginawand naar aanwezig littekenweefsel en de elasticiteit hiervan.
- Extern en intern onderzoek van de musculatuur van de bekkenbodemp m. ischio-cavernosus en m. bulbo-cavernosus.
- Onderzoek van de m. levator ani en m. obturator internus. Dit alles op tonus en trofiek.

Intern:

- Onderzoek naar de vorm en de beweeglijkheid van de utrethra.
- Onderzoek naar de vorm en de beweeglijkheid van het trigonum van de blaas.
- Onderzoek naar de vorm en de positie van de blaas ter vaststelling van een eventuele ptose.
- Onderzoek naar de beweeglijkheid van de blaas, met name de elasticiteit van het lig pubo-vescicale. Onderzoek naar de positie van de dunne darm met evaluatie van de invloed hiervan op de positie van de blaas.
- Onderzoek naar de positie van de cervix uteri.
- Onderzoek van de vorm van de cervix en van de cervixmond.
- Onderzoek naar eventuele malformaties die verder osteopathisch onderzoek contra-indiceren.
- Onderzoek naar de beweeglijkheid van de cervix lat-lateraal, ant-posterior, cranio-ventraal met rebound.
- Onderzoek naar de vorm en positie van de uterus ter evaluatie van anteflexie-retroflexie, anteversie-retroversie en ter evaluatie van een eventuele ptose uteri.
- Onderzoek van de elasticiteit van het lig latum uteri en lig teres uteri.
- Onderzoek naar de positie, vorm en gevoeligheid van de ovariae.
- Onderzoek naar de elasticiteit van de tubae.
- Onderzoek naar de mobiliteit van de ovariae.
- Onderzoek van de ovariae ten opzichte van de cervix uteri.
- Onderzoek van de achterwand van de vagina.
- Onderzoek naar de vorm en positie van het rectum. Evaluatie van een eventuele aanwezige rectocèle.

Neurologisch

Extern:

- Onderzoek van de sensibiliteit van het anterior deel perineum in functie van segmentale, spinale of entrapment-problematiek.
- Onderzoek naar de reactiviteit van de vaginawand bij aanraking om een eventuele overgevoeligheid of uitval bij aandoeningen van de zenuwstructuren te diagnosticeren.

- Onderzoek van het kanaal van Alcock naar irritatie en de aanwezigheid van eventuele neurinomen.
- Onderzoek van externe genitalia bij de man in verband met zenuwletsel.
- Onderzoek van het lieskanaal bij man en vrouw in verband met entrapment-problematiek van n. genito-femoralis en n. Ilio-inguinalis.

Respiratoir/circulatoir

Extern:

- Onderzoek naar de aanwezigheid van vaginale varices, evaluatie van de arteriële doorbloeding. Analyse van eventueel opgezette lymfeklieren die kunnen duiden op een infectie.
- Onderzoek van de lymfeklieren in de inguinale regio in verband met infecties in het urogenitaal gebied.

Bio-energetisch/metabool

De invloed van hormonale veranderingen op de wand van de vagina, de tonus en trofiek van de musculatuur, de vorm, grootte, positie en beweeglijkheid van de cervix uteri, het corpus uteri, de ovaria en tubae. Na het toucheren wordt de kwaliteit van de aanwezige mucosa op de handschoen geëvalueerd in verband met de mogelijke aanwezigheid van een schimmel of andere infecties. Ook de hormonale status heeft invloed op kwaliteit van de slijmvliezen. Onderzoek van de externe genitaliën van de man in verband met de hormonale status.

Bio-psychosociaal

Een hoge tonus van de bekkenbodemmusculatuur kan duiden op vaginisme. Dit kan psychogene of emotionele oorzaken hebben.

5.4 Onderzoek van de mammae

Mechanisch

- Onderzoek van de verschuifbaarheid van de mammae in alle richtingen, onderzoek van het lig van Clark op elasticiteit.
- Onderzoek van de fasciale verbindingen van de mammae.
- Onderzoek naar de verschuifbaarheid van de tepel; onderzoek naar de uitrekbaarheid van de tepel.
- Onderzoek van de mobiliteit van de ribben 2-5 in relatie tot de mammae thv het chondro-sternaal en costo-chondrale gewricht.
- Onderzoek van de fasciae van de anteriore axilla op elasticiteit en verschuifbaarheid.
- Onderzoek van de m. pectoralis major en minor op elasticiteit, tonus en trofiek.
- Onderzoek van de mm intercostalis exterior en interior op elasticiteit, tonus en trofiek.
- Neurologisch

- Onderzoek van de innervatie van de bovenste thoracale segmenten en de bovenste intercostaal op sensibiliteit.
- Onderzoek van sympathische innervatie.

Circulatoir/respiratoir:

- Onderzoek van de arteriële en veneuze voorziening van de mammae en axilla.
- Onderzoek van het lymfatisch systeem ter hoogte van de mammae en in de axillae.

Bio-energetisch/metabool

Onderzoek van de invloed van hormonale veranderingen op de borst. Dit wordt ook uitgevoerd bij jonge mannen in verband met een zwelling van de borst door een toename van androstenodion.

Bio-psychosociaal

De betekenis van de borst in de relatie moeder-kind.

6. BEHANDELTECHNIKEN INTIEME ZONES

De functies en structuren die genoemd worden bij de technieken kunnen tevens de indicaties zijn om te behandelen. Technieken die gebruikt worden in de intieme zones zijn:

- Mobiliserende technieken ter mobilisatie van articulaire disfuncties.
- Directe en indirecte technieken ter mobilisatie van myogene en fasciale structuren.
- Directe en indirecte technieken ter mobilisatie van peritoneale ophangstructuren.
- Directe en indirecte technieken ter correctie van een positie van een specifieke orgaanstructuur.
- Directe en indirecte mobilisaties ter mobilisatie van peri- en epineurale structuren.
- Directe en indirecte mobilisaties ter mobilisatie van vasculaire structuren zoals venen en arteriën ter bevordering van de circulatie.
- Technieken ter verbetering van de lymfestroom in vaten en ter hoogte van lymfeknopen.
- Technieken ter verbetering van de neuroconductie ter hoogte van de ganglia van het autonome zenuwstelsel.
- Technieken ter re-sensibilisatie bij verstoring van de sensibiliteit zoals bij kinderen met eet- en drinkstoornissen.

Directe en indirecte technieken

Bij een directe techniek wordt er direct kracht uitgeoefend in de richting waarop het lichaamsdeel beperkt mobiel is om deze structuur te mobiliseren. Bij een indirecte techniek wordt er eerst in de vrije richting bewogen ter ontspanning van de weke delen die de beperking onderhouden, waarna men – na een ontspanning van deze structuren – in de beperkte richting beweegt. De actualiteit van de disfunctie bepaalt welke keuze wordt gemaakt. Bij baby's en kleine kinderen wordt er over het algemeen alleen met een directe techniek gewerkt.

6.1 Intrabuccale technieken

Mechanische correcties

- Technieken ter correctie van de mobiliteit van de verschillende suturen in het mondkeelgebied van de volgende botstukken, hun synchondrosen en hun intra-osseuze vervormbaarheid: mandibula, maxilla, palatinum, vomer, ethmoid, sphenoid, zygoma, temporale, hyoid.
- Technieken van de myogene structuren in het mond- en keelgebied.
- Technieken van de fasciale structuren van het mond- en keelgebied.
- Correctie van het temperomandibulaire gewricht.
- Behandeling van de ducti van de speekselklieren en van de speekselklieren zelf.

Neurologische correcties

- Correcties ter verbetering van het functioneren van de volgende ganglia: sphenopalatinum, oticum, submandibulare.
- Correcties van de peri- en epineurale verbindingen van de n. trigeminus, facialis, glossopharyngeus en hypoglossus.
- Verbetering van de sensibilisatie na verstoring van de sensibiliteit met strijkende technieken in het mondgebied.

Circulatoir/respiratoir

- Technieken ter verbetering van de circulatie in het mondgebied.
- Technieken ter behandeling van de veneuze afvoer in de wang: plexus pterygoideus.

Bio-energetisch en metabool

- Behandeling van de lymfatische afvoer in de mond.
- Behandeling van de tonsillen.
- Behandeling van de sinus maxillaris, ethmoidalis en sphenoidalis.

Bio-psychosociaal

- Behandeling van spanningen in het mondbodemgebied en kaakmusculatuur ter ontspanning van psycho-emotionele spanningen in dit gebied.

6.2 Dorsale perineum

Mechanische correcties

Extern:

- Technieken ter regulatie van de bekkenbodemmusculatuur en het centrum tendineum.
- Techniek ter mobilisatie van fasciale verbindingen in het posterior deel perineum.
- Externe correctie van de cx.

Intern:

- Correctie van de positie en de mobiliteit van de cx.
- Behandeling van de bekkenbodem spieren, m. coccygeus, m. levator ani, m. piriformis en m. obturator internus.
- Behandeling van de ophangstructuren van de prostaat.
- Behandeling van de trofiek van de prostaat.
- Correctie van een uterus in retroversie/retroflexie.
- Correctie van de ophangstructuren van het rectum.

Neurologisch

- Behandeling van n. pudendus in kanaal van Alcock met zowel interne als externe technieken.

- Behandeling van het filum terminale intern en extern.
- Behandeling van ganglion impar van Walter.
- Behandeling van de n. Ischiadicus in foramen infrapiriforme.

Circulatoir/respiratoir

- Behandeling van externe en interne hemorroïden.

Bio-energetisch/metabool

- Geen.

Bio-psychosociaal

- Ontspanning van spanningen van het posterior deel van het perineum in functie van psycho-emotionele problemen.

6.3 Ventrale perineum

Mechanisch

Extern:

- Behandeling van de pubis symfyse met directe of indirecte mobilisatietechniek.
- Behandeling pubis symfyse met positioneringstechniek/Jonestechniek.
- Behandeling van de pubis symfyse met decoaptatie-techniek.
- Behandeling van pubis symfyse met reflextrust.
- Behandeling pubis symfyse met MET.
- Behandeling van de spieren van het ventrale perineum.
- Behandeling van de genitaliën van de man: lig suspensorium penis.
- Behandeling van de descensus testis.
- Behandeling van het lieskanaal en de ductus spermaticus.
- Behandeling van littekenweefsel ventrale perineum.
- Behandeling van littekenweefsel van de vagina na epitisiotomie.

Intern:

- Behandeling van de beweeglijkheid van de utrethra.
- Behandeling van het trigonum van de blaas.
- Behandeling van een blaasptose.
- Behandeling van het lig pubo-vescicale.
- Behandeling van de beweeglijkheid van de cervix uteri in lat-laterale, ant-posterior en cranio-ventrale richting en met rebound.
- Behandeling van de uterus in anteflexie-retroflexie, anteversie-retroversie.
- Behandeling van ptosis uteri.
- Behandeling van het lig latum uteri en lig teres uteri.
- Behandeling van de verschuifbaarheid van de ovaria.

- Behandeling van de elasticiteit van de tubae.
- Behandeling van de ovariae ten opzichte van de crevix uteri.
- Behandeling van het ophangstructuren van het rectum.
- Behandeling van een rectocèle.

Neurologisch

Extern:

- Behandeling van de neurologische structuren van het lieskanaal: nn. genitofemoralis en ilioinguinalis.
- Behandeling van cutane entrapments in het anterieure deel perineum en liesregio.
- Behandeling van takken n. pudendus in het anterieure deel perineum.
- Intern: Behandeling van de n. ischiadicus in het foramen infra piriforme bij de vrouw met een vaginaal touché.

Circulatoir/respiratoir

Extern:

- Behandeling van het lieskanaal ter verbetering van de arteriële en veneuze circulatie.
- Behandeling van arteriële en veneuze structuren van het anterieure deel van het perineum.

Intern:

- Technieken ter verbetering van de circulatie, zowel veneus als arterieel, door behandeling van de ophangstructuren van uterus, ovaria en tubae.

Metabool/bio-energetisch

- Behandeling van de testis bij de man met mobilisatie- en inductietechnieken om de testosteron- en spermaproductie te verbeteren.
- Behandeling van de ovaria bij de vrouw ter beïnvloeding van de eicelrijping en hormoonproductie.

Bio-psychosociaal

- Ontspanning van spanningen van het anterieure deel van het perineum in functie van psycho-emotionele problemen.

6.4 Mammae

Mechanisch

- Technieken ter verbetering van de elasticiteit van de ophangstructuren van de mammae zoals het lig. van Cooper.
- Behandeling van de fascia coraco-pectero-axillaris.
- Behandeling van de mobiliteit van de sterno chondrale en chondro-costale verbindingen van costea 2-6.
- Behandeling van littekenweefsel na een mammectomie en of radiotherapie.

Neurologisch

- Behandeling van entrapments van cutane structuren en intercostaal zenuwen in de regio costa 2-6.
- Behandeling van de plexus brachialis in de mediale axilla.

Circulatoir/respiratoir

- Behandeling van de lymfatische structuren van de borst en axilla.
- Behandeling van arteriële en veneuze structuren in de axilla, borstregio en costae 2-6.

Metabool bio-energetisch

- Behandeling van de borst ter verbetering van borstvoeding en ter voorkoming van mastitis.
- Bio-psychosociaal
- Behandeling van de plexus cardiacus superficialis als behandeling van emotionele en angstproblematiek.

7. RISICO-BATENANALYSE

7.1 Behandelplan opstellen

Na het onderzoek in de uitgangshoudingenstanden (zit en lig) worden de bevindingen geïnterpreteerd en wordt er een osteopathische diagnose gesteld. Doel is te achterhalen welke van de gevonden osteopathische disfuncties als eerste behandeld moet worden. Er wordt een synthese opgesteld die tot een behandeling leidt, dan wel tot doorverwijzing voor verder onderzoek (bij een arts, laboratorium en/of beeldvormende technieken). Vervolgens wordt de voorgestelde behandeling besproken.

Basis hiervoor is een gefundeerde kennis van:

- Mechanische samenhang: anatomische continuïteit, biomechanische wisselwerkingen en stress.
- Hydrodynamische verbindingen: arterieel, veneus en lymfatisch.
- Metabole/bio-energetische verbindingen: endocrinologisch, immunologisch, biochemisch.
- Neurologische verbindingen: viscerosomatische, somatoviscerale, somato-somatische reflexenbogen, neurotrofische invloeden, nociceptie en plasticiteit van het zenuwstelsel.
- Bio-psychosociale invloeden.

De keuze van de behandeling is afhankelijk van:

- De patiënt en diens symptomen
- De toestand van het weefsel
- Het klinisch redeneren van de osteopaat over de causaliteit
- De handvaardigheid van de osteopaat
- Het doel van de behandeling

Als de patiënt goed is geïnformeerd, kan hij een keuze maken voor een behandelmethode. Daarvoor moeten alle behandel mogelijkheden – indien mogelijk met bewijsvoering – en de risico-batenanalyse besproken worden.

Iedere behandelmethode, dus ook osteopathie, wordt geëvalueerd op basis van:

- effectiviteit
- risico's
- werkingsmechanisme
- acceptatie
- verhouding kosten/effectiviteit.

Deze richtlijn probeert op basis van wetenschappelijk gepubliceerd onderzoek duidelijkheid te geven over de veiligheid en effectiviteit van de osteopathische behandeling van intieme zones.

NNT en NNH

In Evidence Based Medicine is het wenselijk om met Numbers Needed to Treat (NNT) of Numbers Needed to Harm te komen (NNH). Hoeveel mensen moeten behandeld worden om tot een positief (NNT) of een negatief (NNH) resultaat te komen? In de osteopathie is dit tot nu toe nog niet mogelijk geweest. Daarom worden eerst de effectstudies naar osteopathische behandeltechnieken besproken. Vervolgens worden de risico's op 'adverse events' (incidenten) besproken. De literatuur geeft weinig informatie over de veiligheid, bijwerkingen en complicaties van een osteopathische behandeling. Er wordt geen melding gemaakt van nadelige voorvallen ten gevolge van behandelingen met muscle energy, fasciale- en indirecte technieken. Ook zijn er geen meldingen bekend met betrekking tot technieken die aangrijpen op het cranium of de viscera.

7.2 Onderzoek naar effecten

Algemeen gebruik van viscerale technieken door osteopaten

Stemeseder (2007) heeft 114 van de 314 osteopaten in Oostenrijk geënquêteerd over het gebruik van viscerale technieken. Van hen gebruikt 80 procent viscerale technieken bij de diagnostiek, 37 procent gebruikt deze regelmatig in de behandeling en 50 procent gebruikt ze vaak bij behandelen. Minder dan 10 procent van de patiënten zoekt volgens de geënquêteerden een osteopaat op voor klachten in het viscerale gebied. Slechts 3 procent van de osteopaten geeft aan dat meer dan 30 procent van de patiënten hen opzoekt voor viscerale klachten.

Effectstudies naar osteopathische technieken

Bij het zoeken naar effectstudies is gebruikgemaakt van PubMed, Google Scholar, Osteopathic Research Web en CEESO. In totaal zijn er 61 studies gevonden met betrekking tot het dorsale en ventrale perineum. Er zijn meer studies in het bezit van de opleidingen, maar daar kregen wij helaas geen toegang toe.

De effectmetingen zijn doorgaans gebaseerd op vragenlijsten naar symptomen, maar ook naar de kwaliteit van leven. Het meten van deze factoren betekent dat het effect gebaseerd kan zijn op verschillende werkingsmechanismen, bijvoorbeeld circulatoir, metabool, neurologisch en bio-psychosociaal.

Burch (2003) vat de technieken van Barral samen in drie onderzoekstechnieken:

- listening
- mobiliteitstesten
- manuele thermodiagnostiek

Bij het behandelen zijn er ook drie technieken te onderscheiden:

- functionele methodes
- recoil
- inductie van motiliteit.

Chapelle en Bove (2013) onderzochten viscerale technieken van het abdomen bij twintig ratten met een draaiing van het ileum. Bij de tien gemasseerde ratten was er sprake van een verhoogde transit, afname van intraperitoneaal eiwit en afname van ontstekingscellen. Zij concluderen dan ook dat postoperatieve viscerale massage voor verbetering zorgt.

Effectstudies naar algemene viscerale manipulatie technieken (VMT)

Viscerale manipulatie is ook onderzocht bij a-symptomatische mensen. De pijndrempel van de rug was significant lager bij de vijftien onderzochte mensen, in tegenstelling tot wanneer er geen viscerale manipulatie was uitgevoerd. Dan bleef de pijndrempel op de rug hoger (McSweeney, 2012).

Bij een vergelijking tussen fysiotherapie met viscerale manipulaties (n=32) en standaard-fysiotherapie met een placebo viscerale manipulatie (n=32) bij patiënten met lage rugklachten, werd er alleen na 52 weken een effect gemeten op de pijnscore, en niet bij twee of zes weken (Panagopoulos, 2014).

Er zijn ook studies gedaan die het omgekeerde effect bestuderen: dat van een behandeling van de wervelkolom op orgaanfunctioneren. Brugman et al (2010) gaven zestig mensen met chronische obstipatie zes behandelingen in vier weken. Hierna werd door de proefpersonen een verminderde obstipatie, afname van andere symptomen en een toename van de levenskwaliteit gerapporteerd.

Schwerla (2015) heeft veertig vrouwen postpartum vier maal een osteopathische manipulatieve behandeling (Osteopathic Manipulative Therapy: OMTh) in acht weken gegeven. In vergelijking met de veertig vrouwen in de controlegroep was er een duidelijke afname van pijn te zien.

Effectstudies naar intrabuccaal: oraal

Kalamir (2013) heeft een RCT gedaan naar de intra-orale behandeling bij tempero-mandibulaire klachten. Een groep (n=24) kreeg vijf weken lang twee maal per week een intra-orale myofasciale behandeling, de controlegroep (n=24) kreeg informatie, zelfzorg en oefeningen mee. De pijn nam bij de behandelde groep af. Bij de trismus (openen mond) was er geen significant verschil. In 2007 heeft Kalamir een systematische review gedaan van de literatuur naar intra-orale behandelingen. Er waren acht RCT's die geïncludeerd zijn, en op basis van deze RCT's kon geconcludeerd worden dat manuele therapieën effectief zijn bij tempero-mandibulaire afwijkingen. Tevens stelde hij dat osteopathie een lange geschiedenis heeft met intra-orale behandelingen, maar dat er bewijsvoering voor het effect ontbrak.

Tuncer (2013) heeft de Tempero Mandibulaire disfuncties (TMD) in een MT-groep (n=20) vergeleken met een groep die alleen thuis fysiotherapie kreeg. De MT-groep kreeg drie maal per week, gedurende vier weken manuele therapie voor TMD. De groepen werden op Maximale Mond Opening (MMO) en pijnscores vergeleken. Deze waren significant lager bij de MT-groep.

Effectstudies naar voorste perineum: vagina

Rosenbaum en Owens (2008) onderzochten welke rol fysiotherapeuten kunnen hebben bij het verhelpen van dyspareunia (pijn bij vrijen). Zij gingen hierbij ook in op de rol van voorlichting over anatomie (onder meer met behulp van een spiegel), voorlichting over het gebruik van prikkelende stoffen, vaginale dilatoren, oliën en zelfs op aanpassingen bij het fietsen en van posities tijdens het vrijen.

In een volgend artikel vonden ze dat de kracht van het bekkenbodemp gemeten kan worden door middel van het Modified Oxford Grading System (MOGS), een zespunt-schaal die de kracht meet van het perineum (Rosenbaum, 2010). Fischer (2007) heeft onderzocht of vaginale dilatatie bij een te gespannen levator ani-activiteit van een patiënt (n=1) in combinatie met fysiotherapie leidde tot minder pijn bij het vrijen. Na negen weken was de patiënt pijnvrij.

Wurn (2004) heeft onderzocht of MT leidt tot een toename van orgasmes en vermindering van dyspareunia. Dit was in zijn praktijk bij een 42-jarige vrouw het geval na zestig behandelingen van een half uur gedurende een jaar.

Triay Salamanca (2010) heeft in haar thesis onderzocht of een osteopathische behandeling bij dyspareunia effect heeft. Zij gaf zeven vrouwen vier osteopathische behandelingen gedurende acht weken. De behandelde groep had beduidend minder pijn (78 procent gaf aan minder pijn te hebben) dan de niet-behandelde groep (zeven vrouwen, 29 procent).

Effectstudies naar voorste perineum: blaas

Fitzgerald (2009) heeft 48 patiënten met of een chronische prostatitis of een pijnlijke blaas gerandomiseerd behandeld: de ene groep kreeg myofasciale fysiotherapie, de andere groep een globale massage. Zij ontvingen tien behandelingen van een uur in tien weken tijd. Het was een haalbaarheidsstudie, waarna zij concludeerde dat deze opzet mogelijk is. Er zijn vooralsnog geen resultaten van bekend.

Weiss (2001) heeft in vijf jaar bij 52 mensen met blaasklachten (cystitis of prikkelbare blaas) een perineumbehandeling van een à twee keer per week gegeven, gedurende acht tot twaalf weken. Bij 83 procent van de prikkelbare blaaspatiënten en 70 procent van de cystitispatiënten trad een duidelijke verbetering op.

Gerhardt (2008) gaf dertig vrouwen met incontinentie gedurende twaalf weken een algemene osteopathische behandeling. Dertig vrouwen met incontinentie werden niet behandeld. Uit een meting met de King's Health Questionnaire (KHQ) bleek een significante verbetering van de kwaliteit van leven na de osteopathische behandeling. Conrad (2010) heeft 26 mannen met een goedaardige vergroting van de prostaat gedurende vier weken niet behandeld (fase 1) en daarna in vier weken drie maal behandeld. De osteopathische disfuncties in de verschillende systemen werden behandeld. Het effect werd gemeten aan de hand van de

International Prostatic Symptom Score (IPPS), de QoL en de SF-36 voor kwaliteit van leven. Er werd een duidelijk verschil gemeten tijdens de behandelingsperiode.

Franke (2013) heeft een systematische review gedaan naar studies voor Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), waarbij er onderscheid gemaakt werd tussen 'urge', 'stress' en 'mixed' incontinentie. Zij concludeert dat er een effect is van de osteopathische behandeling bij LUTS.

Ringkamp (2010) gaf 24 mensen met blaasledigingsklachten een osteopathische behandeling, nog eens 24 mensen met deze klachten werden niet behandeld. Via vragenlijsten (AUASI, SF-36) werden hun klachten gemeten. Na vijf behandelingen in tien weken tijd werd er een significant effect gemeten.

Effectstudies naar het bekken (algemeen)

Wurn (2008) gaf twintig uur fysiotherapie aan 28 vrouwen met fertiliteitsproblemen ten gevolge van een tuba uterina occlusie. Hierbij werd gebruikgemaakt van indirecte en directe inwendige technieken. Bij zeventien van de 28 vrouwen werd na deze periode een verdwijnen van de occlusie van de tuba geconstateerd.

Anderson (2011) heeft een hulpmiddel ontwikkeld en onderzocht om inwendig myofasciale triggerpunten te behandelen. Hij heeft dit bij 106 mannen en zeven vrouwen onderzocht. Van hen gaf 95 procent aan dat het effectief is bij het verlichten van chronische bekkenpijn.

Effectstudies naar het achterste perineum (anus en rectum)

Er zijn verschillende studies gedaan om het behandelen van afwijkingen van het staartbeentje (coccydynia) te meten. Er zijn vier typen afwijkingen: luxatie, hypermobiliteit, immobiliteit en normale mobiliteit.

Maigne (2001) gaf een groep levator anus-massage. Een tweede groep kreeg gewrichtsmobilisatie en een derde groep milde levator ani-stretching. De levator ani-behandelingen waren effectiever op basis van een VAS-meting. Het aantal proefpersonen was niet duidelijk.

Emerson (2012) beschrijft een casus van een zestigjarige vrouw die onder anaesthesie drie maal werd behandeld voor haar coccydynie en na zes weken klachtenvrij was.

Effectstudies naar de uterus

Ramsauer (2014) heeft via een systematisch literatuuronderzoek gekeken of er sprake is van een duidelijk verband tussen rugklachten en baarmoederproblematiek. Zij kwam 23 redelijke ('moderate') studies tegen en concludeert dat in het algemeen de osteopathische en manueel-therapeutische literatuur erop wijzen dat lage rugklachten duiden op onderliggende problematiek in het urogenitaal gebied.

Dysmenorrhea (menstruatieproblematiek)

Pinter-Haas (2010) heeft 29 vrouwen met dysmenorrhea gedurende vier maanden iedere twee weken osteopathisch behandeld. Daarbij werden de gevonden disfuncties in de verschillende systemen aangepakt. De controlegroep van 31 vrouwen werd niet behandeld. Pijn werd gemeten alsook de QoL (SF-36). Er was een significant verschil tussen de behandelde en niet-behandelde groep.

Schwerla (2014) heeft zes osteopathische behandelingen gegeven en de disfuncties behandeld. Hij mat pijn en QoL en concludeert dat osteopathie zinvol is bij primaire dysmenorrhea. Cofourain en Meslé (2006) hebben 35 vrouwen met dysmenorrhea behandeld en 35 niet behandeld. Gemeten is volgens de EVA, de Sultan Score en de VAS. Er werd een kortetermijneffect gemeten van osteopathiebehandelingen bij dysmenorrhea.

Hödl (2011) heeft tien vrouwen met een premenstrueel syndroom (dysmenorrhea) een cranio-sacrale behandeling gegeven en tien vrouwen met dezelfde klachten een sham-behandeling. Er is met questionnaires gemeten en geconstateerd dat pijn en symptomen gereduceerd werden in de behandelde groep.

Riepler (2006) gaf vier maanden lang een osteopathische behandeling aan tien vrouwen met dysmenorrhea. Tien vrouwen met dezelfde klachten kregen geen behandeling. De vrouwen vulden vooraf en na afloop van de behandelreeks een vragenlijst in. Bij de behandelde groep had de behandeling significant resultaat.

Effectstudies mammae: borst drainage

De studies die gedaan zijn naar behandeling van de borst, concentreerden zich op behandeling van het lymfoedeem na een mammae resectie. Er is gezocht op mammae-behandeling bij Google Scholar, PubMed en OsteoResearchWeb. Er zijn drie studies gevonden op dit gebied. Geen van de studies onderzocht gezond borstweefsel.

Koul (2007) heeft in 2007 een effectiviteitsstudie gedaan naar manuele lymfe drainage bij oedeem bij 138 vrouwen die geopereerd waren aan borstkanker. Er werd een significant effect gemeten na de behandeling. Williams (2002) mat het effect van manuele lymfedrainage na een borstkankeroperatie. Het verschil was significant.

Menopauze

Zanon (2006) heeft tien vrouwen met menopauze problemen drie maal osteopathisch behandeld en gaf tien vergelijkbare vrouwen geen behandeling. Er werden menopauzesymptomen en QoL-effecten gemeten. Er was sprake van een significant verschil tussen de behandelde en niet-behandelde groep.

Mückler (2005) heeft dertien vrouwen met menopauzeklachten behandeld. Zij deed een breder onderzoek en constateerde dat 80 procent van deze vrouwen kampt met gewrichtsklachten, verteringsproblemen, functionele lever-, galproblematiek, menstruatieproblemen, stress, tandenknarsen of kaakklemmen, chronische infecties en wervelkolom- of schedeltrauma's. Opvallend is dus de systemische aard van de klachten.

Endometriosis

Schneider (2011) heeft twintig vrouwen met endometriosis acht weken geen behandeling gegeven, waarna vier behandelingen in acht weken volgden. Gemeten werd met de VAS en de EHP-5. De behandelde groep rapporteerde significant minder pijn. Schneider gebruikte geen vaginale en rectale technieken, omdat dit in Duitsland voorbehouden is aan artsen. Ook meent ze dat het vanwege de lange pijngeschiedenis beter is om indirect te werken. Barral adviseert dit volgens haar ook.

Daraï et al (2015) hebben twintig patiënten met diepe infiltrerende endometriose (DIE) behandeld en getest met een QoL-vragenlijst na een osteopathische behandeling. Zij concluderen dat osteopathie de QoL bij DIE kan verbeteren.

Hysterectomie

Lamberts (2012) heeft 127 vrouwen die een hysterectomie hadden ondergaan een vragenlijst laten invullen. Zij rapporteerden post-operatief meer pijn, zowel qua duur als intensiteit en frequentie.

Uterus prolaps

Quell en Kocheise-Miller (2008) verdeelden 42 vrouwen met een prolaps over twee groepen: een controlegroep die een fysiotherapeutische bekkenbodetraining kreeg en een groep die vier osteopathiebehandelingen kreeg gedurende drie weken (n=21). De gynaecoloog beoordeelde de verzakking en een VAS. In de behandelgroep bleek dat de verzakking was verminderd bij dertien van de 21 vrouwen, in de controlegroep bij zeven van de 21. Kortom, een significant effect.

Effectstudies bij zwangerschap

Lavelle (2012) vermeldt dat Hart in 1918 al constateerde dat de duur van de bevalling korter was (negen uur bij primiparus, vijf bij multiparus) na een osteopathische behandeling (n=50), dan wanneer er geen osteopathische behandeling was gegeven (vijftien uur bij primiparus, negen uur bij multiparus, n=50).

Frawley et al (2015) hebben onderzocht hoeveel vrouwen in Australië tijdens hun zwangerschap een osteopaat bezoeken. Dit bleek bij 104 van de 1.835 vrouwen het geval te zijn (6.1 procent). De kans nam toe wanneer ze ook rugklachten, gewichtsproblemen en somberheid ervoeren. Zij schrijft dit toe aan de associatie tussen pijn en stemming.

Hensel (2015) deed een groot onderzoek onder zwangere vrouwen in de VS. Vrouwen werden toegewezen aan Usual Care Only (UCO, n=130), UC en OMT (OMT, n=137) en UC met Placebo Ultrasound Treatment (PUT, n=133). OMT was effectiever dan UCO, maar versilde nage-nog niet van PUT. Volgens haar zou dit komen doordat PUT toch actiever is dan verwacht. Licciardione (2013) heeft gekeken of behandeling van de rug door OMT invloed had op rug-klachten tijdens de zwangerschap (n=144). OMT bleek significant beter te zijn voor rugklachten tijdens het derde trimester dan sham ultrasound of Usual Care.

Nistler et al (2010) hebben 78 vrouwen tussen de twaalfde en zestiende week van de zwangenschap verdeeld in een behandelgroep osteopathie (n=40, drie behandelingen) en een controle-groep (n=38, geen behandelingen). De gevonden somatische disfuncties werden behandeld. De duur van de bevalling was significant korter (4.7 in plaats van 7.7 uur), er was minder pijn en er waren minder episiotomieën (knip).

Georgiades (2006) heeft gekeken of er een verschil was bij stuitligging na een osteopathiebehan-deling. Van de achttien zwangere vrouwen met baby's in stuitligging zijn er tien osteopathisch behandeld en acht niet. De baby's in de osteopathie-groep draaide twee keer zo vaak, vergeleken met de niet-behandelde groep.

Effectstudies naar ovaria

Kramp (2012) heeft manuele therapie bij infertiliteit onderzocht. Zij gaf tien onvruchtbare vrou-wen één tot zes behandelingen van het bekken. Hierbij maakte zij gebruik van MET, lymfedrai-nage en VMT. Zes van de tien vrouwen was binnen drie maanden zwanger.

Kermorgant (2007) heeft osteopathie onderzocht bij infertiliteit. Zij heeft 25 vrouwen een fase van vijf maanden niet behandeld en vervolgens gedurende vijf maanden vijf behandelingen gege-ven. Zij vergeleek het zwanger worden met een natuurlijk beloop en met allopathische behande-ling. Hier bleek geen significant effect uit. Wel constateerde ze een kleinere reductie van miskra-men in vergelijking met een natuurlijk verloop (12 procent bij OMT en 15 procent bij natuurlijk verloop).

Algemene conclusie

Van de 61 studies zijn er drie studies die inwendige technieken van de vagina hebben bestudeerd. Er zijn twee studies naar inwendige technieken rectaal. Verder zijn er veel studies naar uitwendi-ge technieken gedaan. Deze zijn echter methodologisch zwak vanwege een geringe randomisatie, subjectiviteit van de metingen en te kleine groepen. Ze zijn wel indicatief voor mogelijk verder onderzoek. Er is dus op basis van eerder onderzoek geen optimale afweging te maken tussen uitwendig en inwendig behandelen. Dit zal de osteopaat zelf moeten inschatten op basis van het totale klachtenbeeld.

7.3 Prevalentie bijwerkingen

Wat is een serieuze bijwerking? Een bijwerking is elke ongewenste ervaring die een patiënt heeft na een behandeling.

Definitie bijwerkingen (Adverse Events)

Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt welke zodanig ernstig is dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt (Wagner, 2005).

Bij- en nawerkingen kunnen worden ingedeeld als (Carnes et al, 2010):

- ernstig: middellange en lange termijn problemen en middelmatige of ernstige aard
- matig: middellange termijn van matige aard
- mild: korte termijn.

Melding maken

Het voorval is ernstig en moet worden gemeld aan de Inspectie voor de Volksgezondheid in de volgende gevallen:

- **Dood:** meld het wanneer u vermoedt dat de dood een resultaat was van de bijwerking en geef de datum van de behandeling door (indien bekend).
- **Levensbedreigend:** meld het als er een vermoeden was dat de patiënt een aanzienlijke risico liep om te sterven op het moment van de behandeling.
- **Ziekenhuisopname (initiële of verlengde):** rapporteren als opname in het ziekenhuis of een verlenging van ziekenhuisopname een gevolg is van een bijwerking. SEH-bezoeken die niet leiden tot opname in het ziekenhuis moeten worden geëvalueerd.
- **Invaliditeit of blijvende schade:** melden als de bijwerking heeft geleid tot een aanzienlijke verstoring van het vermogen van een persoon om normale levensfuncties uit te voeren, dat wil zeggen: de bijwerking heeft geleid tot een aanzienlijke, blijvende of permanente verandering, waardevermindering, schade of verstoring van lichaamsfunctie/structuur, fysieke activiteiten en/of kwaliteit van leven van de patiënt.

Andere ernstige belangrijke medische gebeurtenissen

Meld het ook wanneer de gebeurtenis niet past in de hierboven beschreven situaties, maar de patiënt in gevaar kan brengen en medische of chirurgische interventie (behandeling) nodig zou kunnen zijn om een van de voorgaande uitkomsten te voorkomen⁵. Voorbeelden hiervan zijn allergische brochospasme (een ernstig probleem met de ademhaling), wat behandeling in een IC vereist; ernstige bloedafwijkingen (bloedziekten) of toevallen/stuipрекkingen die niet leiden tot ziekenhuisopname. De ontwikkeling van drugsverslaving of drugsmisbruik kunnen ook voorbeelden van belangrijke medische gebeurtenissen zijn.

⁵ Food and Drug Administration (FDA).

8. INFORMED CONSENT

Wanneer een osteopaat besluit de intieme zones van het lichaam te onderzoeken en/of te behandelen, is goede communicatie essentieel. Patiënten mogen rekenen op de onverdeelde aandacht van hun behandelaar. De osteopaat maakt hiervoor voldoende tijd vrij om in te kunnen gaan op dat wat nodig is voor een goede patiëntenzorg. Het is cruciaal dat de osteopaat luistert naar de patiënt en respect heeft voor zijn/haar waarden en normen.



De KNMG schrijft voor

Osteopaten moeten de patiënt te allen tijde duidelijk en met respect informeren over wat nodig is en waarom het onderzoek en de behandeling moeten plaatsvinden. Het is de verantwoordelijkheid van de osteopaat om zich ervan te verzekeren dat zijn uitleg wordt gehoord en begrepen. Pas als de osteopaat in kwestie overtuigd is dat de patiënt begrijpt wat en waarom het touche gaat plaatsvinden, vraagt de behandelaar of de patiënt akkoord gaat met de procedure.

Ter bevestiging wordt een (schriftelijke) goedkeuring (informed consent) ondertekend. Een informed consent is niet alleen een doel op zich, het is tevens een middel om het gesprek tussen osteopaat en patiënt tot stand te brengen en om de betrokkenheid van de patiënt bij de besluitvorming te versterken. De behandelaar moet de mogelijkheid bieden om vragen te stellen. Indien nodig wordt aanvullende informatie verstrekt.



Bedenktijd en patiëntrechten

Wanneer de osteopaat voorstelt om een touche te doen, moet hij de patiënt bedenktijd geven. Dit kan betekenen dat gewacht wordt tot het volgende consult. Zo krijgt de patiënt de mogelijkheid om de procedure te begrijpen en eventueel het voorgestelde onderzoek en/of de behandeling die door de osteopaat zijn geadviseerd, te heroverwegen. Daarnaast moet de gelegenheid worden geboden om vragen te stellen omtrent de procedure. Dit geeft tevens de mogelijkheid om een chaperonne te regelen.

Voordat de osteopaat tot behandeling overgaat, moet hij/zij er zeker van zijn dat de patiënt bekend is met zijn/haar rechten als patiënt. Die omvatten ook het recht om zich te laten chaperonneren bij het onderzoek en/of de behandeling en om het onderzoek en/of de behandeling te allen tijden te onderbreken.

Chaperonne

Van een osteopaat wordt verwacht dat hij/zij de patiënt de mogelijkheid van chaperonneren aanbiedt alvorens over te gaan tot een touche. Hetzelfde geldt voor een eventuele vervolgbehandeling.

Een chaperonne is een persoon die met goedkeuring van de patiënt het consult bijwoont. Dit kan een bekende of familielid van de patiënt zijn. Als chaperonneren gewenst is, maar een chaperonne door omstandigheden niet voorhanden is, dan dient een nieuwe afspraak gemaakt te worden. Als een chaperonne aanwezig is, moet de osteopaat hier melding van maken in het medisch dossier en op de schriftelijke goedkeuring vermelden. Als de patiënt geen gebruik wenst te maken van het chaperonneren tijdens een touche, moet dit tevens vermeld worden.

In het geval van een intra-buccale/orale behandeling, vervalt de noodzakelijkheid van een chaperonne en geldt de stelregel dat de techniek pas bij een volgende behandeling kan worden toegepast. De hygiënemaatregelen blijven wel van toepassing.

Inwendig onderzoek/behandeling

Te allen tijde is de osteopaat alert op tekenen van ongemak van de patiënt tijdens de touche. Men dient hier met respect op te reageren. Osteopaten onthouden zich van ongepaste opmerkingen. De patiënt kan op elk moment besluiten het onderzoek/de behandeling te beëindigen. De osteopaat dient aan zo'n verzoek onmiddellijk gehoor aan te geven.

De patiënt dient de mogelijkheid te krijgen om hygiënische maatregelen te treffen, zowel voor als na de procedure. Als het nodig is voor de patiënt om het ondergoed uit te trekken voor een onderzoek en/of behandeling, dient de patiënt de gelegenheid te krijgen dit weer aan te trekken voordat men verder gaat met de behandeling.

-- Formulier --

Met het ondertekenen van dit formulier stemt u in met onderzoek en/of behandeling in het vaginale en/of het anale gebied (de regio van de darmuitgang/anus).

Uw osteopaat zal samen met u de onderstaande punten doornemen.

1. Uw osteopaat zal u over zijn/haar bevindingen tot nu toe informeren en zal u uitleggen welke redenen er zijn om het onderzoek/de behandeling toe te passen en welke resultaten u kunt verwachten. Eventuele risico's zullen genoemd worden. U kunt zelf besluiten of het onderzoek/de behandeling bij u gedaan wordt of niet.
2. Indien u dit prettig vindt, kan een door u vertrouwd persoon aanwezig zijn tijdens het uitvoeren van onderzoek en behandeling.
3. Indien u wilt dat het onderzoek/de behandeling gedaan wordt door iemand van uw eigen geslacht zal uw osteopaat u helpen zoeken naar een geschikt persoon.
4. U kunt op ieder moment besluiten het onderzoek/de behandeling af te breken. De behandelaar zal hier onmiddellijk gehoor aan geven.
5. Uw osteopaat geeft u na uitleg over bovengenoemde punten graag bedenktijd. Deze bedenktijd kan, indien u dat wenst, duren tot de volgende afspraak.
6. Desgewenst kunt u een kopie van dit formulier ontvangen.
7. In het kader van zorgvuldigheid volgen geregistreerde osteopaten deze procedure. Bij vragen of klachten kunt u zich wenden tot het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO).

-- In te vullen --

Vertrouwd persoon aanwezig: ja nee

- Ik ben door de osteopaat mondeling geïnformeerd over de onderzoeksresultaten tot nu toe en de bovenstaande punten. Ik heb deze informatie begrepen.
- Ik geef toestemming voor de uitvoering van het onderzoek/de behandeling in het vaginale/anale gebied.

Datum: _____

Patiënt: _____

Handtekening: _____

Osteopaat: _____

Handtekening: _____

(Bij minderjarige patiënt) _____

Ouder/verzorgers: _____

Handtekening: _____

BIJLAGEN

Bijlage 1: Onderwijs 59

Bijlage 2: Osteopathie algemeen 61

Bijlage 3: Uitleg bij anamnese 68

Bijlage 4: Literatuurlijst 96

Bijlage 1: Onderwijs intieme zones

Onderwijs over de osteopathische interventie ter hoogte van de intieme zones behoort zowel tot de basisopleiding osteopathie als tot de nascholing osteopathie.

Binnen het BCP is de bekwaamheid van de osteopaat in het onderzoek en de behandeling ter hoogte van de vier regio's (posterior perineum en anaal onderzoek/behandeling, anterior perineum en genitaal onderzoek/behandeling, intrabucaal onderzoek/behandeling en mammae onderzoek/behandeling) beschreven aan de hand van de driehoek van Miller.

Binnen deze beschrijving is er een onderscheid gemaakt tussen medisch onderzoek dat dient tot een differentiaal diagnose/uitsluitingsdiagnostiek en het specifieke osteopathische handelen. Tevens is beschreven dat de osteopaat het osteopathische handelen moet beheersen op het niveau van 'does' (niveau 4, piramide van Miller) en de differentiaal diagnose moet beheersen op het niveau van 'shows how' (niveau 3, driehoek van Miller).

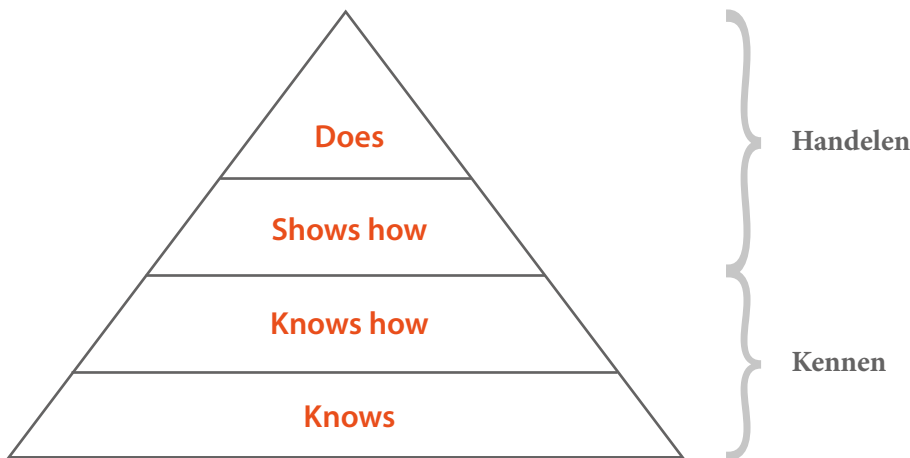
Ten aanzien van onderzoek naar en behandeling van de interne en externe genitalia geldt dat deze niet (verplicht) behoren tot de basisopleiding osteopathie. Osteopathisch onderzoek en behandeling van de interne en externe genitalia in de basisopleiding osteopathie wordt onderwezen op niveau 3 van de driehoek van Miller: 'show's how'. Binnen de nascholing wordt de osteopaat opgeleid tot niveau 4: 'does'. Binnen de postgraduate opleidingen interne en externe technieken intieme zones wordt er aandacht besteed aan het protocol, informed consent, juridische aspecten, seksuologie en psychologie. Het niveau van de differentiaal diagnose, c.q. uitsluitingsdiagnostiek blijft op niveau 3: 'shows how'.

Werken met interne technieken

Hoewel er in het basisprogramma voor osteopathie ook aandacht wordt besteed aan de behandeling van intieme zones, wordt ten stelligste aanbevolen om alleen met interne technieken te behandelen na het volgen van een aanvullende geaccrediteerde training met dit thema.

Supervisie is daarnaast een essentieel deel van het opleiden van osteopaten die werken in de intieme zones, met name de interne technieken. Er wordt geadviseerd om ook een intervisiesysteem voor osteopaten te ontwikkelen, zodat er een plek is waar het werken met intieme zones in alle veiligheid besproken kan worden.

Zie figuur op de volgende pagina



Knows (het weten: toetsbare kennis)

Het onderste niveau wordt gevormd door de kennis waarover een student moet beschikken om zijn toekomstige laken als osteopaat uit te kunnen voeren. Het kennisniveau kan worden vastgesteld met schriftelijke tentamens.

Knows how (het kunnen: toetsbare vaardigheden)

Op het volgende niveau gaat het erom of de student weet hoe hij die kennis moet gebruiken bij het uitvoeren van zijn probleemoplossende taken. Een osteopaat weet bijvoorbeeld hoe hij een diagnose moet stellen en waar hij dan op moet letten. Ook het niveau knows how is relatief gemakkelijk schriftelijk te tentamineren.

Shows how (hel demonstreren: laten zien)

Op dit derde niveau laat de student zien dat hij kan handelen in een gesimuleerde omgeving, onder meer op basis van zijn kennis. Het gaat hier dus om kennen en handelen (cognitie en gedrag). De student weet niet alleen hoe hij een diagnose moet stellen maar toont ook dat hij die kan uitvoeren, bijvoorbeeld op basis van een onderzoek bij een simulatiepatiënt. In het geneeskundeonderwijs worden dergelijke vaardigheden vaak beoordeeld door studenten consulten te laten uitvoeren bij simulatiepatiënten (van der Vleuten & Driessen, 2000). Ook binnen assessmentcenters wordt gebruik gemaakt van simulaties om vaardigheden te beoordelen.

Does(het zijn: zich ontwikkelende persoonlijke kwaliteiten)

Het bovenste niveau in de piramide betreft het zelfstandig handelen in de complexe praktijk van alledag. Daarbij wordt een beroep gedaan op een geïntegreerd geheel van kennis, vaardigheden, houdingen en persoonlijke eigenschappen. Iemand die goed functioneert op het niveau 'Does' kan beschouwd worden als competent. Competentie is in het Nederlandse hoger onderwijs een veelgebruikt begrip. Over het algemeen wordt er mee verwezen naar het geïntegreerde geheel aan kennis, vaardigheden, (beroeps)houding en eigenschappen dat noodzakelijk is om taken te kunnen vervullen in specifieke realistische contexten. In het uitoefenen van het beroep worden de competenties zichtbaar. Het gaat uiteindelijk om het gedrag dat van de beroepsbeoefenaar mag worden verwacht.

Bijlage 2: Over osteopathie



Osteopathy is a system of medicine that emphasizes the theory that the body can make its own remedies, given normal structural relationships, environmental conditions, and nutrition. It differs from allopathy primarily in its greater attention to body mechanics and manipulative methods in diagnosis and therapy.' World Health Organization (WHO)



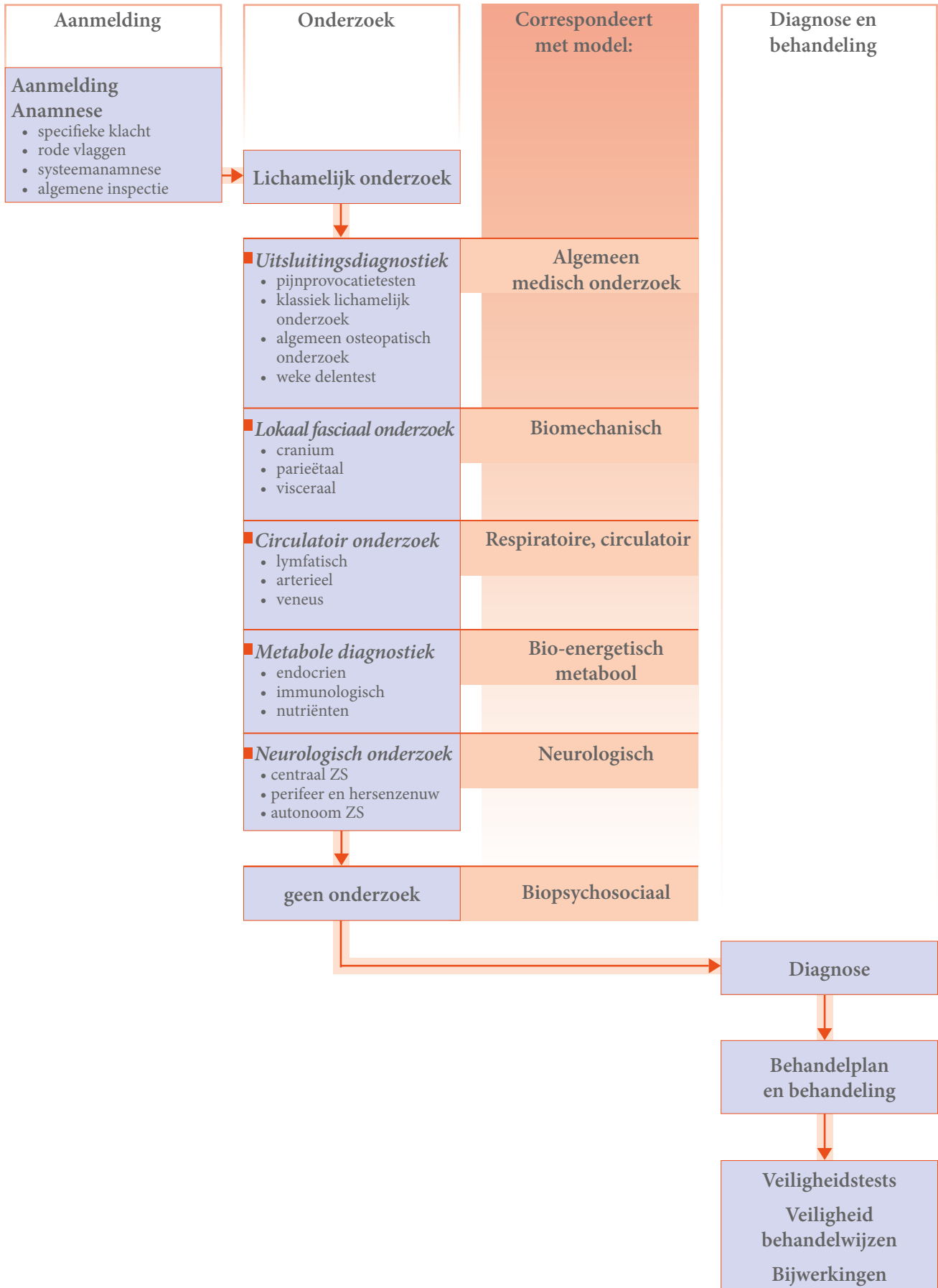
Osteopathie is een manuele, diagnostische en therapeutische benadering voor het behandelen van de mobiliteit van alle weefsels en voor het vaststellen van het aandeel hiervan in het ontstaan van ziekteverschijnselen. Voor een optimale functie heeft elke structuur in het lichaam een eigen specifieke mobiliteit. Daar waar deze verstoord is, is de osteopathische behandeling gericht op herstel van deze mobiliteit. Door het herstel van mobiliteit kan de functie geoptimaliseerd en pijn verminderd worden met als doel een betere gezondheid van de patiënt. Er wordt gesproken van een osteopathische disfunctie indien er sprake is van een verminderde of veranderde functie, veroorzaakt door een verminderde of veranderde mobiliteit van weefsel.

Voor de theoretische verklaring van de waargenomen fenomenen bij diagnostiek en behandeling zijn vijf theoretische modellen opgesteld door de Educational Council on Osteopathic Principles (ECOP) in 1981 (Chila, 2010). Deze modellen beschrijven:

- De invloeden van het houdings- en bewegingsapparaat op het vermogen te compenseren voor stressfactoren of ziektes.
- De invloed van het zenuwstelsel op het lichamelijk, mentaal en emotioneel welbevinden, het belang van het respiratoir en circulatoir systeem bij het onderhouden van een goede cel- en weefselfunctie.
- De rol van psychosociale factoren op het gebied van preventie en behandeling van ziekte en factoren die van invloed zijn op bio-energetische behoeftes, zoals zuurstof- en nutriëntenverbruik.

De modellen

- **Het biomechanisch model:** het lichaam wordt beschouwd als een geheel van somatische componenten die met elkaar in balans zijn. Disbalans binnen dit systeem zal het dynamisch functioneren beïnvloeden en kan leiden tot: gewijzigde proprioceptie, wijzigingen in articulaire structuren, verstoring van het neurovasculaire functioneren en een gewijzigd metabolisme. De osteopathische behandeling binnen dit model maakt gebruik van manuele technieken die leiden tot herstel van de houding en lichaamsbalans en tot een efficiënt gebruik van het musculoskeletale systeem.
- **Het respiratoire, metabole en circulatoire model:** dit model concentreert zich op het onderhouden van de extra- en intracellulaire omgeving door de onbelemmerde toevoer van bouwstoffen en het verwijderen van cellulaire afvalstoffen. Elke weefselspanning die de vrije toevoer of circulatie van de lichaamsvloeistoffen belemmert, kan de gezondheid van het weefsel beïnvloeden. Een osteopathische behandeling is gericht op het optimaliseren van de spijsvertering en ademhalingsmechanica en tracht de circulatie van lichaamsvloeistoffen te bevorderen.
- **Het bio-energetisch c.q. metabool model:** het lichaam streeft naar een balans tussen energieproductie, -verdeling en -verbruik. Dit ondersteunt de capaciteit van het organisme om zich aan te passen aan verschillende invloeden; zoals immunologie, voeding en psyche. Een osteopathische behandeling volgens dit model richt zich op disfuncties die het potentieel hebben om deze energiebalans te verstoren.
- **Het neurologisch model:** dit model richt zich op de effecten die spinale facilitatie, het proprioceptieve functioneren, het evenwicht tussen de componenten van het autonome zenuwstelsel en de nociceptieve activiteit (pijnvezels) hebben op het functioneren van het neuro-endocriene immuun-netwerk. De osteopathische behandeling is gericht op het verminderen van mechanische stress, het in evenwicht brengen van de neurale input en op het elimineren van de nociceptieve impulsen.
- **Het bio-psychosociaal model:** dit model bekijkt het welbevinden en de verschillende reacties van patiënten op psychologische stress. De gezondheid kan beïnvloed worden door omgevingsfactoren, socio-economische, culturele, fysiologische en psychologische factoren. Een verminderde beweeglijkheid binnen het fasciale systeem en een verhoogde weefselspanning kunnen het gevolg zijn van reacties op de omgeving, sociaal-economische, culturele, fysiologische en psychologische omstandigheden, maar kan op haar beurt de psychosociale stress beïnvloeden.



Osteopathische behandeltechnieken en hun effecten

(Uit: BCP 1-A)

De osteopaat kan putten uit een groot scala aan manuele technieken. Deze technieken kunnen toegepast worden op heel het lichaam, zeer lokaal of op een groter gebied. Osteopathische behandelprincipes kunnen op alle bindweefselstructuren worden gericht, zoals op spieren, ligamenten, botten, fascia, peritoneale structuren en pleurale structuren.

Er kan een indeling gemaakt worden in de toepassing van directe of indirecte technieken of een combinatie van direct en indirect. Bij de directe technieken wordt de bewegingsgrens opgezocht en wordt er een activerende kracht uitgeoefend tegen de weerstand van het weefsel in. Deze activerende kracht kan een impuls, fasciale rek, spiercontractie of het passief doorvoeren van een beweging zijn. Bij indirecte technieken wordt ook de bewegingsgrens opgezocht en wordt er een activerende kracht uitgeoefend weg van de richting van de restrictie, tot de spanning van het weefsel in evenwicht is in één of alle richtingen.

Muscle Energy Technique (MET)

De MET, ook wel myotensieve techniek genoemd, is een directe techniek die de mobiliteit van een gewricht tracht te verbeteren of te herstellen wanneer deze is verminderd door een verhoogde tonus van de spieren. De osteopaat zoekt de bewegingsgrens op en vraagt om spieractiviteit van de patiënt in de tegenovergestelde richting van de beperking. Hierbij wordt gebruik gemaakt van neuromusculaire reflexen om ontspanning van de betrokken spieren te bereiken en zo de mobiliteit in deze regio te verbeteren.

Myofasciale release-technieken (MFR)

MFR-technieken zijn directe fasciale rektechnieken waarbij een mechanische manuele druk wordt gegeven in de richting van de maximale fasciale beperking. De techniek wordt direct in de richting van de beperking toegepast, totdat de weefselbarrière wordt gevoeld. Er vindt geen glijden over de huid plaats en de druk wordt aangehouden totdat ontspanning in het betreffende fascia wordt gevoeld.

Musculaire stretching

Dit zijn directe technieken waarbij de spieren op rek worden gebracht door de origo en insertie van de spieren uit elkaar te brengen. De rek wordt voldoende lang aangehouden om een verlening/ontspanning van de spier te bewerkstelligen.

Mobilisatietechnieken

Mobilisatietechnieken worden toegepast in alle mogelijke lichaamsgebieden op alle bindweefsels. Deze technieken houden het midden tussen HVLA (zie hieronder), directe en indirecte technieken, musculaire stretching of oscillaties. Er kan gebruik worden gemaakt van compressie, tractie

of de ademhaling of spierkracht van de patiënt. Bij diverse pomptechnieken of springtechnieken wordt gebruik gemaakt van manuele compressie tijdens de expiratiefase, terwijl deze compressie wordt vastgehouden tijdens het begin van de inspiratie. Bij 'harmonische technieken' wordt gebruik gemaakt van een geïnduceerd ritme waarin de mobilisatie wordt toegepast.

High Velocity Low Amplitude-technieken (HVLA)

De HVLA-techniek is een directe techniek die de mobiliteit van een gewricht tracht te verbeteren of te herstellen. De osteopaat tracht via HVLA de bewegingsmechanica te herstellen, de spierspanning te normaliseren, lokaal of op afstand, en zo osteopathische disfuncties te normaliseren. De osteopaat zoekt de bewegingsgrens op en geeft vervolgens een snelle impuls met een zeer klein amplitudo ('thrust'), binnen de anatomische grens.

Fasciale technieken

Fasciale technieken zijn manuele technieken gericht op alle mogelijke lichaamsfascia. In de osteopathische benadering van fascia kan gebruikt gemaakt worden van diverse componenten zoals: druk, rek, positionering, oscillaties en de spierkracht en de ademhaling van de patiënt. De manuele actie wordt voldoende lang aangehouden om een verbetering van de mobiliteit van de fasciale structuur te bewerkstelligen.

Naast directe technieken zijn er vele indirecte fasciale technieken, zoals:

- spontaneous release technieken (strain and counterstrain)
- balance ligamentous tension
- Still-techniek
- fascial unwinding

Ook kan een osteopaat gebruik maken van diverse manuele reflextechnieken waarbij door aangrijping op de huid of anderszins, reflexen worden uitgelokt, zoals bij neuroviscerale en neurolymfatische reflextechnieken.

Circulatiebevorderende technieken

De osteopaat kan ook bepaalde handelingen aanwenden om de circulatie van de lichaamsvloei-stoffen te stimuleren, ook wel fluïdatechnieken of drainagetechnieken genoemd. Een voorbeeld zijn de lymfatische pomptechnieken om de lymfecirculatie te bevorderen. Circulatiebevorderende technieken kunnen onder andere worden toegepast op de thorax, het abdomen, cranium en het bewegingsapparaat. Drainerende technieken kunnen het accent leggen op fasciale ontspanning of op drainage door gebruikmaking van drukgradiënten. Bij deze technieken kan er gebruik gemaakt worden van ritmische compressie.

Kenmerken osteopathische technieken

Een osteopathische techniek omvat, rekening houdend met bovenstaande modellen, een aantal dimensies:

- Een lokale weefseldimensie, dat wil zeggen, een directe fysische werking op het weefsel: verbeteren van doorbloeding en drainage, aanzetten van reparatieprocessen.
- Neurologische dimensie: verandering van neurologische patronen, verandering van pijngelidingsbanen (in de zin van: functie).
- Psychologische dimensie: de osteopathische behandeling is gebaseerd op de werking van de aanraking en de kwaliteit van de therapeutische betrekking (behandelaar-patiëntrelatie).

NB Binnen de opleidingen kinderosteopathie wordt benadrukt dat HVLA-manipulaties niet bij kinderen uitgevoerd dienen te worden.

Interactie lichaam en geest

De osteopathie erkent de complexiteit van de interactie tussen lichaam en psyche, en daarmee de aspecten van circulatoire causaliteit. De osteopaat werkt altijd op het niveau van de mobiliteit van het weefsel. Dit is de belangrijkste parameter die binnen de osteopathische behandeling gediagnosticeerd en therapeutisch beïnvloed kan worden. Daarbij staat de patiënt centraal en is er bij de behandelaar sprake van een invoelend vermogen voor het subjectieve (lichamelijke, sociale en geestelijke) welbevinden van de patiënt.

De praktijk gaat vóór de hypothese (Practice Based Evidence). Het theoriemodel wordt gebruikt om fenomenen te verklaren of te begrijpen. Vanuit wetenschappelijk oogpunt zal getwijfeld kunnen worden aan de theorie die gebruikt wordt. Hierdoor blijft het een hypothese. De osteopathie onderzoekt die hypothese echter op wetenschappelijke wijze.

Diagnostische fase

Door een anamnese vormt de osteopaat zich een beeld van de gepresenteerde klacht(en). Tevens wordt er uitvoerig ingegaan op de medische voorgeschiedenis van de patiënt om ook een beeld te krijgen van de algehele gezondheid en van wat er vooraf is gegaan aan de klachten. Hij let op de mogelijke fysische en mechanische omgevingsinvloeden (bijvoorbeeld traumata, zwangerschap en bevalling, soort werk en sportactiviteiten).

Een gerichte bevraging moet de osteopaat in staat stellen om potentieel ernstige pathologieën uit te sluiten en het differentiaal diagnostisch landschap verder uit te diepen. De anamnese ondersteunt het klinisch redeneren en de uiteindelijke analyse van het gezondheidsprobleem; de osteopathische diagnose. Een goede anamnese is ook een instrument voor de osteopaat om een gericht lichamenlijk onderzoek uit te voeren en informeert hem tevens over hoe de patiënt de klacht ervaart. Volgens Heneghan (2009) zijn er drie strategieën in de anamnestic fase:

- spotdiagnose (onbewuste herkenning)
- patroonherkenning (vergelijken met een bekend patroon)
- zelf labelen (patiënt vertelt gedachte over diagnose)

Diagnostische fundamenteën

Een diagnose is een conclusie die ontstaat als resultaat van de vergelijking van de afwijkende bevindingen met bevindingen uit de literatuur en uit de ervaring. De osteopaat is niet alleen geïnteresseerd in de medisch geïnterpreteerde diagnose: hij wil zich ook een beeld vormen van de totale gezondheidstoestand van de patiënt. De osteopaat behandelt niet zozeer symptomen die voortkomen uit de pathologie, maar behandelt zo oorzakelijk mogelijk. In de behandeling maakt de osteopaat onderscheid in oorzaak (mobiliteitsverlies bindweefsel) en gevolg (plaatselijk symptoom).

Het osteopathisch consult

Osteopaten beoefenen een manueel beroep met een specifieke handvaardigheid. De behandeling berust op een osteopathische diagnostiek gevormd door een diepgaande anamnese; een klassiek lichamelijk onderzoek aangevuld met een specifiek osteopathisch onderzoek van de patiënt, waarbij de osteopaat specifieke aandacht heeft voor bewegingsbeperkingen van alle mogelijke bindweefselstructuren.

Het osteopathische zorgverleningsproces wordt gekenmerkt door een aantal fases (bijvoorbeeld de diagnostische en therapeutische fase). In elk van deze fases wordt een aantal stappen doorlopen (zoals anamnese, onderzoek). De inhoud van elk onderzoek en van elke behandeling wordt vastgelegd conform de NVO-richtlijn 'Osteopathische verslaglegging'. In een klinische setting kunnen onderzoek en behandeling in elkaar overlopen en zal er tijdens de behandeling regelmatig opnieuw onderzocht worden wat de reactie van de behandeling op het lichaam is.

Het doel is resultaat bereiken: het verdwijnen of de afname van de osteopathische disfunctie, verbetering van de weefselmobiliteit, normalisering van de tonus en/of afname van pijn. Zodra een optimaal resultaat voor dat moment bereikt is, kan de 'hands on'-behandeling afgesloten worden. In de dagelijkse praktijk kan de duur van een consult afhangen van de ervaring van de osteopaat, de complexiteit van het klinische beeld van de patiënt, de aangewende technieken en de tijd die nodig is om de patiënt uitleg te verschaffen over de behandeling, het behandelplan en -doel en de prognose.

Bijlage 3: Anamnese uitgebreid

Dorsale perineum

Seksuologie

Bij seksuele disfuncties wordt gedacht aan diverse aspecten: verlangen, opwinding, erectie, orgasme, zaadlozing en coïtus. De bekkenbodemspieren spelen een belangrijke rol bij seksualiteit, zowel bij aanspanning (opwinding, erectie, orgasme, zaadlozing) als bij ontspanning (o.a. de mogelijkheid tot penetratie). Niet alleen bij seksuele indicaties dient het domein seksualiteit in de anamnese te worden betrokken, maar ook bij andere indicaties. Urineverlies kan ook tijdens de coïtus plaatsvinden, zodat er op deze manier een impact is van niet-seksuele klachten op het seksuele leven van de patiënt en zijn of haar partner.

De osteopaat dient voldoende kennis te hebben van de seksuele ontwikkeling, seksuele reacties en de seksuele responscyclus om het functioneren op seksueel gebied bij de patiënt adequaat te kunnen uitvragen. Het is duidelijk dat niet alle seksuele disfuncties gerelateerd zijn aan een disfunctie van de bekkenbodem. Indien de patiënt klachten rapporteert die niet bekkenbodem-gerelateerd zijn, zal met hem of haar worden gesproken over mogelijke begeleiding door een seksuoloog. De osteopaat heeft een netwerk van hulpverleners nodig, zodat deze de patiënt kan doorverwijzen.

Belangrijke vragen die gesteld kunnen worden

- **Bent u seksueel actief?**

Vaak interpreteert de patiënt deze vraag niet juist en geeft hij een antwoord in de trant van: 'Nou, zo actief zijn we niet meer hoor'. Seksueel actief zijn is niet synoniem met het hebben van coïtus, ook al denken veel mensen daar bij deze vraag wel aan. Geen partner hebben, betekent dus ook niet dat een patiënt niet seksueel actief is. Masturbatie is immers ook een seksuele activiteit, en ook hierbij kunnen disfuncties optreden (bijvoorbeeld niet meer tot een orgasme kunnen komen).

- **Hebben uw klachten een relatie tot uw seksualiteit? Hebben uw klachten impact op uw seksuele leven?**

Urine- of ontlastingsverlies, prolapsklachten, pijn of urineweginfecties kunnen problemen geven tijdens seksuele activiteiten, vooral in de belevingszin. Hiervan kan zowel bij de patiënt als bij zijn of haar partner sprake zijn. Het gebeurt nogal eens dat de patiënt denkt dat de partner hier last van heeft, zonder dit te hebben nagevraagd.

- **Is er sprake van urineverlies tijdens het vrijen? Wanneer treedt dit op?**

Urineverlies tijdens het vrijen kan samenhangen met een overactieve blaas of bij onvoldoende sluitfunctie (kan ook bij mannen na een prostaatoperatie voorkomen). Bij mannen en vrouwen kan het urineverlies optreden tijdens het orgasme, bij vrouwen ook bij penetratie. Als er een specifieke seksuologische indicatie is, dienen de verschillende seksuele fasen te worden uitgevraagd.

- **Is er in voldoende mate sprake van seksueel verlangen? Heeft u (nog) zin om te vrijen? Is dit veranderd door de klachten?**

Seksueel verlangen is een essentiële voorwaarde om tot een goede seksuele ervaring te komen. Dit verlangen is in de beginfase van een relatie meestal geen enkel probleem, maar kan gedurende een relatie veranderen, zodat hier bewust aan moet worden gewerkt. Angst voor urineverlies kan ook de zin in vrijen beïnvloeden.

- **Heeft u problemen met opgewonden raken? Is dit altijd zo geweest of is dat pas recent aan de orde?**

Een patiënt kan wel naar seksualiteit verlangen en toch geen opwinding ervaren. Denk bijvoorbeeld aan de situatie bij mannen kort na een prostatectomie: zij kennen wel verlangen, maar voelen geen fysieke opwinding.

- **Bent u besneden?**

Voor de man zal dit in het algemeen geen seksuele consequenties hebben, voor de vrouw kan dit wel het geval zijn, afhankelijk van de mate van besnijdenis.

Vragen voor mannen

Afhankelijk van de hulpvraag of (verwijs)indicatie kunnen specifiek aan mannen de volgende vragen gesteld worden.

- **Heeft u erectieproblemen?**
- **Bent u in staat om een erectie te krijgen?**
- **Heeft u hier vertrouwen in?**

Bij het stijgen van de leeftijd, neemt in het algemeen de mogelijkheid tot het krijgen van een erectie af. Dit kan gelden voor de frequentie en voor de mate van erectie.

- **Is de kwaliteit van de erectie voldoende om penetratie mogelijk te maken?**
- **Kunt u de erectie voldoende lang volhouden?**

Voldoende erectiekwaliteit en -duur is noodzakelijk om penetratie mogelijk te maken. Ook kan de duur van de erectie van belang zijn voor het bereiken van het orgasme van de partner. Erectieproblemen kunnen ook bestaan doordat er sprake is van vroegtijdig klaarkomen (premature ejaculatie). Dit kan zowel voor de patiënt (te kortdurende seksuele beleving) als voor de partner (onvoldoende tijd om tot een orgasme te komen) onbevredigend zijn.

- **Treden er ochtenderecties op?**

Ochtenderecties tonen aan dat het seksuele mechanisme van de man fysiek intact is.

- **Kunt u tot een orgasme komen?**

Naarmate mannen ouder worden, kan de tijd die ze nodig hebben om tot een orgasme te komen langer worden.

- **Heeft u problemen met de ejaculatie (zaadlozing)?**

Na een transurethrale resectie van de prostaat (TURP) is het mogelijk dat er een retrograde ejaculatie optreedt: omdat de blaashalssluiting onvoldoende is, wordt het sperma niet naar buiten, maar terug naar de blaas gestuwd. Bij de volgende mictie zal de patiënt dan een troebele plas zien, die bestaat uit urine en sperma.

- **Treedt er pijn op tijdens of na het orgasme?**

Mannelijke patiënten met een overactieve bekkenbodem kunnen pijn hebben tijdens of na het orgasme. Die pijn kan in duur variëren van enkele minuten tot enkele dagen. Anderzijds kan het orgasme juist een vermindering van pijnklachten in de bekkenbodem opleveren (reflectoire ontspanning, circulatiebevordering).

Vragen voor vrouwen

Afhankelijk van de hulpvraag of (verwijs)indicatie kunnen aan vrouwen specifiek de volgende vragen worden gesteld:

- **Kunt u tot een orgasme komen?**

- **Heeft u orgasmeproblemen?**

- **Bereikt u een orgasme via clitorale of vaginale stimulatie?**

- **Lukt u dit zelf of samen met of in de nabijheid van uw partner?**

Dertig procent van de vrouwelijke populatie kan niet tot een orgasme komen. Tijdens hun seksuele carrière kunnen vrouwen de diverse vormen van het orgasme leren kennen, afhankelijk van hun eigen interesse of ondernemingszin, maar ook door de seksuele kwaliteit van hun partner. Het blijft een hardnekkig misverstand dat een vrouw via coïtus een orgasme ‘hoort’ te krijgen.

- **Treedt er tijdens het orgasme vochtverlies op? Is dit urine of ander vocht?**

Urineverlies kan ook optreden tijdens seksuele activiteiten, zowel bij penetratie als tijdens een orgasme. Dit wordt door de vrouw zelf vaak als een veel groter probleem ervaren dan door de partner. Over het bestaan van een vrouwelijke ejaculatie (squirten) wordt verschillend gedacht en het lijkt weinig voor te komen (10 procent). Bij vrouwen met seksueel gerelateerd vochtverlies kan het echter wel van belang zijn om dit aan de patiënt voor te leggen.

- **Wordt u voldoende vochtig bij opwinding?**

VoIdoende vochtproductie is belangrijk voor de penetratie en wrijving die tijdens de coïtus plaatsvindt. Door onvoldoende opwinding of hormonale veranderingen kan de lubricatie afnemen.

- **Kunt u tot penetratie komen?**

- **Kunt u zelf een vinger inbrengen in de vagina?**

- **Kunt u tampons inbrengen?**

- **Is het wel eens moeilijk om de tampon eruit te halen?**

Deze vragen geven informatie over de mogelijkheid tot passage/relaxatie van de bekkenbodemspieren. De mogelijkheid van de aanwezigheid van anatomische disfuncties moet ook in overweging worden genomen (primaire dyspareunie).

- **Heeft u pijn tijdens het vrijen? Zo ja, waar zit die pijn?**

Pijn kan genitaal, vaginaal of in de onderbuik optreden, maar er kan ook pijn in de liezen of symfyse optreden bij zwangerschaps-gerelateerde bekkenpijn.

- **Ervaart u de pijn bij het begin van de penetratie?**

Denk hierbij aan vulvodynie (direct bij het contact), of aan een overactieve bekkenbodem (bij het eerste deel van de penetratie).

- **Of heeft u pijn bij het doorstoten?**
Denk hierbij aan een beperkte vaginale lengte, bijvoorbeeld door een descensus uteri of bij een grote penislengte en een korte vagina.
- **Of voelt u de pijn na het vrijen?**
Pijn na het vrijen kan optreden bij een mismatch tussen de diameter of post-operatief (voor-/achterwandplastiek).

Vragen voor mannen en vrouwen

De volgende vragen kunnen aan zowel mannen als vrouwen worden gesteld:

- **Hoe gaat u met uw klachten om?**
- **Hoe gaat uw partner met deze klachten om?**
- **Heeft u negatieve (seksuele) ervaringen?**
Negatieve ervaringen die van invloed zijn op het bekken(bodem)gebied hoeven niet seksueel gerelateerd (verkrachting, misbruik) te zijn, maar kunnen ook zijn ontstaan door een hulpverlener (pijnlijk inwendig onderzoek) of fysiek geweld (mishandeling) of een traumatische partus.

Bij negatieve (seksuele) ervaringen kunnen de volgende vragen worden gesteld:

- **Heeft u hiervoor hulp gehad?**
- **Heeft u dit verwerkt?**
- **Wilt u hulp hebben voor uw seksuologische klachten?**

Gastro-enterologie

Op dit gebied wordt eerst weer het persoonlijke defecatiepatroon van de patiënt geïnventariseerd door hierover specifieke vragen te stellen. Vervolgens worden de specifieke faecale klachten in kaart gebracht.

Defecatiepatroon

Als bij een patiënt die geen gastro-enterologische indicatie heeft (maar bijvoorbeeld urine-incontinentie) wordt gevraagd naar het ontlastingspatroon is, is het antwoord al snel: 'normaal' of 'gewoon'. Dan wordt altijd door de osteopaat doorgevraagd wat 'normaal' betekent voor de patiënt. Zo verkrijgt men een beeld van hoe het defecatiepatroon er daadwerkelijk uitziet. Want een patiënt die zijn hele leven één keer per week ontlasting heeft, vindt dit zelf gewoon.

- **Hoe vaak heeft u ontlasting?**
Patiënten kunnen hier meestal makkelijk een antwoord op geven. Het is een hardnekkig misverstand, dat een keer per dag normaal is. Defecatiefrequenties van tussen de drie keer per dag en één keer per drie dagen, vallen binnen de norm.
De defecatie vindt meestal overdag plaats. Het is tevens van belang om te kijken of de defecatiefrequentie veranderd is in de klachtenperiode. Om hierin meer duidelijkheid te krijgen, kan er een defecatielijst worden ingevuld, vaak in combinatie met een vezellijst.

Een defecatielijst levert objectieve informatie over het defecatiegedrag van de patiënt. Hiermee kan inzicht worden verkregen in: defecatiefrequentie overdag/nacht, consistentie, fecale incontinentie. Door een defecatielijst te maken bij aanvang van de behandelperiode kunnen veranderingen in defecatiegedrag tijdens het behandeltraject concreet worden gemaakt. Tevens krijgt de patiënt met zo'n lijst een toenemend inzicht in zijn eigen functioneren.

Figuur 1
Bristol Stool Chart

Type 1		Losse harde keutels, zoals noten (moeilijk uit te scheiden)
Type 2		Als een worst, maar klonterig
Type 3		Als een worst, maar met barstjes aan de buitenkant
Type 4		Als een worst of slang, glad en zacht
Type 5		Zachte keutels met duidelijke randen (makkelijk uit te scheiden)
Type 6		Zachte stukjes met gehavende randen, een papierige uitscheiding
Type 7		Waterig, geen vaste stukjes. Helemaal vloeibaar

- **Hoe is de samenstelling van de ontlasting?**

Met de Bristol Stool Chart (Figuur 1) kan hierin op een goede manier duidelijkheid worden verkregen: de plaatjes laten verschillende consistenties van de ontlasting zien en de patiënt kan aangeven op welk type zijn ontlasting het meest op lijkt.

- **Houdt u rekening met uw voeding voor de ontlasting?**

Bij patiënten met obstipatie wordt het gebruik van vezels, zowel onoplosbaar (brood, muesli, lijnzaad e.d.) als oplosbaar (groente en fruit) onderzocht. Bij patiënten met fecale incontinentie zal eveneens worden gekeken naar de vezelintake (een bovenmatige intake kan ook), maar ook naar het gebruik van voedingsmiddelen die de consistentie dun kunnen maken (laxerende werking van bijvoorbeeld uien, kruiden, peulvruchten). Er wordt een dagelijkse hoeveelheid van 30-40 gram vezels aanbevolen.

De vezellijst geeft een indicatie of er een adequate vezelintake is. Dit wordt in relatie tot de defecatiefrequentie en consistentie bekeken.

- **Gebruikt u medicatie voor de ontlasting?**

Naast medicatie in verband met obstipatie, kunnen patiënten ook medicijnen gebruiken die de obstipatie bevorderen.

Medicatie die van invloed kan zijn op de obstipatie

Opioiden en medicamenten met anticholinerge werking (anticholinerge antihistaminica, tricyclische antidepressiva, antipsychotica, parkinson medicatie, oxybutynine) kunnen obstipatie veroorzaken, maar ook serotonineheropnameremmers, anti-epileptica, bisfosfonaten, ijzer- en calciumpreparaten, calciumantagonisten, NSAID's, diuretica en aluminium bevattende antacida.

Medicatie die kan worden gebruikt bij obstipatie

- Bulkvormers (volumevergroterende middelen): Metamucil, psylliumvezels, Volcolon, Normacol, Fiberform.
- Osmotische laxantia: lactulose, magnesiumoxide, magnesiumsulfaat, Duphalac, Forlax, Movicolon.
- Contactlaxantia: Dulcolax, Bisacodyl, Nourilax, Sennocol, Agiolax.
- Weekmakers: paraffine.
- Laxerende zetpillen: Bisacodyl, microklysma, Dulcolax, Norgalax, Microlax
- Laxantia voor darmreiniging: Colofort, Klean-Prep, magnesiumsulfaat, Phosphoral, natriumsulfaat, X-Praep, Prunacolon.

Defecatiegedrag

- **Wat is voor u de aanleiding om naar het toilet te gaan om te ontlasten? Kent u een duidelijk aandranggevoel?**

Aandrang is noodzakelijk om goed te kunnen ontlasten. Zonder aandrang zal de patiënt de uitdrijvende kracht zelf moeten genereren.

- **Zo nee, wanneer gaat u dan naar het toilet voor de ontlasting?**

Sommige patiënten kennen wel een vullingsgevoel van de darmen (onderbuik), maar geen aandranggevoel (anaal). Het lozen van ontlasting voordat men de deur uitgaat (omdat men niet wil ontlasten op het werk of op school), leidt tot de poging te ontlasten op een vullingsgevoel zonder aandrang (a-fysiologisch).

- **Waar voelt u de aandrang?**

Aandrang zou in de anus gevoeld moeten worden (optreden van de recto-anaale inhibitiereflex (RAIR)). De aandrang kan echter ook in de buik worden gevoeld.

- **Als u aandrang in de buik voelt, waar zit dat dan?**

De aandrang kan in de hele buik voelbaar zijn of alleen onderin de buik. Dit kan kramp zijn of krampende pijn.

- **Reageert u altijd op een aandrangsignaal?**

Door de anale sfincter bij aandrang aan te spannen, wordt de darmperistaltiek afgeremd, zodat het aandranggevoel verdwijnt. Veel mensen zijn zich er niet van bewust dat zij dit regelmatig doen. Zeker bij diegenen die menen dat een keer per dag ontlasten normaal is, kan het patroon optreden dat zij een volgend moment van aandrang

‘wegknijpen’, waardoor de ontlasting langer in de darm verblijft dan is bedoeld. Incidenteel een aandrang onderdrukken is geen probleem. Dit kan functioneel en noodzakelijk zijn.

- **Komt er bij een aandrangsignaal ook altijd ontlasting?**

Net als bij de blaas kan er fecaal ook ‘loze drang’ optreden: er is wel activiteit van de darmen, maar geen inhoud die geloosd hoeft te worden. Deze klacht kan ook optreden bij de aanwezigheid van een enterocele, mucosaprolaps of intussusceptie (invaginatie) die tot het anale kanaal komt.

- **Kunt u aandrang tegenhouden als u dat wilt?**

Bij een actieve darmmotoriek met een dunne consistentie is het niet altijd mogelijk om de aandrang lang genoeg af te remmen (diarree). Als de patiënt de aandrang niet kan tegenhouden en er ontlastingsverlies optreedt, is er sprake van een fecale urgency-incontinentie. Als norm wordt aangehouden dat de patiënt bij normale consistentie van ontlasting de aandrang vijftien minuten moet kunnen ophouden.

- **Kunt u windjes tegenhouden als u dat wilt?**

Bij een goede sluitdruk/functie van de anus en normale darmmotoriek moet het voor patiënten mogelijk zijn om de flatus tegen te houden. Deze functie neemt vaak af naarmate de leeftijd stijgt. De mate waarin iemand de behoefte heeft om een wind tegen te houden is zowel persoons- als situatiegebonden.

- **In welke houding zit u op het toilet voor de ontlasting?**

Hiervan hebben patiënten vaak geen idee. Gewoon laten voordoen op een stoel of toilet helpt hierbij. Bij een goede defecatiehouding zit de patiënt ontspannen op het toilet met een ronde onderrug (‘anus zakt in de pot’) om op deze manier de anorectale hoek zoveel mogelijk te laten verstrijken. Een alternatief is een licht voorovergebogen houding met flexie van de heupen, steun van de armen op de benen en een ontspannen buik.

- **Gaat het ontlasten vanzelf of moet u persen om te kunnen ontlasten?**

Indien een patiënt gaat ontlasten op het moment dat er aandrang is, in staat is om een goede ontspanning van de bekkenbodemspieren te bereiken en de consistentie voldoende zacht is (type 4 op de Bristol Stool Chart) zal de ontlasting er zonder perslucht van de patiënt vanzelf uit kunnen glijden. Door (te krachtig) te persen wordt de activiteit van de buikspieren opgebouwd, waardoor de bekkenbodem ertoe neigt om aan te spannen (in plaats van te ontspannen, paradoxaal persgedrag). Dit leidt tot een inadequaat defecatiegedrag.

- **Voelt u de ontlasting naar buiten komen?**

- **Weet u van tevoren wat er komt (ontlasting hard/dun of lucht)? Voelt u het verschil tussen een windje en ontlasting?**

Deze vragen geven informatie of de anale sensibiliteit intact is.

- **Komt de ontlasting direct? In zijn geheel? Of in delen?**

Als de ontlasting van een goede consistentie is, er sprake is van een goede aandrang en de bekkenbodemspieren goed kunnen ontspannen, dan komt de ontlasting in zijn

geheel eruit. Lediging in delen kan te maken hebben met de samenstelling van de ontlasting en/of een onvoldoende mate of duur van de relaxatie.

- **Heeft u na defecatie het gevoel dat u leeg bent?**

Na een adequate darmlediging voelt de darm daadwerkelijk leeg aan. Dit gevoel blijft uit bij een incomplete lediging, bij restontlasting (rectocele), bij een intussusceptie (invaginatie), enterocele of rectumprolaps, of wanneer de darmactiviteit niet tot rust komt na de defecatie.

- **Hoe verloopt het afvegen van de ontlasting?**

Bij een adequate defecatie van ontlasting met een normale consistentie, hoeft er weinig afgeveegd te worden. Bij plakkerige ontlasting is dit anders. Een openstaande of traag sluitende anus zal ook meer poetsgedrag nodig hebben. Ook de aanwezigheid van hemorroïden, mucosaprolaps of skintags (steelwratten) kunnen het afvegen van de ontlasting bemoeilijken.

Defecatieklachten

Nadat het ontlastingspatroon van de patiënt is uitgevraagd, wordt er specifiek gevraagd naar pathologie.

- **Heeft u wel eens last van ontlastingsverlies?**

- **Hoe ziet dat verlies eruit?**

Ontlastingsverlies kan bestaan uit vaste ontlasting, dunne ontlasting, soiling (lekkage van vocht langs vaste, geobstipeerde ontlasting), stempelen (onvoldoende sluitdruk) of streepjes (onvoldoende sluitdruk of problemen met reiniging van de anus). Ontlastingsverlies wordt als volgt geclassificeerd.

Mate van fecale incontinentie:

- gas (flatus)
- vloeibare ontlasting (soiling)
- streepjes
- stempelen
- vaste ontlasting

- **Hoe vaak treedt dit ontlastingsverlies op?**

- **Treedt dit ontlastingsverlies overdag of 's nachts op?**

Indien de ontlasting een normale consistentie heeft (geen diarree), zou er geen ontlastingsverlies mogen optreden. Ontlastingsverlies 's nachts duidt op een ernstig verstoorde anale sluitdruk.

- **Voelt u het verlies van ontlasting?**

Als ontlastingsverlies optreedt zonder dat de patiënt dit heeft waargenomen, kan er sprake zijn van een ernstig verstoorde sensibiliteit van het anale kanaal.

- **Gaat het ontlastingsverlies samen met aandrang voor ontlasting?**

Als ontlastingsverlies optreedt met aandranggevoel, kan er sprake zijn van een goed werkend rectum, maar een verstoorde sfincterfunctie (actieve incontinentie).

- **Of treedt het verlies op zonder dat u aandrang heeft gevoeld?**

Als ontlastingsverlies optreedt zonder aandranggevoel, wordt dit passieve incontinentie genoemd. Passief verlies treedt op bij een te lage anale basissluitdruk, die voor 80 procent wordt gereguleerd door een interne sfincter. Ook kan er sprake zijn van onvollende lediging van het rectum. Dit kan veroorzaakt worden door verminderde activiteit van het rectum, door een hyposensibiliteit van het rectum of door overvulling van het rectum. Dit kan te maken hebben met een algehele 'slow transit'. Ook kan deze passieve incontinentie te maken hebben met een overactieve m. puborectalis, die compenseert voor een onderactieve sfincter.
- **Treedt het ontlastingsverlies op na afloop van de defecatie?**

Ontlastingsverlies dat optreedt na afloop van de defecatie kan duiden op onvoldoende sluitdruk van het sfinctercomplex, een incomplete lediging, intussusceptie (invaginatie), uitgebreide hemorroïden of een mucosaprolaps.
- **Onder welke omstandigheden treedt het ontlastingsverlies op?**

Drukverhogende momenten zoals hoesten, niezen, persen, lachen, wandelen, sporten, transfers kunnen aanleiding zijn voor ontlastingsverlies bij een onvoldoende sluitdruk van de anus.
- **Gebruikt u opvangmateriaal voor het ontlastingsverlies?**
- **Of anale tampons?**
- **Hoe vaak moet u deze verschonen per dag/nacht?**

Goed opvangmateriaal is essentieel bij fecale incontinentie.
- **Kunt u de anus goed schoonhouden? Hoe doet u dat?**
- **Moet u lang vege om de anus schoon te krijgen?**

Problemen met de anale reiniging kunnen te maken hebben met hemorroïden, skintags of onvoldoende anale sluitdruk (soiling, openstaande anus).
- **Heeft u jeuk rond de anus?**
- **Wat gebruikt u hiervoor?**

Pruritus ani wordt veroorzaakt door soiling of problematiek rondom de anale reiniging.
- **Heeft u het gevoel dat er slijmvlies of ander weefsel uit de anus komt?**

Een rectumprolaps, intussusceptie (invaginatie), hemorroïden of skintags kunnen de oorzaak zijn van een anaal prolapsgevoel (zowel bij mannen als vrouwen).
- **Heeft u pijn bij het ontlasten?**

Als de consistentie van de ontlasting normaal is, de patiënt op aandrang goed reageert en een juiste defecatietechniek hanteert, zou er geen pijn mogen optreden tijdens het ontlasten.
- **Zo ja, waar zit de pijn dan?**

Pijn kan worden aangegeven in de gehele buik, de onderbuik, links of rechts in de buik of bij de anus. Krampende pijn in de hele buik (heeft te maken met de peristaltiek van de darmen) treedt vaak op bij het irritable bowel syndroom (IBS), na voedselvergiftig-

ting of een darminfectie (parasieten door buitenlandse reizen) of bij colitis ulcerosa. Als bij slow transit-obstipatie de peristaltiek op gang komt, kan dit ook pijnlijk zijn vanwege de harde ontlasting. Pijn in de onderbuik kan te maken hebben met de bekkenbodemspieren. Pijn aan de linker onderkant van de onderbuik kan te maken hebben met de dikke darm (pijnlijke peristaltiek). Die pijn komt vaak bij slow transit of een slechte lediging door een overactieve bekkenbodem.

- **Heeft u pijn vóór het ontlasten?**

Pijn voor het ontlasten kan samenhangen met een pijnlijke peristaltiek, die verschillende oorzaken kan hebben (zie hiervoor). Ook luchtophoping kan pijn geven vóór de ontlasting.

- **Heeft u pijn tijdens het ontlasten?**

Pijn tijdens het ontlasten kan te maken hebben met problemen met de passage van de ontlasting in de darmen (overactieve bekkenbodemspier, paradoxaal persgedrag). Als de ontlasting erg hard is, kan dit bij het passeren fissura ani veroorzaken, die pijnlijk zijn en wat (helderrood) bloedverlies geven. Ook hemorroiden kunnen pijn en bloedverlies geven bij het passeren van de ontlasting.

- **Heeft u pijn ná het ontlasten?**

Pijn na het ontlasten kan te maken hebben met het persisteren van de darmperistaltiek na het ontlasten, zonder dat er nog inhoud in de darm zit, bijvoorbeeld bij IBS, IBD, proctitis en het niet ontspannen van de bekkenbodemspier tijdens of na de defecatie. Ook kan een geïrriteerde anale huid pijn geven na het ontlasten. Goede adviezen over huidverzorging en het reinigen van de anus na het ontlasten kunnen hierbij effectief zijn. Het gebruik van wc-papier is niet altijd de optimale methode voor een anale reiniging. Ook het gebruik van lotiondoekjes (bevatten alcohol en drogen hierdoor de anale huid uit) is niet voor iedereen geschikt. Het reinigen met water (bidet, cebok, nat washandje) heeft de voorkeur, mits de huid daarna goed gedroogd wordt (deppen en eventueel droogföhnen). Vervolgens kan de huid worden verzorgd met specifieke middelen (zie: algemene anamnese). Het gebruik van oliedoekjes of babyolie op wc-papier of een wattenschijfje kan een prettige reinigingsmanier zijn voor patiënten met een geïrriteerde anale huid.

- **Heeft u het gevoel dat u klaar bent na het ontlasten?**

Bij een volledige lediging (nog even na het ontlasten blijven zitten om te voelen of deze echt is geledigd: soms komt er nog wat ontlasting die meer tijd nodig heeft om naar beneden te komen) moet het aandranggevoel na het ontlasten verdwenen zijn.

- **Heeft u weleens binnen vijftien minuten na het ontlasten het gevoel dat u weer moet?**

Bij een patiënt met rectocele wordt de darm niet altijd helemaal geledigd, omdat er een stukje ontlasting blijft zitten in de cele. Als de patiënt dan van het toilet opstaat en gaat bewegen verplaatst dit stukje ontlasting zich naar de anus, zodat de patiënt opnieuw darmvulling voelt.

- **Moet u weleens helpen om de ontlasting eruit te krijgen?**
Manuele ondersteuning van het ontlastingsproces kan door patiënten worden gebruikt bij:
 - rectocele (hand tegen de vagina/perineum, of duim/vinger tegen de achterwand van de vagina);
 - bij onvoldoende darmactiviteit (digitaliseren (openen), uitlepelen);
 - bij pijn tijdens het ontlasten, zodat de bekkenbodemspieren zich reflectoair aanspannen in plaats van ontspannen (kneden).

Criteria voor functionele obstipatie (Rome-III-criteria)

Bij ten minste 25 procent van de defecaties komt voor:

- persen
 - klonterige of harde consistentie
 - gevoel van onvolledige lediging
 - manuele manoeuvres om te ondersteunen
-
- **Heeft u (last van) aambeien?**
 - **Heeft u bloedverlies tijdens de ontlasting?**
Veel mensen hebben in hun leven wel eens te maken met hemorroiden (aambeien). Vooral zwangere vrouwen en patiënten met een inadequaat persgedrag kunnen hiermee te maken krijgen. Een spoortje helder rood bloedverlies kan dan optreden bij defecatie. Ander bloedverlies is altijd reden om de patiënt (terug) te verwijzen naar de huisarts of medisch specialist. Goede adviezen over defecatiegedrag, vezel- en vochtinname en reiniging van de anus na het ontlasten kunnen een grote verbetering opleveren.
 - **Bent u bekend met anale kramp/anuskramp?**
Bij patiënten waarbij aan een overactieve bekkenbodem wordt gedacht, is het zinvol om te vragen naar anale kramp (proctalgie fugax, anismus): een anale pijn, die veelal 's nachts optreedt, en als enorm heftig bekend staat. Deze klacht kan een relatie hebben met de bekkenbodemspieren.
 - **Heeft u last van een opgeblazen gevoel, opboeren, oprispingen, maagzuur, windrigheid, misselijkheid, verminderde eetlust?**
Deze klachten worden cologene verschijnselen genoemd en kunnen duiden op slow transit-obstipatie.

Begrippen

Er is sprake van obstipatie bij volwassenen wanneer tenminste twee van de volgende symptomen aanwezig zijn:

- defecatiefrequentie ≤ 2 per week
- hard persen tijdens defecatie
- harde en/of keutelige defecatie
- gevoel van incomplete defecatie
- gevoel van anorectale obstructie of blokkade
- digitale handelingen noodzakelijk om ontlasting te verwijderen

Er is sprake van obstipatie bij kinderen wanneer tenminste twee van de volgende symptomen aanwezig zijn:

- defecatiefrequentie ≤ 2 per week
- ophouden van ontlasting
- pijnlijke, harde of keutelige defecatie
- grote hoeveelheid in luier of toilet
- grote fecale massa palpabel in abdomen of rectum
- fecale incontinentie ≥ 1 episode per week (indien zindelijk)

Er is sprake van functionele obstipatie wanneer er geen aanwijzingen zijn voor een onderliggende somatische oorzaak.

Bron: NHG- Standaard obstipatie.

Ventrale perineum

Urologie

Tijdens de mictie-anamnese worden aan de patiënt vragen gesteld over het mictiepatroon, -gedrag en -stoornissen.

Mictiepatroon

Allereerst wordt het persoonlijke mictiepatroon van de patiënt uitgevraagd.

- **Hoe vaak gaat u overdag gemiddeld (of maximaal/minimaal) naar het toilet om te plassen?**
- **Hoeveel tijd zit er ongeveer tussen uw plassen in?**

Patiënten vinden het vaak lastig om hierop antwoord te geven. Wel weten zij meestal antwoord te geven op de vraag of zij in vergelijking met anderen vaak of juist weinig keren plassen, of kunnen zij aangeven hoeveel tijd er zit tussen twee plassen (plasinterval). Een mictielijst geeft objectieve informatie.

Voor de dagelijkse mictiefrequentie wordt zes keer per dag bij een intake van 1,5 liter vocht aangegeven. In de praktijk wordt veelal vijf tot acht keer per dag bij een vochtintake van 1,5 à 2 liter gehanteerd.

MiNO

- **Hoe vaak gaat u 's nachts gemiddeld (of maximaal/minimaal) naar het toilet om te plassen?**

Deze vraag kunnen patiënten meestal heel gemakkelijk beantwoorden. Meer dan twee keer per nacht uit bed gaan om te plassen heeft invloed op de kwaliteit van de slaap. Een nachtelijke mictiefrequentie van nul tot één keer is normaal bij volwassenen. Een toegenomen nachtelijke plasfrequentie kan verschillende oorzaken hebben:

 - Grote vochtintake na negen uur 's avonds uur ('inhaaldrinkers') of 's nachts.
 - Lengte van de nachtrust: een langere nachtrust kan tot een hogere nachtelijke mictiefrequentie leiden.
 - Licht slaappatroon, waardoor men wakker wordt en denkt dat men moet plassen (navragen: 'Moet u er echt uit om te plassen, of gaat u voor de zekerheid?'), of ouders met jonge kinderen die hen 's nachts wakker maken.
 - Oedeemvorming in de benen gedurende de dag betekent resorptie van vocht in het afvoersysteem in de nacht; hierdoor is er een groter aanbod van urine.
 - Verhoogde urineaanmaak gedurende de nacht (nycturie, te lage afgifte van anti-diuretisch hormoon): meten van de totale urineproductie 's nachts ten opzichte van overdag (normaal is de nachtelijke urineproductie maximaal een derde van de urineproductie overdag).
 - Hartklachten (decompensatio cordis).
- **Hoeveel vocht drinkt u gemiddeld (of maximaal/minimaal) op een dag (totale vochtintake van koffie, thee, melk, bier, wijn, water, sap, fruit, yoghurt, soep enz.)?**

Het invullen van een mictielijst zorgt voor concrete informatie over de vochtintake van de patiënt en dient standaard te worden uitgevoerd. Als dit niet mogelijk is (bijvoorbeeld bij cognitieve beperkingen), kan het mictiepatroon meer inzichtelijk worden gemaakt door samen met de patiënt de dag door te nemen ('U staat op en wat drinkt u dan? En gedurende de ochtend?'). Indien dit patroon afwijkt van de norm, zal er bij voorkeur alsnog een mictielijst worden ingevuld. Een normale vochtintake is tussen de 1,5 en 2 liter per dag (zes tot acht glazen van 200-250 ml). Extra vochtintake kan nodig zijn bij intensief transpireren (sporten, overgang, veel zweten) en als een patiënt borstvoeding geeft. Ook is een optie om niet naar de vochtintake te kijken, maar te beoordelen of de patiënt voldoende urine (1,5 liter) produceert op een dag.

Voor de patiënt zelf kan de kleur van de urine een indicatie zijn of er sprake is van voldoende vochtintake: de ochtendurine kan (donker)geel zijn door een verzameling van afvalstoffen gedurende de nacht, maar kleurt in de loop van de dag naar lichtgeel tot wit. Regelmatig naar de kleur

van de urine te kijken (even in het toilet kijken na het plassen) geeft de patiënt feedback over zijn vochtintake. De kleur van de urine kan echter ook veranderen onder invloed van voedingsmiddelen en medicatie (bijvoorbeeld vitamine C).

Patiënten die te weinig drinken

Patiënten die moeite hebben om voldoende vocht in te nemen kunt u de volgende tips geven:

- Drink bij het tandenpoetsen (ochtend, middag, avond) een glas water.
- Zet een flesje water (0,5 liter) op het aanrecht of bureau en drink dit gedurende de dag leeg.
- Drink na elke plas een half bekertje water (bekertje bij het fonteintje van het toilet zetten). Dit wordt al snel een gewoonte, zodat de patiënt er niet meer over hoeft na te denken en het makkelijk kan volhouden.

Uit: Nierop, Diagnostiek in de bekkenfysiotherapie, 2014

Patiënten met een bovennormale vochtintake (>2,5 liter) komen steeds vaker voor. Het advies om meer te drinken moet niet worden gegeven zonder dat de daadwerkelijke intake van de patiënt is bepaald. Bij een hoge vochtintake, die voornamelijk uit water bestaat, is er kans op watervergiftiging. Diabetes insipidus kan een reden zijn van een bovenmatige vochtintake. De mictielijst (drie keer 24 uur aaneengesloten, met daarin zowel een werkdag als een thuisdag) met 24 uur vochtintake geeft informatie over het mictiegedrag van de patiënt. Hiermee kan inzicht worden verkregen in:

- dagfrequentie
- nachtfrequentie
- functionele blaascapaciteit (zowel ochtendplas als gedurende de dag)
- gemiddelde plasinterval
- mictie bij aandrang
- gewoonte of preventief mictiegedrag
- mate van aandrang

Door het maken van een mictielijst bij aanvang van de behandelperiode worden veranderingen in mictiegedrag concreet meetbaar. Tevens vergroot de mictielijst het inzicht van de patiënt in zijn eigen functioneren (bewustwording).

Als het niet of moeizaam mogelijk is om een mictielijst te maken, kan voor een globale eerste indruk, gebruik worden gemaakt van een turflijst (1-3 x 24 uur) met 24 uursvochtintake, die alleen informatie geeft over het aantal keren plassen per dag en nacht in relatie tot de vochtintake. Bij afwijkingen van de norm is het dan alsnog nodig om een mictielijst in te vullen.

- **Wat is het signaal waarna u gaat plassen? Of wat is de aanleiding?**

Het signaal/gevoel waardoor iemand gaat plassen, kan verschillen. Het is ook mogelijk dat het niet gekoppeld is aan een blaasgevoel, bijvoorbeeld bij preventief plassen of gewoonteplassen voordat men onder de douche gaat, naar bed gaat, naar buiten gaat.

Gradaties van blaasvulling:

1. Blaasvulling: de patiënt voelt dat er urine in de blaas zit
2. Aandrang: de patiënt voelt dat hij moet plassen, maar kan het nog wel uitstellen
3. Sterke aandrang: de patiënt heeft duidelijke aandrang om te plassen

Mictiegedrag

Er is uitgebreid aandacht voor het mictiegedrag van de patiënt.

- **Hoe is uw houding tijdens het plassen?**
- ♀ **Gaat u zitten, of hangt u boven het toilet?**
Zittend plassen is voor de meeste mensen optimaal in verband met de ontspanningsmogelijkheden van de bekkenbodemspieren in een zithouding.
- ♀ **Hoe zit u op het toilet? Rechtop? Gewicht naar voren? Ellebogen steunend op de knieën?**
Voor een optimale plashouding wordt aangegeven: het bekken in een lichte opgestrekte stand, zodat de blaas recht boven de plasbuis komt. Elke patiënt moet echter zelf uitproberen welke plashouding de beste plasstroom oplevert (luisteren en voelen).
- ♂ **Plast u staand? Zo ja, hoe staat u dan (bij voorkeur laten voordoen)?**
Bekken naar voren of naar achteren gekanteld? Zwaartepunt van het bekken voor het steunvlak van de voeten? Handsteun tegen muur? Voor een optimale ontspanning van de bekkenbodemspieren heeft zittend plassen de voorkeur, ook bij mannen. Dit kan echter per individu verschillen.
- ♂ **Plast u zittend? Zo ja, waarom?**
Hygiënische overwegingen? Op verzoek van de partner? Lukt het anders niet?
- ♂ + ♀ **Waar is uw broek/ondergoed tijdens het zittend plassen?**
De kleding van de patiënt mag tijdens het plassen niet in de weg zitten of tussen de knieën worden vastgeklemd omdat dit de ontspanning van de bekkenbodemspieren kan belemmeren.
- ♂ + ♀ **Neemt u de tijd om te plassen?**
- ♂ + ♀ **Kunt u ontspannen tijdens het plassen?**
Om de blaas volledig te kunnen ledigen, zal de bekkenbodemspieren in voldoende mate moeten kunnen ontspannen. Voortijdige aanspanning van de bekkenbodemspieren remt de urinestroom af met het risico op residu.
- ♂ + ♀ **Lukt het u te plassen op een openbaar toilet (in een urinoir) in de nabijheid van anderen?**

Mictiestoornissen

- **Na de algemene vragen, volgen vragen die gericht zijn op mogelijke mictiestoornissen. Voelt u aandrang om te plassen?**
Bij een onderactieve blaas of neurologische stoornis voelt de patiënt minder of geen aandrang (meer) om te plassen, maar vulling van de blaas (druk in de onderbuik).
- **Geeft u gehoor aan de aandrang?**
Er kunnen diverse redenen zijn waardoor de patiënt niet altijd gehoor geeft aan de aandrang om te plassen: werkgerelateerde situaties (bijvoorbeeld een gymnastiekdocent in het basisonderwijs die de groep niet alleen kan laten of een vertegenwoordiger onderweg), in verband met hygiëne (niet willen/mogen plassen op school) of uit gewoonte (ophoud-/uitstelgedrag).
- **Zo nee, wanneer plast u dan?**
Uit gewoonte (pas thuis aan het eind van de werkdag), op de klok of als er urineverlies optreedt (overloopblaas).
- **Hoe vaak heeft u de aandrang om te plassen?**
Bij een normaal mictiegedrag is er aandrang bij elke plas. Maar bij urgency kan er ook steeds tussendoor aandrang zijn of kan de aandrang na het plassen blijven bestaan (loze drang).
- **Zijn er factoren die de aandrang beïnvloeden?**
Bekende factoren zijn: stress, kou en vocht, lopende kraan of douche, fontein, branding, maar ook voedingsmiddelen (thee, koffie, kruiden, venkel, bloemkool, bleekselderij e.d.) kunnen de aandrang beïnvloeden.
- **Kunt u uw plas uitstellen? Als u zit? Als u bezig bent? Als u bij de voordeur bent?**
- **Heeft u tijd genoeg om het toilet droog te bereiken?**
Het niet lang genoeg de plas in kunnen houden, wijzen op urgency- en urge-incontinentie of kunnen optreden bij het 'sleutelfenomeen': een klacht die specifiek optreedt op het moment dat de patiënt de voordeur van haar huis nadert en de sleutel in het slot steekt.
- **Komt de plas direct? Komt de plas spontaan? Heeft u moeite om te beginnen met plassen?**
Hierbij wordt gevraagd naar obstructieve mictie door bijvoorbeeld een cystocele. Dit kan ook optreden als een patiënt moeite heeft om te ontspannen (dysfunctional voeding).
- **Als u aan het plassen bent, komt de urine er dan in één keer uit of komt deze in delen?**
Het plassen in delen (in tempi of stops) kan wijzen op onvoldoende langdurig de ontspanning kunnen vasthouden. De urethra wordt steeds weer afgesloten, waarna er weer voldoende ontspanning volgt om het plassen te kunnen hervatten. Dit kan ook optreden bij een cystocele, door een onvolledige lediging in één keer in verband met de cele.

- **Gebeurt het plassen in delen bewust of onbewust?**

Het plassen in delen kan ook wijzen op ‘stippeltjes plassen’: de plasstraal bewust telkens onderbreken als oefening voor de bekkenbodemspieren. Dit is een oud en onjuist oefenadvies, omdat het een verhoogde kans op blaasontstekingen kan geven. Helaas is het de wereld nog niet uit.

- **Perst u mee tijdens het plassen? Is dat nodig of is dit een gewoonte?**

Patiënten die het advies hebben gekregen om goed leeg te plassen (bijvoorbeeld bij recidiverende urineweginfecties) kunnen de gewoonte hebben ontwikkeld om mee te persen tijdens de mictie. Dit kan averechts werken, omdat het persen leidt tot aanspanning van de buikspieren en daarmee activatie van de bekkenbodemspieren, hetgeen negatief werkt op de benodigde ontspanning voor de mictie. Patiënten met een onderactieve blaas of urethrastenose persen mee tijdens de mictie om de lediging te ondersteunen.

- **Hoe is de straal tijdens het plassen? Continu of onderbroken?**

- **Is hierin de laatste tijd verandering opgetreden?**

Bij een normaal mictiegedrag loopt de plasstraal goed door. De straal hoeft zeker niet krachtig te zijn, zoals veel (niet alleen mannelijke) patiënten denken. Een krachtige plasstraal (zoals die vaak te horen is bij de buurman of -vrouw op een openbaar toilet) wordt in het algemeen veroorzaakt door een foutief mictiegedrag: niet-zittend plassen (dus niet ontspannen) en/of met een persmictie.

Bij mannen zal de plasstraal in de loop van hun leven veranderen: door de fysiologische prostaatvergroting (benigne prostaathyperplasie) kan de druk op de urethra toenemen, zodat de plasstraal langzamerhand wat minder wordt. Bij een maligne prostaathyperplasie treden deze straalveranderingen in het algemeen juist níet op, omdat deze carcinomen zich meer aan de buitenkant van de prostaat vormen, zodat de druk op de urethra niet verandert.

- **Als u klaar bent met plassen, heeft u dan het gevoel dat u leeg bent?**

Een ‘restgevoel’ na het plassen kan betekenen dat er sprake is van een daadwerkelijk residu (dus onvoldoende leeg te hebben geplast) of erop wijzen dat de detrusor zich onvoldoende ontspant, zodat het lijkt alsof de blaas nog niet leeg is (loze drang).

- **Heeft u wel eens het gevoel dat u binnen 10 à 15 minuten na het plassen alweer moet?**

Ook deze klacht kan te maken hebben met onvoldoende lediging van de blaas, maar dan vooral door een cystocele of urethrocele, die zich pas leegt op het moment dat de patiënt van het toilet gaat en weer gaat lopen: het restje urine kantelt uit de cele richting blaashals en wordt dan pas waargenomen. Dit symptoom komt tevens voor bij een overactieve blaas of bij dysfunctional voiding.

- ♂ + ♀ **Heeft u last van nadruppelen?**

Het kan bij mannen lastig zijn om de urethra in een keer te ledigen, omdat er wat ruimte in de urethra is gekomen; daardoor blijft hier urine verzameld die er bij het

opstaan pas uitkomt (post micturition dribbling). Hiervoor zijn twee technieken mogelijk: een aantal keren de bekkenbodemspieren aanspannen en ontspannen om de urethra helemaal te ledigen of het ‘leegstrijken’ van de plasbuis, zowel perineaal als vanaf de onderkant van de penis tot en met de glanspenis (eikel).

- **Verliest u weleens urine? Heeft u last van urineverlies?**
- **Treedt dit urineverlies op tijdens drukverhoging (hoesten, niezen, lachen, springen, opstaan, omdraaien)?**

Urineverlies op drukverhogende momenten wijst in het algemeen op onvoldoende werking van het sluitingsmechanisme van de urethra in relatie tot de toename van de buikdruk, de zogenaamde stress- of inspanningsincontinentie (‘druklek’).

- **Treedt er urineverlies op bij aandrang?**

Urineverlies tijdens aandrang wijst op onvoldoende remming op de activiteit van de detrusor waardoor er te vroeg urine wordt geloosd, de urgency- of aandrangincontinentie (‘dranglek’).

- **Heeft u het gevoel dat u urine verliest zonder aandrang of drukverhoging?**

Continu urineverlies is een bijzondere klacht en kan wijzen op anatomische veranderingen (fistel) of een neurologische problematiek. Bovenmatige vaginale vochtproductie wordt door patiënten soms ook verward met incontinentie of urineverlies. De plaats van het verlies in het ondergoed (centraal), geur en samenstelling (waterig of slijmerig) kan helpen om het onderscheid te maken.

- **Voelt u dat u urine verliest?**

Het niet voelen van urineverlies kan duiden op stoornissen van de sensibiliteit van het urogenitale systeem.

- **Zijn er factoren die de mate van urineverlies kunnen beïnvloeden?**

Denk hierbij aan urgencyfactoren (stress, kou, vocht, waterstromen) en hormonale factoren (menstruatie).

De 3IQ-test

De 3IQ-test is een vragenlijst die helpt om het type incontinentie te bepalen.

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

- b)** Bij onhoudbare aandrang of het gevoel de blaas te moeten ledigen, waardoor u het toilet niet op tijd haalde.
- c)** Zonder fysieke activiteit en zonder het gevoel van onhoudbare aandrang.
- d)** Ongeveer even vaak bij fysieke activiteit als bij het gevoel van onhoudbare aandrang.

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

- a)** Het vaakst bij fysieke activiteit (stress of dominante stress-urgency-incontinentie)
- b)** Het vaakst bij onhoudbare aandrang (urgency- of dominante-urgency-urine-incontinentie)
- c)** Zonder fysieke activiteit en zonder onhoudbare aandrang (andere oorzaak)
- d)** Ongeveer even vaak bij fysieke activiteit al bij onhoudbare aandrang (gemengde urine-incontinentie).

- **Wat is de mate van urineverlies?**

De mate van urineverlies kan worden gegradeerd in cijfers of aantal +.

Mate van urineverlies per keer:

- Graad 1: druppel(s) of +
- Graad 2: scheutje of ++
- Graad 3: hele plas of +++

De frequentie en hoeveelheid urineverlies kunnen ook in een schaal worden aangegeven.

Bij mannen wordt ook wel gebruikgemaakt van de volgende indeling voor de mate van urineverlies:

- natte plek ter grootte van een eurocent
- natte plek van ter grootte van twee-euromunt
- grotere plek

In het algemeen zal urineverlies graad 1 of 2 eerder een aanwijzing zijn voor stress-incontinentie (onvoldoende sluitvermogen) en kan graad 3 duiden op de aanwezigheid van urge-incontinentie (ledigen van de gehele blaasinhoud).

- **Hoe vaak treedt het urineverlies op?**

In de definitie van urine-incontinentie (International Continence Society/International Urogynecological Association) wordt gesproken over 'onvrijwillig urineverlies' en wordt dus geen frequentie van urineverlies aangegeven. Voor de impact op het functioneren kan het wel van belang zijn om te weten hoe vaak iemand hiervan last heeft, hoewel voor de ene patiënt elke druppel te veel is en dit voor de ander geen reden is om hulp te zoeken. Objectiveren van de impact van het urineverlies op de beleving van

de patiënt kan onder andere met de Protection Amount Frequency Adjustment Body Image (PRAFAB).

- **Treedt het urineverlies overdag en/of 's nachts op?**
- **Treedt nachtelijk urineverlies spontaan op of onder bepaalde omstandigheden?**

Nachtelijk urineverlies kan optreden bij hoesten, omdraaien in bed of tijdens het naar de wc gaan. Ook bij een neoblaas kan nachtelijk urineverlies optreden. Urgency-incontinentie treedt op tijdens de nachtelijke gang naar het toilet. Een overloopblaas of fistel kan de oorzaak zijn van spontaan urineverlies. Enuresis nocturna is een andere reden van nachtelijk urineverlies.

- **Gebruikt u opvangmateriaal voor de urine?**
- **Hoe vaak moet u dit verschonen?**

Bij gering urineverlies kan het zijn dat een patiënt een druppeltje urine in het ondergoed accepteert (mannen en vrouwen). Als volgende stap zullen vrouwen vaak eerst dagelijks een inlegkruisje gaan gebruiken. Dat kan overgaan in chronisch gebruik van maandverband voordat pas wordt overgegaan tot het gebruik van incontinentiemateriaal (psychische drempel). Ook mannen krijgen van hun vrouw nog weleens het advies inlegkruisjes of maandverband te gebruiken voor hun urineverlies. Voor mannelijke patiënten is het gebruik van incontinentiemateriaal psychisch een grote stap. Het meenemen van dit materiaal (mannen hebben vaak geen tas bij zich) en het wegwerpen ervan in het toilet (een mannentoilet heeft meestal geen afvalbakjes) zijn hier mede debet aan.

Goede informatie over het juiste incontinentiemateriaal kan verkregen worden via de apotheek (vaak door een apothekersassistente die hierin is gespecialiseerd, of via een incontinentieverpleegkundige). Zij kunnen proefmateriaal aan de patiënt meegeven, zodat hij dit kan uitproberen. Patiënten weten vaak niet dat incontinentiemateriaal door de verzekeraar kan worden vergoed, indien de huisarts hiervoor een machtiging schrijft.

Het gebruik van dubbele materialen of het toevoegen van toiletpapier of watten aan het materiaal is af te raden, omdat dit de absorptiekwaliteit van het materiaal in negatieve zin kan beïnvloeden en een grotere kans geeft op huidirritatie.

- **Heeft u last van huidirritatie?**
- **Wat gebruikt u om de huid te verzorgen?**

Het is van belang om kennis te hebben van de mogelijke huidverzorgingsproducten, zodat kan worden bepaald of de huidverzorging optimaal verloopt.

Huidverzorging

- Vette zalven (huidconditie): vaseline-cetomacrogol, cardiflorzalf, vaseline-paraffinezalf, lanettecrème, oculentum simplex, uierzalf, emoe- of emu-olie, calendulazalf, biodermalcrème, sUdocrème, bepanthen, echinaceazalf, koelzalf.
- Zalven bij kloofjes, wondjes, irritaties (huidheling): mesitran, homeoplasmine, zinkoxidezalf, calendula, theranal, vaseline (eventueel met 3 procent lidocaïne), hemocin.

- **Gebruikt u medicatie in verband met uw klachten?**

Naast medicatie tegen incontinentie kunnen patiënten ook medicijnen gebruiken die de incontinentie bevorderen.

Incontinentie als bijwerking

Geneesmiddelen met een anticholinergisch effect (zoals veel antipsychotica en antidepressiva) kunnen aanleiding geven tot urineretentie met overloopincontinentie. Daarnaast bedreigen de snelwerkende lisdiuretica de continentie omdat de blaas zeer snel gevuld wordt, hetgeen leidt tot een verhoogde druk en meer aandrang.

- **Heeft u ooit blaasontstekingen gehad?**

- **Ziet u wel eens bloed in de urine?**

Urineweginfecties kunnen optreden bij meisjes, soms is dat al heel jong of in de puberteit/adolescentie, bij de aanvang van de seksuele carrière van vrouwen (onbekende bacteriën), tijdens de zwangerschap of menopauze (verminderde weerstand) en bij het ouder worden. Een nierbekkenontsteking wijst op een blaasontsteking die niet tijdig is herkend. Sommige vrouwen hebben voortdurend het gevoel dat zij een blaasontsteking hebben. Om hierin inzicht te krijgen, is het goed om te vragen of er een urineweginfectie is vastgesteld (urineonderzoek door de huisarts of specialist) of deze met antibiotica is behandeld, of er een nacontrole van de urine is gedaan en of de urine is gezet. Bloed bij de urine kan duiden op een ernstige blaasontsteking en is altijd reden om de patiënt (terug) te verwijzen naar de huisarts of medisch specialist. Urineweginfecties komen bij mannen minder vaak voor.

- **Heeft u pijn tijdens het plassen?**

- **Treedt dit op bij aanvang van, tijdens of na het plassen? Waar zit die pijn (blaasuitgang, plasbuis of in de blaas/onderbuik)?**

Pijn tijdens het plassen kan wijzen op irritatie bij het loslaten van bekkenbodemspieren of passage van de urine door de urethra. Pijn in de onderbuik is een indicatie voor pijn vanuit de blaas zelf.

Bijzondere informatie met betrekking tot de mictie

Tijdens de mictie-anamnese kunnen patiënten nog specifieke informatie geven:

- **Sproeiend plassen**

Dit mictiepatroon kan duiden op onvoldoende ontspanning tijdens de mictie, zodat de plasstraal licht wordt afgeknepen. Dit kan tot sproeien leiden (vergelijk dit met een dichtgeknepen tuinslang).

- **De benen natplassen of onder de bril doorplassen**

Door een cystocele of urethrocele kan de stand van de urethra dusdanig van richting zijn veranderd, dat dit tot een ander plasverloop leidt. Ook een persend mictiegedrag kan dit mictiepatroon veroorzaken.

- **Verandering in de plasstraal bij mannen**

Indien een man beschrijft dat de plasstraal in de afgelopen periode is veranderd, zijn de volgende vragen relevant:

- **Is er verschil in de straal bij een grote of kleine plas?**
- **Is uw PSA (prostaatspecifiek antigeen) bekend?**
- **Is die de laatste tijd veranderd?**

De invloed van prostaatveranderingen (benigne of maligne) op de plasstraal bij mannen is eerder beschreven.

- **Heeft u pijn uitstralend in de testikels of het scrotum?**

Pijn in de testikels kan een lokale oorzaak hebben, waarvoor de patiënt bij de huisarts of uroloog moet zijn, maar kan ook het gevolg zijn van een overactieve bekkenbodempain of als referred pain.

- **Bent u wel eens bij de uroloog geweest?**
- **Zo ja, wat was de reden hiervan?**
- **Zijn er bij u urologische ingrepen gedaan?**
- **Maakt u weleens gebruik van een katheter?**

In het verleden was het 'oprekken van de plasbuis' (urethradilatatie) of de otis (urethrotomie) bij vrouwen een veel gehanteerde ingreep door urologen, die werd toegepast in verband met recidiverende urineweginfecties of andere plasklachten. Een katheter kan onder andere worden gebruikt bij een blaasresidu en bij urethrastricturen.

- **Hoe is het zindelijkheidsproces bij u verlopen?**
- **Bent u bedplasser geweest?**

Enuresis (nocturna) en urine-incontinentie zijn verschillende diagnoses. Ze kunnen, maar hoeven geen samenhang te hebben. De impact van een nieuwere vorm van urineverlies op een patiënt die lang bedplasser is geweest, kan echter anders zijn.

- **Gynaecologie (vrouwen)**

Bij de gynaecologische anamnese worden, afhankelijk van de levensfase van de vrouw, vragen gesteld over:

- menstruatie
- menopauze
- prolapsen
- gynaecologische historie (onderzoeken, ingrepen, operaties)

Ook nu worden er eerst vragen gesteld over de fysiologie en daarna over de pathologie:

- **Hoe verloopt uw menstratiepatroon?**
- **Heeft u klachten van uw menstruatie?**

De mate waarin vrouwen last hebben van hun menstruatie is erg verschillend en de impact op hun functioneren is dat ook. Het functioneren van de bekkenbodemspieren kan beïnvloed worden door hormonale veranderingen.

◦ **In hoeverre worden uw klachten door de menstruatie beïnvloed?**

Incontinentie (zowel stress- als urge-incontinentie), prolapsklachten en bekkenpijn kunnen in de laatste paar dagen voor de menstruatie toenemen door de hormonale veranderingen die een (tijdelijke) negatieve invloed hebben op de functie van de bekkenbodemspieren.

◦ **Gebruikt u medicatie in verband met anticonceptie?**

Door het gebruik van de pil (oraal, prikpil, staafje) worden de hormonale schommelingen van de vrouw genivelleerd, waardoor de invloed hiervan op het functioneren van de bekkenbodem minder tot uitdrukking kan komen.

◦ **Is uw menstruatiepatroon de afgelopen periode veranderd?**

De menopauze kent een lange aanloop van geleidelijke veranderingen in het menstruatiepatroon: de bloedingen kunnen heviger worden, de frequentie neemt toe of juist af, de menstruele klachten kunnen toenemen. Deze veranderingen kunnen van invloed zijn op de mate van bekken(bodem)klachten (toenemende stress-incontinentie of bekken pijn in de premenopauzale periode).

◦ **Heeft u de menopauze afgerond?**

◦ **Heeft u nog klachten van de menopauze?**

De menopauze is pas definitief als een vrouw één jaar niet meer gemenstrueerd heeft. Na de laatste menstruatie kunnen menopauzale klachten optreden, zoals opvliegers, nachtelijk zweten, onrustig slaappatroon en gewrichtsklachten. Doordat de hormonale invloed op de bekkenbodem wegvalt, kan dit de periode zijn waarin de bekkenbodem wordt ontwikkeld op basis van een eerdere periode in het leven van de vrouw (disfuncties ten gevolge van de partus, die tot dan toe klachtenvrij zijn gebleven).

◦ **Heeft u last van vaginale winden?**

◦ **Heeft u na het zwemmen of douchen last van verlies van vocht/water uit de vagina?**

Vaginale flatus is een klacht die vrouwen niet zo snel zelf rapporteren, maar die ter sprake kan komen bij het zien van een openstaande introïtus tijdens de lokale vaginale inspectie. Informatie geven over de oorzaken van deze symptomen, werkt geruststellend.

◦ **Heeft u het gevoel dat er iets uit de vagina komt/bolt? Of uit de anus?**

◦ **Heeft u wel eens een balgevoel, of het gevoel dat u ergens op zit?**

Het waarnemen van een balgevoel is een zeer sterke voorspeller voor de aanwezigheid van een prolaps. Vervolgens kan het prolapsgevoel nader worden uitgediept met behulp van de volgende vragen:

◦ **Nemen de prolapsklachten in de loop van de dag toe?**

Naarmate de dag vordert, zullen de bekkenbodemspieren vermoeid raken en neemt de rekbaarheid van het bindweefsel toe.

- **Nemen de prolapsklachten af wanneer u gaat liggen?**
Een afname van de belasting op de bekkenbodem (horizontaliseren) en een toename van de circulatie in het kleine bekken leveren een vermindering van de buikdruk op en een reductie van prolapsklachten.
- **Nemen de prolapsklachten toe bij zwaar werk?**
Fysieke arbeid zorgt voor een toename van de buikdruk en dat vergroot de belasting op de bekkenbodem.
- **Heeft u wel eens moeite om het plassen op gang te brengen?**
- **Heeft u wel eens het gevoel dat u niet leegplast?**
- **Gaat dit wel/niet samen met een balgevoel?**
Door de mechanische druk van de prolaps op de urethra kan het beginnen van de mictie of de lediging van de blaas beperkt worden.
- **Komt er bij het opstaan na het plassen nog urine?**
- **Hangt dit samen met het balgevoel?**
Bij een voorwandprolaps kan een deel van de urine in de cele ('zwanenhals') achter blijven tijdens mictie. Deze urine kan vrijkomen bij het opstaan. Door het bekken te kantelen na afloop van de mictie, kan deze urine wel adequaat geloosd worden.
- **Moet u wel eens meehelpen met het ontlasten?**
- **Gebruikt u een steuntje (vinger of duim) in de vagina bij het ontlasten? Of moet u de ontlasting er wel eens met de hand uitkneden?**
- **Moet u soms kort na de ontlasting nog een keer lozen? En is dit een grote of een kleine portie? Hangt dit samen met het balgevoel?**
Bij een achterwandprolaps wordt de feces tijdens de defecatie in de cele geperst, zodat de lediging niet volledig is. Dit restje kan er bij de tweede lozing uitkomen.
- **Heeft u doorstootpijn bij het vrijen?**
Een descensus uteri zorgt voor een relatieve verkorting van de totale vaginale lengte. De uterus is een gevoelige structuur, zodat dit bij penetratie tot (diepe) pijnklachten kan leiden. Een verandering van de houding tijdens het vrijen kan hierbij helpen.
- **Heeft (had) uw moeder verzakingsklachten (gehad) of is zij hieraan geopereerd?**
De kans op het krijgen van een prolaps wordt mede genetisch bepaald en staat in relatie tot de rekbaarheid van het bindweefsel.
- **Heeft u last van de verzakingsklachten bij dagelijkse activiteiten, werkzaamheden of sporten?**
Denk hierbij aan het dragen van strings of strakke broeken, zitten, fietsen, sporten of tuinieren. De meeste vrouwen voelen het echter vooral tijdens het reinigen van de vagina.
- **Bent u wel eens bij de gynaecoloog geweest?**
- **Zo ja, wat was de reden hiervan?**
Vrouwen kunnen in verband met een medische indicatie in de periode van een zwangerschap en bevalling bij de gynaecoloog zijn geweest. Ook kunnen er curettages hebben plaatsgevonden, die geen consequenties hoeven te hebben voor de

bekkenbodemplachten van de patiënt. Maar er kan ook een afwijkend uitstrijkje zijn geweest of een baarmoederextirpatie vanwege een oncologische indicatie. Bij het gebruik van elektrostimulatie (bij de bekkenbodempfyiotherapeut) is dit van belang om te weten, omdat het een contra-indicatie kan zijn.

- **Zijn er bij u ooit gynaecologische ingrepen gedaan?**

- **Zo ja, welke?**

Patiënten weten niet altijd wat er tijdens een gynaecologische operatie bij hen is gedaan. ‘Ze hebben alles weggehaald’, is een bekend voorbeeld van hoe zo’n operatie wordt omschreven. Of: ‘Ze hebben de boel opgehaald’. Zonder dat duidelijk is wat er precies is opgehaald. De baarmoeder heeft een rol in het positioneren van blaas en darmen (wig) en het is dus van belang te weten of deze nog wel of niet aanwezig is.

- **Obstetrie**

De impact van de zwangerschap en partus op het functioneren van de bekkenbodempmusculatuur is wetenschappelijk aangetoond in de afgelopen jaren. De historie van de bekkenbodempspieren met betrekking tot zwangerschap en bevalling zal dus goed in kaart dienen te worden gebracht. In verband met het inwendig onderzoek, is het ook belangrijk om te weten of de patiënte wel of geen vaginale bevalling heeft meegemaakt.

- **Heeft u zwangerschappen meegemaakt?**

- **Zo ja, hoeveel zwangerschappen (inclusief miskramen)?**

De eerste zwangerschap en bevalling levert de grootste veranderingen op in het bekken en bekkenbodengebied. Volgende zwangerschappen leveren hieraan een kleinere bijdrage. Miskramen kunnen een blijvende invloed hebben op de beleving van de vrouw; dit is afhankelijk van het individu, maar ook van de duur van de zwangerschap. Ook moet worden gevraagd waarom de zwangerschap niet voldragen is.

- **Indien u geen zwangerschappen (of miskramen) heeft meegemaakt, is dit een bewuste keuze?**

- **Heeft u ooit een abortus ondergaan?**

Als een vrouw ongewild kinderloos is gebleven of een abortus heeft ondergaan, kan dit van invloed zijn op de beleving van haar bekkenbodengebied. Hiermee kan tijdens het inwendig onderzoek rekening worden gehouden. De vraag naar een abortus zal niet standaard worden gesteld, maar kan gedurende de anamnese wel aan de orde komen.

- **Bent u spontaan zwanger geworden of is hier ondersteuning bij geweest?**

Denk aan in-vitrofertilisatie (IFV), intra-uterine inseminatie (IUI) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), waarbij er sprake is van hormonale beïnvloeding (bijvoorbeeld in relatie tot zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn).

- **Hoe verliepen deze zwangerschappen? (per zwangerschap uitvragen)**

Denk hierbij aan elementen als bekkenpijn, zwangerschapsklachten, prolapsklachten en dergelijke.

- **Hoeveel bevallingen heeft u meegemaakt? En wanneer?**

De eerste vaginale bevalling (en eerste zwangerschap) veroorzaakt de grootste veranderingen in de kwaliteit van de bekkenbodem.

◦ **Hoe verliepen die bevallingen?**

Het is van belang een beeld te krijgen van diverse facetten van een bevalling in relatie tot bekken en bekkenbodemmusculatuur, specifiek bij het postpartumconsult:

- › ontsluiting (spontaan of ingeleid)
- › uitdrijving (uitdrijvingstijd)
- › persen (pershoudingen en -duur)
- › rupturen of episiotomie
- › kunstverlossingen: tang, vacuüm
- › hechten (thuis, in de verloskamer of de operatiekamer)
- › nageboorte (uitdrijving placenta, manuele verwijdering)
- › bloedverlies
- › sectio caesarea
- › gewicht kind, ligging en dergelijke
- › herstel na partus (episiotomie)

◦ **Is uw kinderwens vervuld?**

◦ **Indien niet, heeft u al een termijn hiervoor bepaald?**

Voor het proces van herstel van klachten na de bevalling, is het belangrijk om te weten of de vrouw in een tussenfase is van het herstel na een bevalling of dat het een eindfase is in de obstetrische status van de vrouw. Denk hierbij aan de tijd die voor het herstelproces uitgetrokken kan worden, de verwachting ten aanzien van het eindresultaat.

◦ **Waren er zwangerschapscomplicaties?**

Er kan een aantal belangrijke aandoeningen vermeld worden:

- › Vena cava-syndroom
 - rugligging is druk op de vena cava inferior*
 - verlaagde bloeddruk: voelt niet goed (misselijkheid, zweten)*
 - op de linker zijde liggen geeft verbetering*
- › Bloedverlies na dertien weken
 - placenta previa*
 - solutio placentae*
 - placenta accreta*
 - placenta circumvallata*
 - normale position placenta: boven isthmus uteri dorsal, lateraal of ventraal.*
 - ventraal: moeder voelt nauwelijks de bewegingen van het kind*
- › Placenta previa
 - Een placenta praevia (bron: Cunningham, 2011) is tot dicht bij of over het ostium internum van de cervix geïmplanteerd, waardoor ernstig bloedverlies kan ontstaan. Tegenwoordig wordt de diagnose echoscopisch (vaginaal) gesteld, waarbij aangegeven wordt of de placenta over het ostium internum ligt of hoe*

ver de placenta hiervan verwijderd is. Er zijn vier types:

- › placenta praevia totalis:
hierbij ligt de placenta over het gehele ostium internum,
- › partiële placenta praevia:
hierbij bedekt de placenta gedeeltelijk het ostium internum. Hierbij zijn altijd een keizersnede nodig.
- › placenta praevia marginalis:
hierbij reikt de placenta tot aan het ostium internum.
- › laagliggende placenta:
hierbij is de placenta geïmplanteerd in het onderste uterus segment, maar reikt zij niet tot aan het ostium internum. Meestal is dit geen probleem.
Risicofactoren: multipari, keizersnede, tweelingen, fertiliteitsbehandelingen, roken en cocaïnegebruik.
Symptomen: bloedverlies zonder pijn, helderrood, regelmatige bloedingen.
Verhoogde bloeddruk, pre-eclampsie, trauma's, uterus pijn door palpatie
- › Placenta accreta
De placenta is heel diep ingeplant in het baarmoederslijmvlies. Behandeling is nodig met keizersnede en hysterectomie.
- › Placenta circumvallata
Chorion is niet aan de rand van de placenta en er is sprake van een bloeding in de eerste periode van de zwangerschap. Frequent bloedverlies en het breken van de vliezen.
- › Pre-eclampsie
overbelasting van de moeder
zeer plotseling of geleidelijk
diagnose door verhoging van de bloeddruk en eiwitten in de urine
epilepsie kan ontstaan na eclampsie
- › HELLP-syndroom
HELLP staat voor:
H: hemolyse , verlies van erythrocyten (haemolysis)
EL: verhoogde leverenzymen (elevated liver enzymes)
PL: laag aantal bloedplaatjes (low platelets)
Het HELLP-syndroom kan ook plotseling ontstaan zonder voorafgaande pre-eclampsie. De symptomen zijn:
 - *zeer ziek, dus een bloedtest is nodig*
 - *de symptomen zijn zeer persoonlijk*
 - *oedeem*
 - *misselijkheid*
 - *visieveranderingen*
 - *paresthesieën*
 - *pijn bovenbuik of borst interscapular pijnen*
 - *vermoeidheid, griepachtige symptomen*

- eiwit in de urine
 - hoge bloeddruk
 - vocht vasthouden, sterke gewichtstoename
 - bandgevoel (om hoofd en/of buik)
 - concentratieproblemen
 - hoofdpijn/sterretjes zien
 - tintelingen (in de vingers)
 - stuur ze altijd naar de huisarts
 - noodsituatie voor moeder en kind
 - hersenen bloedingen, lever- en nierproblemen, stollingsproblemen, solutio placenta, het sterven van moeder en kind
- › Zwangerschapsdiabetes
- na twintig weken
- redenen: HPL (Human Placental Lactogen), insuline resistentie
- meer risico bij: familiale diabetes, adipositas, problemen in glucosemetabolisme
- Symptomen zijn: drinken++, urineren+++ , groeien+++
- Het resultaat kan zijn:
- macrosomie
 - ++ vruchtwater
 - grotere placenta
 - vroeggeboorte
 - hypoglykemie bij de baby
 - geen goede rijping van de geslachtsorganen van het kind
 - kans dat de moeder diabetes ontwikkelt (50 procent).

Bijlage 4: Literatuurlijst

Anderson, R.

Safety and Effectiveness of an Internal Pelvic Myofascial Trigger Point Wand for Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome, (Clin J Pain, 2011; 27:764–768).

Burch

'Visceral manipulation a powerful new frontier in bodywork', www.amtamassage.org, 2003.

Brugman et al

'The effect of Osteopathic Treatment on Chronic Constipation. A Pilot Study', International Journal of Osteopathic Medicine 13 (1), 2010: 17–23.

Chapelle en Bove

'Visceral massage reduces postoperative ileus in a rat model', Journal of Bodywork & Movement Therapies, 2013: 17,83e88.

Cofourain en Meslé

Assessment of osteopathic approach to functional dysmenorrhoeas comparatively with a reference group by Audrey DO mROF', <https://academie-osteopathie.fr/content/apostill-n%C2%B0-17>, (2006).

Conrad, U.

'Osteopathic treatment of patients with lower urinary tract symptoms and benign prostatic hyperplasia A pre-post pilot trial', Oral Presentation Abstracts / International Journal of Osteopathic Medicine 13, 2010: 104–131.

Cunningham, F.

Bloedverlies in de tweede helft zwanger, Richtlijnen perinatologie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), 2001.

Daraï et al

'Impact of osteopathic manipulative therapy on quality of life of patients with deep infiltrating endometriosis (DIE) with colorectal involvement: results of a pilot study', European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 188, 2015, 70-73.

Dun, P.L.S. van

Status van de osteopathie in de Benelux: Benelux Osteosurvey 2013, Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion vzw (CORPP vzw), Mechelen, 2013.

Emerson, S.

Manipulation of the Coccyx With Anesthesia for the Management of Coccydynia, J Am Osteopath Association;112(12): 805-807.

FitzGerald, M.

Randomized Multicenter Feasibility Trial of Myofascial Physical Therapy for the Treatment of Urological Chronic Pelvic Pain Syndromes, vol. 182, 2009, 570-580.

Franke, H.

'Osteopathic manipulative treatment (OMT) for lower urinary tract symptoms (LUTS) in women', Journal of Bodywork & Movement Therapies, 2013.

Frawley, J., et al

'Prevalence and characteristics of women who consult with osteopathic practitioners during pregnancy; a report from the Australian Longitudinal Study on Women's Health (ALSWH)', Journal of Bodywork & Movement Therapies, 2015.

Georgiades

Osteopathy in the treatment of breech presentation, thesis WSO, 2006.

Gerhardt, K

Osteopathic treatment of women suffering from urinary incontinence following an injury to the perineum during delivery: a randomized controlled trial, ICAOR. IJOM, 2008, 11, p.158.

Heneghan, C. et al

'Diagnostic strategies used in primary care', BMJ, 2009, 338, pp.b946-b9462009.

Hensel, K.

Pregnancy Research on Osteopathic Manipulation Optimizing Treatment Effects: the PROMOTE study, Am J Obstet Gynecol 2015;212:108.e1-9.

Hodl

Hat eine Intervention an der Schädelbasis Einfluss auf das Prämenstruelle Syndrom?, thesis WSO, 2011.

Kalamir et al

'Intra-oral myofascial therapy versus education and self-care in the treatment of chronic, myogenous temporomandibular disorder: a randomised, clinical trial', Chiropractic & Manual Therapies, 2013, 21:17.

Kalamir, A.

'Manual therapy for temporomandibular disorders: A review of the literature', Journal of Bodywork and Movement Therapies, 2007. 11, 84-90.

Kimberly A., Fisher

'Management of Dyspareunia and Associated Levator Ani Muscle Overactivity', Physical Therapy Journal, 2007. 87:935-941.

Koul

'Efficacy of complete decongestive therapy and manual lymphatic drainage on treatment related lymphedema in breast cancer', International Journal of Radiation Oncology * Biology * Physics, Vol. 67, 2007, no. 3, pp. 841-846, 2007.

Kermorgant, G.,

Osteopathie et l'infertilité secondaire, thesis, 2007, Montréal.

Kramp, M.

'Combined Manual Therapy Techniques for the Treatment of Women With Infertility: A Case Series', Journal of the American Osteopathic Association; 2012, 112(10): 680-684.

Lamberts

A survey-based study in osteopathic complaints from women who underwent a hysterectomy, thesis 2012, ESO.

Lavelle, J.

'Osteopathic Manipulative Treatment in Pregnant Women', Journal of the American Osteopathic Association.; 2012, 112(6): 343-346.

Licciardione, J.

'Prevention of Progressive Back-Specific Dysfunction During Pregnancy: An Assessment of Osteopathic Manual Treatment Based on Cochrane Back Review Group Criteria', Journal of the American Osteopathic Association. 2013;113(10):728-736.

Maigne, J.

Comparison of Three Manual Coccydynia Treatments: A Pilot Study, Volume 26 (20), 2001, pp E479-E483.

McSweeney

'The immediate effects of sigmoid colon manipulation on pressure pain thresholds in the lumbar spine', *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 2012 16, 416e423.

Mückler

Osteopathic Treatment During Transition of Perimenopause, thesis 2005, WSO.

Nistler et al

'Osteopathy as a therapy during pregnancy A randomised controlled trial', *Oral Presentation Abstracts / International Journal of Osteopathic Medicine* 13 2010, 104–131.

Panagopoulos

'Does the addition of visceral manipulation alter outcomes for patients with low back pain? A randomized placebo controlled trial', *European Journal of Pain*, 2014.

Pinter-Haas, A.

'Osteopathic treatment of women with primary dysmenorrhea. A randomised controlled trial', *Oral Presentation Abstracts / International Journal of Osteopathic Medicine* 13, 2010, 104–131.

Quell K., Kocheise-Miller B.

Osteopathic treatment of women with uterine prolapse. A randomized controlled trial, 2008.

Ramsauer, R.

Viscerosomatic and Viscerovisceral Referral Patterns of Benign Uterine Dysfunctions in Non-pregnant Females: a Critical Narrative Review, 2014.

Riepler

Influence of Osteopathic Treatment on Congestive Menstrual Disorders and Premenstrual Syndrome, 2006.

Rijenga, 2016, in publicatie.

Ringkamp, C.

'Osteopathic treatment of women with voiding dysfunction A randomized controlled trial', *Oral Presentation Abstracts / International Journal of Osteopathic Medicine* 13, 2010. 104–131.

Rosenbaum, T., Owens, A.

'The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction., *J Sex Med*, 2008, 5:513–523.

Rosenbaum, T.

'Physical Therapy Treatment of Persistent Genital Arousal Disorder During Pregnancy: A Case Report', *J Sex Med*, 2010, 7:1306–1310.

Schneider

The effectiveness of osteopathic treatment in women with endometriosis-related pain, *Wiener Schule für Osteopathie*, 2011.

Schwerla

'Osteopathic treatment in patients with primary dysmenorrhea. A randomised controlled trial', *International Journal of Osteopathic Medicine*, (2014. 17, 222-231.

Schwerla, F. et al

'Osteopathic Manipulative Therapy in Women With Postpartum Low Back Pain and Disability: A Pragmatic Randomized Controlled Trial', *Journal of the American Osteopathic Association (JAOA)*, 2015, 115(7), p.416.

Stemeseder

Viszerale technieken in der osteopathischen praxis in Osterreich, thesis WSO, 2007.

Tuncer, A.

'Effectiveness of manual therapy and home physical therapy in patients with temporomandibular disorders: a randomized controlled trial', *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 2013. 17(3), pp 302-308.

Triay Salamanca, S.

Osteopathic manual treatment can lessen pain in women with deep dyspareunia, Thesis Barcelona School Osteopathy, 2010.

Weiss, J.

Pelvic floor myofascial trigger points: MT for interstitial cystitis and urgency frequency syndrome, 2001, Vol. 166, 2226-2231.

Williams A.F., et al

'A randomized controlled crossover study of manual lymphatic drainage therapy in women with breast cancer- related lymphoedema', *European Journal of Cancer Care* 11, 2002, 254-261.

Wurn, L.

'Increasing Orgasm and Decreasing Dyspareunia by a Manual Physical Therapy Technique', *Medscape General Medicine*; 2004, 6(4): 47.

Wurn, B.

Treating fallopian tube occlusion with a manual treatment technique, 2008.

Zanon, B.

The effectiveness of osteopathic treatment in perimenopause, Lienz, Austria, 2006.



© Deze richtlijn is een uitgave van de Stichting Wetenschappelijk Osteopatisch Onderzoek (SWOO) en de Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO).

SWOO beoogt om het vak osteopathie wetenschappelijk te onderbouwen en objectieve gegevens over het effect van behandelingen en over osteopatische hypothesen te verzamelen. De verkregen informatie moet leiden tot een structurele verbetering van de kwaliteit van de behandelingen en meer inzicht in het totale vakgebied. Zie voor meer informatie: www.swoo.nl

NVO maakt zich sterk voor wetenschappelijke erkenning van de behandelmethodes en onderhoudt contacten met andere organisaties van beroepsbeoefenaren, patiënten en opleidingen. Zie voor meer informatie: www.osteopathie.nl

Reageren op de inhoud van deze richtlijn? Mail naar info@swoo.nl.