

Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

KNGF-richtlijn

Zwangerschapsgerelateerde **bekkenpijn**

Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie

Jaargang 119 · Nummer 1 · 2009

Update klinimetrie 2017



***KNGF-richtlijn* Zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn**

Praktijkrichtlijn

C.H.G. Bastiaenen

E.J.M. Hendriks

A.L. Pool-Goudzwaard

N.T.M. Bernards

M.L. van Engelenburg-van Lonkhuyzen

C.P. Albers-Heitner

J. van der Meij

M.H.M. Gruppings-Morel

R.A. de Bie

Alle onderdelen van de richtlijn, inclusief een samenvatting, zijn beschikbaar via www.kngfrichtlijnen.nl.

Creatief concept: Total Identity
Vormgeving - DTP - Drukwerk: Drukkerij De Gans, Amersfoort
Eindredactie: Tertius - Redactie en organisatie, Houten

© 2009 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

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

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut. Het KNGF behartigt voor ruim 20.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.

Inhoud

Praktijkrichtlijn 1

A	Inleiding	1
A.1	Doelstelling en doelgroep	1
A.2	Afbakening van het probleem	1
A.2.1	Probleemoriëntatie tijdens de zwangerschap	1
A.2.2	Probleemoriëntatie na de bevalling	1
A.3	Omvang van het probleem	2
A.3.1	Prevalentie van bekkenpijn tijdens de zwangerschap	2
A.3.2	Prevalentie van bekkenpijn na de bevalling	2
A.4	Etiologische factoren	2
A.5	Prognostische factoren	2
A.6	Rol van de fysiotherapeut	2
A.6.1	Rol van de fysiotherapeut tijdens de zwangerschap	2
A.6.2	Rol van de fysiotherapeut na de bevalling	2
A.7	Samenwerking met andere professionals	3
B	Verwijzing versus Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)	3
B.1	Verwijzing en aanmelding	3
B.2	Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)	3
B.2.1	Aanmelding	3
B.2.2	Inventarisatie hulpvraag	3
B.2.3	Screening pluis/niet-pluis	3
B.2.4	Informeren en adviseren	4
C	Diagnostisch proces	4
C.1	(Aanvullende) anamnese	4
C.1.1	(Aanvullende) anamnese tijdens de zwangerschap	4
C.1.2	(Aanvullende) anamnese na de bevalling	5
C.1.3	Meetinstrumenten	5
C.2	(Aanvullend) lichamelijk onderzoek	6
C.2.1	Observatie tijdens de zwangerschap en na de bevalling	6
C.2.2	Bewegingsonderzoek	6
C.3	Analyse ter formulering van de fysiotherapeutische diagnose	7
C.4	Behandelplan	7
C.5	Duur diagnostisch proces	7
D	Therapeutisch proces	7
D.1	Behandeling	8
D.1.1	Fasering, doelen en verrichtingen	8
D.2	Trainen van functies en vaardigheden	9
D.3	Gebruik van hulpmiddelen	9
D.3.1	Tijdens de zwangerschap	9
D.3.2	Na de bevalling	9
D.4	Behandelduur en frequentie	10
D.5	Evaluatie	10
D.6	Afsluiting, verslaglegging, verslaggeving	10
D.7	Nazorg	10

Dankwoord 11

Bijlagen 12

Bijlage 1	Conclusies en aanbevelingen	12
Bijlage 2	Stappenplan Van der Burght en Verhulst	15

Praktijkrichtlijn

C.H.G. Bastiaenen^I, E.J.M. Hendriks^{II}, A.L. Pool-Goudzwaard^{III}, N.T.M. Bernards^{IV}, M.L. van Engelenburg-van Lonkhuyzen^V, C.P. Albers Heitner^{VI}, J. van der Meij^{VII}, M.H.M. Grunning-Morel^{VIII}, R.A. de Bie^{IX}

A Inleiding

Deze KNGF-richtlijn beschrijft het diagnostisch en therapeutisch proces bij vrouwen met zwangerschapsgerelateerde bekken- en/of lage rugpijn (ZGBP) die tijdens de zwangerschap en/of tot maximaal 9 maanden na de bevalling zijn ontstaan. De richtlijn is van toepassing als er in de anamnese een duidelijke relatie bestaat tussen de zwangerschap en het ontstaan van de pijn in het bekken en/of de lage rug, beperkingen en participatieproblemen en er sprake is van een actieve hulpvraag.

In de richtlijn wordt een verdeling gemaakt in verschillende perioden tijdens de zwangerschap en na de bevalling:

- 1 tijdens de eerste twee trimesters van de zwangerschap;
- 2 tijdens het laatste trimester in de zwangerschap;
- 3 vlak na de bevalling met vertraagd herstel;
- 4 langer dan 3 maanden na de bevalling met vertraagd herstel.

In de bijbehorende *Verantwoording en toelichting* worden de in de richtlijn gemaakte keuzes nader toegelicht.

A.1 Doelstelling en doelgroep

De richtlijn is bedoeld voor fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de eerste en tweede lijn. Verwacht wordt dat een fysiotherapeut inzicht heeft in een normaal en afwijkend beloop van de zwangerschap en de periode aansluitend aan de bevalling en de invloed van biopsychosociale factoren hierop.

Voor behandeling van patiënten die zich presenteren met specifieke lage rugklachten die niet zwangerschapsgerelateerd zijn, wordt verwezen naar de *KNGF-richtlijn Lage-rugpijn*. Voor behandeling van de bekkenbodempijn en/of van (stress- en/of urge) urine-incontinentie wordt verwezen naar de richtlijn over urine-incontinentie.

A.2 Afbakening van het probleem

In deze richtlijn wordt zwangerschapsgerelateerde bekken- en lage rugpijn (ZGBP) onderscheiden van rug- en bekkenklachten die buiten de zwangerschap voor kunnen komen en soms chronisch zijn. Een combinatie van ZGBP en deze (chronische) lage rugpijn is mogelijk. Het is echter heel moeilijk om tijdens de zwangerschap of kort na de bevalling een duidelijk onderscheid te maken tussen

symptomen die wel en symptomen die niet gerelateerd zijn aan de zwangerschap. Verschillen tussen ZGBP en gewone lage rugpijn zouden zich kunnen voordoen met betrekking tot pijnlokalisatie, intensiteit, soort pijn, spierfunctieverlies (verlies van kracht in het been), positieve pijnprovocatie en mate van beperking. De wetenschappelijke onderbouwing hiervoor is zeer beperkt en tegenstrijdig. Psychosociale aspecten die een rol kunnen spelen zijn nog amper onderzocht.

A.2.1 Probleemoriëntatie tijdens de zwangerschap

Bij ZGBP tijdens de zwangerschap is pijn het belangrijkste symptoom. De pijn kan aanwezig zijn ter hoogte van het sacrum, laag in de rug, de bilstreek, al dan niet met uitstraling naar de bovenbenen en/of rondom het schaambeentje met mogelijke uitstraling naar de lies en voorzijde van het bovenbeen. De pijn wordt vaak beschreven als stekend en schietend. Vaak is de pijn mild, maar 25 procent van de vrouwen met ZGBP geeft ernstige pijn aan. Pijn aan het houding- en bewegingsapparaat is houdingsafhankelijk. Verandert de pijn niet met het veranderen van houding, dan is deze pijn een rode vlag ('red flag') en moet verwezen worden naar huisarts, verloskundige of gynaecoloog.

De pijn kan samengaan met beperkingen in dagelijkse activiteiten. Veel vrouwen praten over een plotseling gevoel van verlies van controle over één been, een enkele keer samengaan met daadwerkelijk door het been zakken. Activiteiten als staan, zitten, voorwaarts buigen, tillen en traplopen kunnen de pijn verergeren. Er kunnen participatieproblemen ontstaan. De ervaren beperkingen en participatieproblemen kunnen zowel vroeg als laat in de zwangerschap optreden.

A.2.2 Probleemoriëntatie na de bevalling

Bij ZGBP na de bevalling spelen de beperkingen in activiteiten en participatieproblemen een veel grotere rol dan tijdens de zwangerschap. In een enkel geval ontstaat de pijn tijdens of in de eerste dagen na de bevalling, waarbij de klacht bestaat uit hevige pijn in het schaambeentje. Omdraaien in bed, komen tot zit, opstaan, staan en lopen is tijdens het kraambed vrijwel onmogelijk. Al in het kraambed zijn er forse beperkingen in activiteiten en participatieproblemen.

^I Dr. Caroline H.G. Bastiaenen, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht; Centre for Evidence Based Physiotherapy, Universiteit Maastricht.

^{II} Dr. Erik J.M. Hendriks, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht; Centre for Evidence Based Physiotherapy, Universiteit Maastricht.

^{III} Dr. Annelies L. Pool-Goudzwaard, Afdeling Biomedische Natuurkunde en Technologie, Medische faculteit, Erasmus MC, Rotterdam; Cobra Research group musculoskeletal system Amersfoort; Paramedisch centrum Impact, Zoetermeer.

^{IV} Drs. Nol T.M. Bernards, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort.

^V Marieke L. van Engelenburg-van Lonkhuyzen, Nederlands Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en pre- en postpartum gezondheidszorg, Amersfoort.

^{VI} Drs. C. Pytha Albers-Heitner, Praktijk Fysiotherapie, Waalre.

^{VII} John van der Meij, Instituut Toegepaste neurowetenschappen, Hogeschool Leiden, Leiden.

^{VIII} Marga H.M. Grunning-Morel, Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort; Praktijk Blauwe Hof, Wijchen.

^{IX} Prof. dr. Rob A. de Bie, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht; Centre for Evidence Based Physiotherapy, Universiteit Maastricht, Maastricht.

Bij een heel kleine groep vrouwen ontstaat ZGBP sluipenderwijs na de bevalling. De pijn wordt voornamelijk aangegeven in de bekkenregio en de lage rug.

A.3 Omvang van het probleem

A.3.1 Prevalentie van bekkenpijn tijdens de zwangerschap

De internationaal gerapporteerde gemiddelde prevalentie van ZGBP ligt tussen de 45 en 89 procent.

In Nederland is de prevalentie van ZGBP bij vrouwen zonder en vrouwen met een voorgeschiedenis van lage rugpijn rond de 14e zwangerschapsweek respectievelijk 39 en 65,7 procent; bij een zwangerschap van 30 weken is deze respectievelijk 67,4 en 88,5 procent.

Van de vrouwen met pijn heeft 13 procent een actieve hulpvraag. Tussen de 34e tot 40e zwangerschapsweek daalt de prevalentie tot 48 respectievelijk 70,8 procent. In deze periode zoekt 20 procent van alle zwangeren met ZGBP (para)medische hulp.

Slechts in een beperkt aantal landen, waaronder Nederland en de Scandinavische landen, wordt ZGBP beschreven en gediagnosticeerd als een aandoening apart van lage rugpijn.

A.3.2 Prevalentie van bekkenpijn na de bevalling

Er is weinig literatuur beschikbaar over onderzoek naar de prevalentie van bekkenpijn na de bevalling. In de internationale literatuur is een prevalentie van ZGBP direct na de bevalling beschreven van 67 procent. Na één jaar is deze prevalentie gedaald tot 37 procent. Bij 80 procent van de vrouwen is sprake van milde klachten, 20 procent zoekt (para)medische hulp.

In Nederland daalt de prevalentie van ZGBP twee weken na de bevalling tot 31 procent. Van deze groep vrouwen heeft 15 procent zelf een actieve hulpvraag, óf geeft de verloskundige aan dat fysiotherapeutische behandeling noodzakelijk is. Zes maanden na de bevalling is de prevalentie 29 procent; één jaar na de bevalling is deze gestegen tot 35 procent. Deze laatste cijfers zijn vergelijkbaar met de prevalentiecijfers van specifieke lage rugpijn in de totale volwassen Nederlandse bevolking. Deze cijfers geven geen indicatie met betrekking tot de ernst van de pijn.

A.4 Etiologische factoren

Uit epidemiologische gegevens komen drie factoren naar voren die sterk gerelateerd zijn aan het ontstaan van ZGBP: rugpijn buiten de zwangerschapsperiode, bekkenpijn of lage rugpijn tijdens vorige zwangerschappen en ten slotte roken. In de literatuur worden daarnaast een aanzienlijk aantal andere factoren genoemd, zoals lengte en gewicht van de moeder, gewicht van de foetus, orale anticonceptie, epidurale anesthesie bij de bevalling en een langdurige tweede fase tijdens de bevalling. De uitkomsten van de studies naar deze factoren zijn echter tegenstrijdig. Ook over de leeftijd van de moeder, het aantal doorgemaakte zwangerschappen en etniciteit bestaat onduidelijkheid.

A.5 Prognostische factoren

Er is weinig literatuur beschikbaar op het gebied van prognostische factoren. Er is beperkt onderzoek gedaan naar de invloed van pijnlocaties; vooral de plaats van de pijn zelf en het aantal locaties. Pijn in het gebied van de lumbale wervelkolom en pijn op verschillende plaatsen in het gebied van het bekken en de lage rug zouden een ongunstiger prognose hebben, maar hiervoor is weinig

wetenschappelijke onderbouwing. Er zijn bovendien tegenstrijdige gegevens over de prognose bij pijn in het schaambeen.

Zogenaamde 'gele vlaggen' zoals bewegingsangst, pijngedrag, verwachting van het resultaat van een behandeling, somberheid en gespannenheid zijn nog nauwelijks in deze groep onderzocht, maar lijken invloed te hebben op het beloop van ZGBP.

A.6 Rol van de fysiotherapeut

A.6.1 Rol van de fysiotherapeut tijdens de zwangerschap

Tijdens een normale zwangerschap is er geen indicatie voor fysiotherapie.

Ter instandhouding en/of verbetering van de beperkingen in activiteiten en participatieproblemen is de verloskundige de eerst aangewezen persoon. Pas indien de pijn en beperkingen in activiteiten toenemen en/of er is een actieve hulpvraag, is fysiotherapeutische begeleiding geïndiceerd. Deze begeleiding (met een beperkte doelstelling) bestaat voornamelijk uit informatie geven over het beloop, verbeteren van de zelfredzaamheid en geruststelling. Oefentherapeutische verrichtingen gericht op het trainen van coördinatie en aanspanning van de stabiliserende musculatuur kunnen vroeg in de zwangerschap ook tot de mogelijkheden behoren.

Als ZGBP in het derde trimester van de zwangerschap toeneemt of begint, beperkt fysiotherapie zich tot een kortdurende interventie waarbij het geven van informatie over het beloop, het verbeteren van de zelfredzaamheid en geruststelling voorop staan. Als oefentherapeutische verrichting beperkt de therapie zich tot het behoud van functies en activiteiten in overeenstemming met het stadium van de zwangerschap.

A.6.2 Rol van de fysiotherapeut na de bevalling

ZGBP met vertraagd herstel tot 3 maanden na de bevalling

Het natuurlijk beloop van ZGBP is in de eerste weken na de bevalling zeer onstijf; fysiotherapie is niet geïndiceerd. Ook als de pijn tijdens of direct na de bevalling ontstaat, is dit het geval. Kortdurende fysiotherapie gericht op reactivering in de eerste dagen van het kraambed kan wel een goede aanvulling zijn; een signalerende functie van verloskundige of gynaecoloog is hierbij belangrijk. Als de pijn en de beperkingen in activiteiten na drie weken verergeren en leiden tot een actieve hulpvraag is fysiotherapie geïndiceerd. Doelstelling van de interventie is het verbeteren van de zelfredzaamheid, het geven van voorlichting en geruststelling, met de nadruk op het begeleiden van de patiënte naar een hoger activiteiten- en participatieniveau. Door middel van een kortdurende interventie zal de therapeut vooral de gunstige prognose van ZGBP benadrukken en zich richten op het weer kunnen uitvoeren van activiteiten door de patiënte. De fysiotherapeut heeft een rol bij het opnieuw leren of aanleren van (nieuwe) vaardigheden om de activiteiten gestructureerd te kunnen hervatten. In een later stadium is de patiënte beter in staat haar eigen verantwoordelijkheid te nemen bij de uitvoering van activiteiten bij de hantering van haar aandoening.

Over het algemeen wordt actieve oefentherapie niet geadviseerd in de eerste vier à zes weken na de bevalling. Na deze periode kan actief oefenen worden opgebouwd.

ZGBP met vertraagd herstel vanaf drie maanden na de bevalling

Als ZGBP al aanwezig was gedurende de zwangerschap en in de eerste maanden na de bevalling, en onvoldoende verbetering

optreedt van de beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen, is fysiotherapie geïndiceerd.

De primaire doelstelling van de therapie is het leren omgaan met chronische klachten. De fysiotherapeut begeleidt de patiënte en informeert haar over hoe om te gaan met de pijn, etiologie en prognose van ZGBP. Ook speelt de fysiotherapeut een rol bij het opnieuw leren of aanleren van (nieuwe) vaardigheden om de activiteiten gestructureerd te kunnen hervatten. In een later stadium is de patiënte beter in staat haar eigen verantwoordelijkheid te nemen over de uitvoering van activiteiten bij de hantering van haar aandoening.

Er kan oefentherapie worden toegepast ter algemene conditie- en balansverbetering met extra aandacht voor het trainen van coördinatie en van de stabiliserende musculatuur.

A.7 Samenwerking met andere professionals

Goede samenwerking met de huisarts, medisch specialist en/of verloskundige over het te voeren beleid en de afstemming daarvan geschiedt conform de hiervoor ontwikkelde handreikingen *Indicatiestelling, Verwijsbrief, Consultatie, Tussentijds contact en Verslaggeving*. Het is belangrijk dat de verschillende hulpverleners inzicht hebben in elkaars werkwijze en deskundigheid en dat de informatieverstrekking aan de patiënte onderling wordt afgestemd. Het gebruik van de emotioneel beladen diagnose 'bekkeninstabiliteit' kan grote gevolgen hebben voor de verwachting van de patiënte ten aanzien van haar herstel, en voor de relatie tussen patiënte en hulpverlener(s), indien deze term niet duidelijk wordt toegelicht. Daarnaast impliceert de term 'bekkeninstabiliteit' een onderliggend fysiologisch mechanisme dat echter niet wetenschappelijk aantoonbaar is.

De diagnostiek vindt plaats op basis van de gepresenteerde klachten en is primair aangrijpingspunt voor de inhoud van de behandeling. Vragen over baringshouding, het inleiden van de bevalling en andere aan de bevalling gerelateerde onderwerpen laat de fysiotherapeut beantwoorden door de verloskundige of gynaecoloog, of worden door de fysiotherapeut zelf in nauwe afstemming met deze professionals met de patiënte besproken.

B Verwijzing versus Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)

Patiënten kunnen zich met een verwijzing van de verloskundige, huisarts of gynaecoloog bij de fysiotherapeut melden of zich op eigen gelegenheid aanmelden (directe toegankelijkheid).

B.1 Verwijzing en aanmelding

Er wordt in verwijzende en terugverwijzende zin samengewerkt met de huisarts, medisch specialist of verloskundige. Is de patiënte verwezen door een van deze disciplines, dan dient de verwijzing medische verwijsgegevens te bevatten die wijzen op ZGBP.

Andere verwijsgegevens zijn:

- de verwijsreden;
- relevante gegevens met betrekking tot de medische voorgeschiedenis en eventueel aanvullend onderzoek;
- medicijngebruik;
- nevenaandoeningen;
- relevant geachte psychosociale factoren (gele vlaggen).

Indien noodzakelijke medische gegevens ontbreken, neemt de

fysiotherapeut – in overleg met de patiënte – contact op met de verwijzend verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Omdat er sprake is van een verwijzing, is aparte screening niet noodzakelijk en kan meteen gestart worden met het diagnostisch proces. Wel moet de fysiotherapeut tijdens het diagnostisch en therapeutisch proces alert blijven op signalen en symptomen waarvoor eventueel contact met de verwijzer noodzakelijk is.

B.2 Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF)

In het kader van de directe toegankelijkheid tot de fysiotherapie die sinds 1 januari 2006 wettelijk mogelijk is, is het screeningsproces aan het fysiotherapeutisch methodisch handelen toegevoegd. Het screeningsproces bestaat uit vier onderdelen: aanmelding, inventarisatie van de hulpvraag, screening op pluis/niet-pluis en informeren en adviseren over de resultaten van het screeningsproces. Bij het screenen wordt door middel van gerichte vragen, het afnemen van tests of door het verrichten van andere diagnostische verrichtingen binnen een beperkte tijd vastgesteld of er al dat sprake is van een binnen het competentiegebied van de individuele fysiotherapeut vallend patroon van tekens en symptomen.

B.2.1 Aanmelding

Indien de patiënte op eigen initiatief komt (zonder verwijzing, directe toegankelijkheid), heeft de fysiotherapeut gegevens nodig over eventuele complicaties tijdens het beloop van de zwangerschap, andere pathologie, eventuele complicaties tijdens de bevalling en het kraambed. Dit kan (deels) via de patiënte gebeuren. Indien de medische gegevens niet voldoende zijn of onvoldoende duidelijk, is het de verantwoordelijkheid van de individuele fysiotherapeut om, met toestemming van de patiënte, contact op te nemen met de verloskundige, huisarts of gynaecoloog om aanvullende informatie in te winnen.

B.2.2 Inventarisatie hulpvraag

Bij de inventarisatie van de hulpvraag van de patiënte is het van belang de belangrijkste klachten te achterhalen, het beloop van die klachten en de doelstelling voor de behandeling.

B.2.3 Screening pluis/niet-pluis

Op basis van leeftijd, aantal doorgemaakte zwangerschappen en bevallingen, incidentie en prevalentie en de gegevens over de ontstaanswijze, symptomen en verschijnselen moet de fysiotherapeut kunnen inschatten of symptomen en verschijnselen 'pluis' of 'niet-pluis' zijn, om te kunnen besluiten of verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd zonder verdere tussenkomst van een arts of verloskundige.

Bij de screening is de fysiotherapeut alert op patroonherkenning en op het identificeren van eventuele aanwezige rode vlaggen (alarmsignalen).

Rode vlaggen tijdens de zwangerschap

- Persistentere onbegrepen pijn in het gebied van bekken en lage rug.
- Probleem elders in het lichaam; buik, organen kleine bekken.
- Uitstralende pijn in een of beide benen die verder reikt dan de knie.
- Toenemende of ernstige motorische uitval.

- Toenemende of ernstige sensibele uitval.
- Algemene malaise.
- Historie van maligniteit of trauma.

Belangrijkste symptomen

- De pijn is niet provoceerbaar of reduceerbaar bij het uitvoeren 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 sensibiteit in de benen of rijbroekanesthesie.
- Gevoel van ziek-zijn, eventueel met koorts.

Rode vlaggen na de bevalling

- Persistierende onbegrepen pijn in het gebied van bekken en lage rug.
- Probleem 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

- De pijn is niet provoceerbaar of reduceerbaar bij het uitvoeren van functies of het uitvoeren van activiteiten.
- Toenemend krachtverlies in een of beide benen die te objectiveren is.
- Veranderde sensibiteit in de benen of rijbroekanesthesie.
- Gevoel van ziek-zijn, eventueel met koorts.
- Zwaar gevoel in onderbuik en bekkenbodemp; problemen met ophouden van urine en ontlasting.
- Gynaecologische klachten.
- Onverklaard gewichtsverlies.

B.2.4 Informeren en adviseren

Aan het einde van het screeningsproces wordt de patiënte geïnformeerd over de bevindingen. Indien een of meerdere symptomen afwijken van een bekend patroon, het patroon onbekend is of een afwijkend beloop heeft volgens de individuele fysiotherapeut, of bij de aanwezigheid van rode vlaggen (conclusie: rode vlaggen), wordt de patiënte geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts of verloskundige. Indien de bevindingen wel 'pluis' zijn wordt de patiënte geïnformeerd over de mogelijkheid om door te gaan met het diagnostisch proces.

C Diagnostisch proces

Het doel van het diagnostisch proces is het inventariseren van de ernst en de aard van het gezondheidsprobleem van de patiënte en de mate waarin deze problemen beïnvloedbaar zijn door fysiotherapie. Tijdens het diagnostisch proces worden de gezondheidsproblemen beschreven in termen van 'stoornissen in anatomische eigenschappen en functies', 'beperkingen in activiteiten' en 'beperkingen in participatie'. Op basis van de hulpvraag van de

patiënte en de gegevens die verzameld zijn tijdens (aanvullend(e)) anamnese en fysiotherapeutisch onderzoek wordt in de analysefase de fysiotherapeutische diagnose geformuleerd. Op basis daarvan wordt bepaald of er een indicatie is voor behandeling volgens de richtlijn. Het behandelplan wordt in overleg met de patiënte vastgesteld.

Bij de huidige wetenschappelijke stand van zaken is het niet mogelijk om een stoornis in de anatomische structuur of functie(s) als oorzaak van de klachten aan te geven. Wel zijn er aanwijzingen voor mogelijke veranderingen in het functioneren van spieren rondom het bekken bij patiënten met ZGBP. Deze aanwijzingen richten zich op een traag reageren van de dwarse buikspier (musculus (m.) transversus abdominis), op veranderingen in positie, het heftig aanspannen van de heupbuiger (m. iliopsoas) tijdens het heffen van het been en het optreden van bewegingen in de symfyse tijdens belasting in stand op één been. De diagnostische betekenis van deze aanwijzingen voor pijn, beperkingen in activiteiten en participatie is echter gering.

Het moment van aanmelding of verwijzing (tijdens de zwangerschap of na de bevalling) is van belang voor de inhoud en de omvang van het diagnostisch proces. Zowel laat in de zwangerschap als direct na de bevalling kan de diagnostiek beperkt blijven. Vroeg in de zwangerschap, maar vooral enige tijd na de bevalling, lijkt uitgebreidere diagnostiek meer geïndiceerd. Belangrijke elementen in de diagnostiek na de bevalling zijn de beperkingen bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl), participatieproblemen en prognostische factoren, zoals bewegingsangst, pijngedrag, somberheid, gespannenheid en (irreële) gedachten die de patiënte zelf heeft ten aanzien van de oorzaak en het voortbestaan van de klachten.

Specifieke pathologie (rode vlaggen) dient te worden uitgesloten. Wanneer de fysiotherapeut een specifieke oorzaak vermoedt, neemt hij contact op met de huisarts of verloskundige.

C.1 (Aanvullende) anamnese

Tijdens de anamnese worden de gegevens uit de stap verwijzing/aanmelding, dan wel het screeningsproces verhelderd en aangevuld. Er moet steeds onderscheid worden gemaakt tussen de periode van de zwangerschap zelf en die na de bevalling.

C.1.1 (Aanvullende) anamnese tijdens de zwangerschap Het gezondheidsprobleem

- Beloop van de klachten: oorzaken, duur en aard van de klachten.
- Inventarisatie van stoornissen in anatomische eigenschappen en functies.
- Vaststellen van het activiteitsniveau en beperkingen in activiteiten:
 - Wat zijn de specifieke problemen hierbij?
 - Wordt gebruik gemaakt van hulpmiddelen?
- Participatieproblemen:
 - Beroep en andere arbeidgerelateerde factoren.
 - Zwangerschapsverlof/ziekteverzuim, eisen die de arbeidssituatie aan de patiënte stelt.
 - Zelfstandigheid.
 - Steun van de omgeving.
- Prognostische, externe en persoonlijke factoren:
 - Welke informatiebehoefte heeft de patiënte over het beloop van haar klachten?

- Wijze van omgaan met de klachten:
 - Maakt de patiënte zich zorgen (bijvoorbeeld over een door de arts, verloskundige of andere hulpverlener gestelde of vermoede diagnose)?
 - Wat denkt de patiënte zelf over de oorzaak van haar klachten (in het bijzonder factoren die de patiënte omschrijft als uitlokkend of verergerend of over het opnieuw oplopen van letsel)?
 - Is er onzekerheid over welke activiteiten de patiënte wel of niet kan (mag) uitvoeren?
 - Welke informatie heeft de patiënte over de aandoening (verkregen via media, zwangerschapsgymnastiek, familie en vriendenkring, en wat is de invloed hiervan op haar activiteiten en ideeën)?
 - Is de patiënte in staat op een gemiddelde dag de pijn te verminderen? Hoe?
 - Hoe schat de patiënte het risico in dat de pijn blijft bestaan, dat lichamelijke inspanning de pijn verergerd en dat een toename van pijn er een teken van is dat de activiteit gestopt moet worden?
- Relevante nevenpathologie.

De hulpvraag

(Indien nog niet bij screening uitgevraagd.)

- Doelstellingen en verwachtingen van de patiënte.
- Belangrijkste klachten.
- Activiteiten die belangrijk zijn voor de patiënte.

Eerdere/andere zorg

- Diagnostiek en behandeling die de patiënte tot nu toe voor dit gezondheidsprobleem heeft ontvangen.

C.1.2 (Aanvullende) anamnese na de bevalling

Het gezondheidsprobleem

- Beloop van de klachten: oorzaken, duur en aard van de klachten.
- Inventarisatie van stoornissen in anatomische eigenschappen en functies.
- Vaststellen van het activiteitsniveau en beperkingen in activiteiten:
 - Wat zijn de specifieke problemen hierbij?
 - Wordt gebruik gemaakt van hulpmiddelen?
- Participatieproblemen:
 - Beroep en andere arbeidgerelateerde factoren.
 - Zwangerschapsverlof/ziekteverzuim, eisen die de arbeidssituatie aan de patiënte stelt.
 - Zelfstandigheid.
 - Steun van de omgeving: Hoe is de hulp in de omgeving georganiseerd?
- Prognostische, externe en persoonlijke factoren:
 - Welke informatiebehoefte heeft de patiënte over het beloop van haar klachten?
 - Wijze van omgaan met de klachten:
 - Maakt patiënte zich zorgen (bijvoorbeeld over een door arts, verloskundige of andere hulpverlener gestelde of vermoede diagnose)?
 - Wat denkt de patiënte zelf over de oorzaak van haar klachten (in het bijzonder factoren die de patiënte omschrijft als uitlokkend of verergerend of over het

opnieuw oplopen van letsel)?

- Is de patiënte onzeker over welke activiteiten ze wel of niet kan (mag) uitvoeren?
- Welke informatie heeft de patiënte over de aandoening (ontvangen via media, zwangerschapsgymnastiek, familie en vriendenkring, en wat is de invloed hiervan op haar activiteiten en ideeën)?
- Is de patiënte in staat op een gemiddelde dag de pijn te verminderen? Hoe?
- Hoe schat de patiënte het risico in dat de pijn blijft bestaan, dat lichamelijke inspanning de pijn verergerd en dat een toename van pijn er een teken van is dat de activiteit gestopt moet worden?
- Hoe ervaart de patiënte het dat ze nu nog klachten heeft?
- Is de patiënte teleurgesteld of boos?
- Benoemt de patiënte haar klachten in superlatieven?
- Is er sprake van verlies van vertrouwen of conflicten met hulpverleners?
- Vraagt de patiënte om specialistisch onderzoek?
- Is er een toenemende ongerustheid over een mogelijke ernstige afwijking?
- Hoe is de gezondheid van de baby?
- Wat verwacht de patiënte van de behandeling en hoe hoog schat ze het succes van een behandeling in?
- Relevante nevenpathologie.

De hulpvraag

(Indien nog niet bij screening uitgevraagd.)

- Doelstellingen en verwachtingen van de patiënte.
- Belangrijkste klachten.
- Activiteiten die belangrijk zijn voor de patiënte.

Aandachtspunten bij het opstellen van de hulpvraag na de bevalling

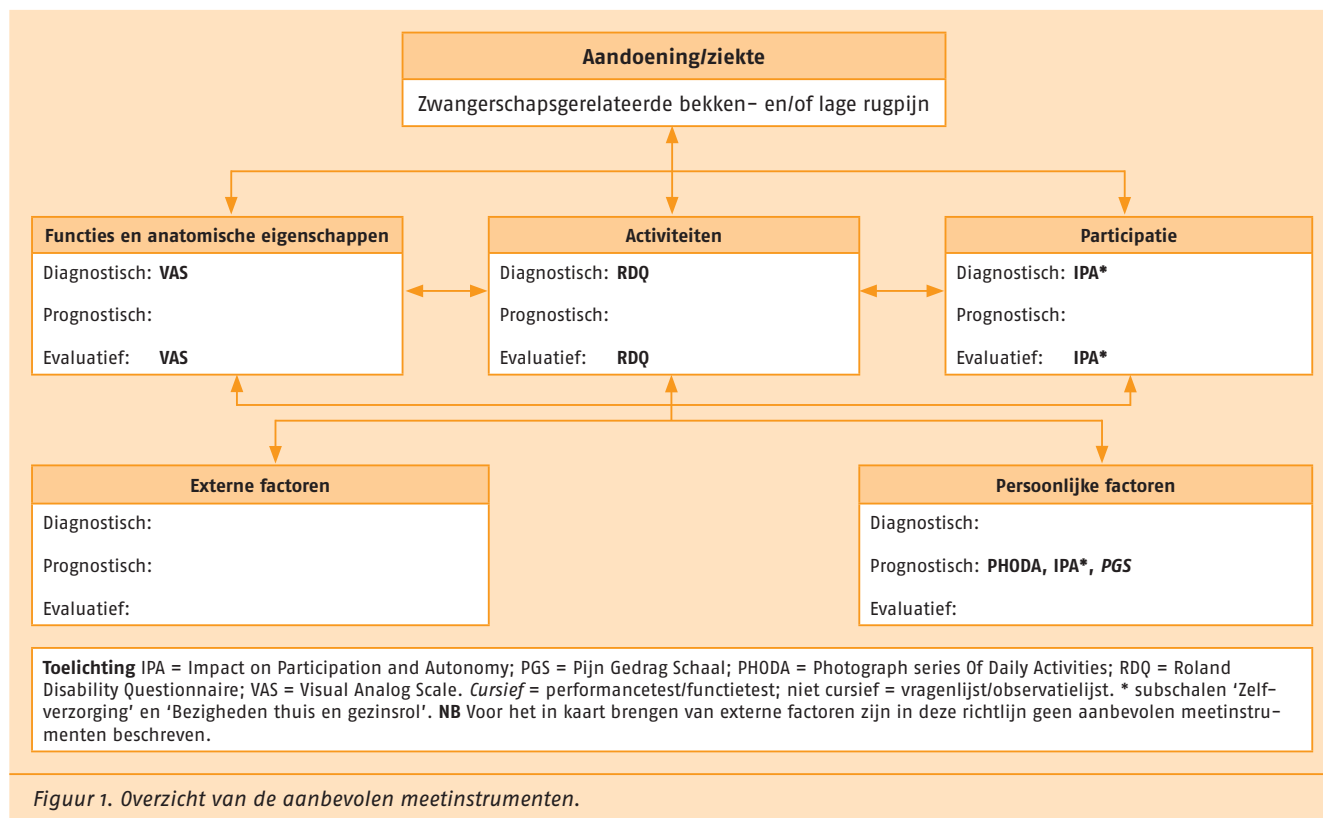
- Welke activiteiten en handelingen in het dagelijks leven worden als problematisch ervaren?
- Hoe belangrijk zijn beperkingen (in activiteiten) en hoe vaak moeten deze activiteiten worden uitgevoerd?
- Wat is de verwachting van de patiënte over het resultaat van fysiotherapie?
- Zijn deze verwachtingen reëel en hoe ziet patiënte haar eigen rol?

Eerdere/andere zorg

- De diagnostiek en behandeling die de patiënte tot nu toe voor dit gezondheidsprobleem heeft ontvangen.

C.1.3 Meetinstrumenten

Om de bevindingen te objectiveren en het resultaat van het handelen te evalueren, wordt aanbevolen bij de anamnese en het lichamelijk onderzoek gebruik te maken van meetinstrumenten. De meetinstrumenten die van toepassing kunnen zijn bij patiënten met zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn zijn op systematische wijze gekoppeld aan de gezondheidsdomeinen van de ICF. In figuur 1 staat een overzicht van de aanbevolen meetinstrumenten. Deze instrumenten kunnen worden toegepast wanneer daar in



de praktijk aanleiding toe is. De optionele meetinstrumenten staan in de *Verantwoording en toelichting*. Al deze meetinstrumenten zijn beschikbaar via www.meetinstrumentenzorg.nl. De VAS (intensiteit van pijn gedurende deze dag en week), RDQ en IPA (subschalen 'Zelfverzorging' en 'Bezigheden thuis en gezinsrol') worden door de patiënte ingevuld. De PHODA en PGS worden door de fysiotherapeut ingevuld.

C.2 (Aanvullend) lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek bestaat uit inspectie en bewegingsonderzoek en richt zich op stoornissen in functies en beperkingen in activiteiten die in de anamnese zijn gevonden. Als een patiënte zich na de bevalling aanmeldt (DTF) of verwezen wordt voor fysiotherapeutische behandeling, vindt een uitgebreider onderzoek plaats en ligt het accent meer op activiteiten en participatie. De fysiotherapeut tracht relevante stoornissen in functies te achterhalen. Indien de fysiotherapeut radicaire uitstraling vermoedt, wordt een neurologisch onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek bestaat uit een Straight Leg Raise (SLR)-test en onderzoek van de spierkracht, sensibiliteit en peesreflexen van de desbetreffende spinale zenuw(en). De behandeling van patiënten met bekken- en lage rugpijn met radicaire uitstraling valt buiten het bereik van de richtlijn. Bij een positieve testuitslag (uitstralende pijn bij 70 graden, verergering van pijn bij dorsale flexie van de voet en/of pijnvermindering bij knieflexie) wordt contact opgenomen met de huisarts.

Indien de fysiotherapeut van mening is dat er (tevens) sprake is van (stress)urine-incontinentie, wordt verwezen naar een daarvoor opgeleide fysiotherapeut.

C.2.1 Observatie tijdens de zwangerschap en na de bevalling

- Asymmetrie in houding en beweging.
- Voorzichtig en aarzelend bewegen.
- Waggel- of schuifelgang.
- 'Catching the leg' (ofwel met één been slepen tijdens het nemen van een stap; een klacht die na de bevalling wel vaker subjectief wordt aangegeven, maar zelden objectief is vast te stellen).

C.2.2 Bewegingsonderzoek

Uit observatie en door uitvoering van de hierna genoemde onderzoeken wordt een indruk verkregen van de algemene en lokale belastbaarheid. Bij voorkeur worden actieve onderzoeksmethoden gebruikt.

Bewegingsonderzoek vroeg in de zwangerschap en/of enkele weken na de bevalling

- Het uitvoeren van een kort oriënterend actief onderzoek van lumbale wervelkolom, heupen en onderste extremiteiten.
- Beoordelen van het algemene bewegingsverloop tijdens adl (gaan zitten, aankleden enzovoort) en van de onderste extremiteiten op mobiliteit, bewegingsverloop en provocatie van klachten met eventueel aanvullend afname van de 'Active Straight Leg Raise test' (ASLR) aangevuld met de bekkenbandtest (consensus werkgroep).
- Het vaststellen van de mogelijkheid tot aanspannen van de dwarse buikmusculatuur.
- Het vaststellen van de mogelijkheid tot aanspannen van de m. gluteus maximus en de adductoren van de heup.

- De verder te onderzoeken functies en activiteiten komen voort uit de anamnese en in het bijzonder uit de hulpvraag van de patiënte en haar problemen ten aanzien van de adl en bevingingen van de PHODA.

Het onderzoek naar de beperkingen in activiteiten is voornamelijk gericht op activiteiten, zoals: tillen, opstaan, gaan zitten, lopen enzovoort.

Het pijngedrag wordt geobserveerd en vastgelegd met de Nederlandsestalige Pain Behavior Scale, de Pijn Gedrag Schaal, PGS.

Bewegingsonderzoek laat in de zwangerschap en/of direct na de bevalling

- Beoordelen van het algemene bewegingsverloop tijdens adl (gaan zitten, aankleden enzovoort) en van de onderste extremiteiten op mobiliteit, bewegingsverloop en provocatie van klachten met eventueel aanvullend afname van de 'Active Straight Leg Raise test' (ASLR) aangevuld met de bekkenbandtest (consensus werkgroep).
- Het vaststellen van de mogelijkheid tot aanspannen van de dwarse buikmusculatuur.
- Het vaststellen van de mogelijkheid tot aanspannen van de m. gluteus maximus en de adductoren van de heup.
- De verdere te onderzoeken functies en activiteiten komen voort uit de anamnese en in het bijzonder uit de hulpvraag van de patiënte en haar problemen ten aanzien van de adl en bevingingen van de PHODA.

Het pijngedrag wordt geobserveerd en vastgelegd met de Nederlandsestalige versie van de Pain Behavior Scale, de Pijn Gedrag Schaal (PGS).

C.3 Analyse ter formulering van de fysiotherapeutische diagnose

Op basis van de verwijzing, de gegevens uit de anamnese en het functieonderzoek formuleert de fysiotherapeut een antwoord op de volgende vragen:

- Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen en de gevolgen daarvan op het bewegend functioneren? Zijn er alarmsignalen (rode vlaggen)?
- Zijn de bevindingen consistent?
- Zijn er verbanden tussen de geconstateerde stoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen? Welke probleemgebieden staan op de voorgrond?
- In welk stadium van de zwangerschap of na de bevalling verkeert de patiënte? Is er sprake van een normaal of vertraagd herstel?
- Zijn er prognostische, belemmerende en/of bevorderende factoren, externe en persoonlijke factoren, bijvoorbeeld onzekerheid, angst of verwachting van de behandeling) die invloed hebben op het functioneel herstel? Zo ja, welke?

De antwoorden op deze vragen vormen het fundament voor het kunnen stellen van de fysiotherapeutische diagnose.

Daarna worden nog de volgende vragen gesteld:

- Welke belemmerende en/of bevorderende factoren zijn beïnvloedbaar door fysiotherapie?
- Welke stoornissen in functies en beperkingen in activiteiten kunnen beïnvloed worden door de fysiotherapeut?

- Kan de patiënte behandeld worden volgens de *KNGF-richtlijn zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn*?

Als het antwoord op de eerste vragen gevonden is en de laatste vraag beantwoord kan worden met 'ja', kunnen, in samenspraak met de patiënte, de individuele behandeldoelen worden geformuleerd en het behandelplan worden opgesteld.

Als er geen indicatie is voor fysiotherapie wordt de patiënte terugverwezen naar de verwijzend arts. Als de patiënte gebruik heeft gemaakt van de directe toegankelijkheid overlegt de fysiotherapeut, na toestemming van de patiënte verkregen te hebben, met de verloskundige, huisarts of gynaecoloog of wordt de patiënte naar hen verwezen.

Als de patiënte niet behandeld kan worden volgens onderhavige richtlijn noteert de fysiotherapeut de motivatie hiervoor in het dossier van de patiënte.

C.4 Behandelplan

In overleg met de patiënte worden de behandeldoelen bepaald. Het algemene einddoel van de fysiotherapeutische behandeling is gericht op begeleiding van de patiënte naar een 'zo volledig mogelijk functieherstel'. De hulpvraag van de patiënte en het individuele functieniveau van voor de zwangerschap bepalen in grote mate hoe een zo 'volledig mogelijk functieherstel' wordt omschreven. Er is sprake van een 'volledig functieherstel' als minimaal hetzelfde niveau van functioneren wordt bereikt als voor de zwangerschap het geval was. 'Volledig functieherstel' zal niet bij alle patiënten mogelijk zijn. Aan de hand van de hoofddoelstelling worden de sub- en tussendoelen bepaald. De patiënte is actief betrokken bij dit proces. Ze heeft een belangrijke actieve inbreng en geeft (mondeling) toestemming om met de behandeling te beginnen.

In het individuele behandelplan worden verder opgenomen: de behandelstrategie, de verrichtingen, de verwachte duur van de behandel-episode, het verwachte aantal sessies, de behandel-frequentie per fase en datum, en de wijze en frequentie van de evaluatie, inclusief eventuele multidisciplinaire afspraken met de verloskundige, gynaecoloog en/of de huisarts.

De duur van de behandel-episode is gekoppeld aan de prognose. Tijdens de behandeling na de bevalling moet er sprake zijn van een afname van stoornissen en een toename van activiteiten en participatie die meetbaar zijn. Stagnatie van verbetering na de bevalling is een indicatie om contact op te nemen met de huisarts, verloskundige of gynaecoloog.

C.5 Duur diagnostisch proces

De duur van het diagnostisch proces is vooral afhankelijk van het stadium van de zwangerschap waarin of het moment na de bevalling waarop de patiënte zich bij de fysiotherapeut aanmeldt, de complexiteit van het gezondheidsprobleem en, in mindere mate, de duur van de klachten. Bij normaal herstel na de bevalling en tijdens de zwangerschap neemt het diagnostisch proces ongeveer één zitting in beslag; bij een vertraagd herstel na de bevalling kunnen meerdere zittingen nodig zijn.

D Therapeutisch proces

Het therapeutisch proces omvat de behandeling, de evaluatie en de afsluiting van de behandeling.

D.1 Behandeling

D.1.1 Fasering, doelen en verrichtingen

In de behandeling wordt onderscheid gemaakt tussen de periode van de zwangerschap en de periode na de bevalling.

Tijdens de zwangerschap

Zowel vroeg als laat in de zwangerschap zal de fysiotherapeutische doelstelling zich richten op het geven van voorlichting over ZGBP en daarnaast het stimuleren van actief gedrag. Vroeg in de zwangerschap, indien er sprake is van toenemende pijn, kan de fysiotherapeutische doelstelling uitgebreid worden met oefentherapie gericht op het verhogen van de belastbaarheid van de patiënte. In de vroege fase van de zwangerschap kan met een beperkt aantal zittingen worden volstaan, waarin de fysiotherapeut informatie geeft over de aandoening. 'Bedrust/inactiviteit' wordt niet zinvol geacht. Het is belangrijk dat de patiënte weer vertrouwen krijgt in het uitvoeren van voor haar belangrijke activiteiten. Het optimaliseren van de belastbaarheid van de patiënte kan ondersteund worden door het toepassen van actieve oefentherapie, waarbij nadruk ligt op het trainen van stabiliteit en coördinatie en het behoud van functies. Na deze zitting(en) worden in principe geen controle- of behandelafspraken voor de periode na de bevalling gemaakt.

Laat in de zwangerschap kan met een beperkt aantal zittingen worden volstaan waarin de fysiotherapeut informatie geeft over de aandoening. Ook in deze periode wordt 'bedrust/inactiviteit' niet zinvol geacht. Er kan eventueel aandacht gegeven worden aan informatie over de bevalling en aan voorbereidende oefeningen voor de bevalling en/of verwezen worden naar de reguliere zwangerschapsbegeleiding hiervoor.

Informeren en adviseren

De fysiotherapeut legt uit dat het beloop van de klachten bij de meeste vrouwen gunstig is. Veel vrouwen herstellen goed van hun klachten in de eerste weken na de bevalling. De fysiotherapeut bespreekt de relatie tussen belasting en belastbaarheid en het belang van een actieve leefstijl. Gedoseerde bewegingen en activiteiten zijn niet schadelijk voor het bekken en de lage rug.

Alle bewegingen en activiteiten die qua zwaarte in overeenstemming zijn met het stadium van de zwangerschap kunnen in principe worden uitgevoerd. Er zijn geen specifieke activiteiten of bewegingen die vermeden moeten worden of op een bepaalde (andere) wijze moeten worden uitgevoerd.

De fysiotherapeut legt uit dat pijn in het bekken en/of de lage rug niet schadelijk is en dat toename van pijn ook niet samengaat met beschadiging van structuren. Het is van belang dat de patiënte leert dat ze na de bevalling haar activiteiten gedoseerd gaat verhogen. De fysiotherapeut en patiënte analyseren samen mogelijke problemen bij de uitvoering van activiteiten en zoeken hiervoor naar oplossingen, waarbij ook gekeken wordt naar de juiste houding bij de uitvoering van een beweging.

Informeren is een interactief proces. De fysiotherapeut evalueert of de patiënte de informatie begrijpt en hiermee in de eigen omgeving en tijdens eigen activiteiten zinvol kan omgaan. Het is van groot belang dat de fysiotherapeut zich op de hoogte stelt van welke informatie de patiënte al heeft verkregen en hoe ze hiermee omgaat. Ook kunnen adviezen betreffende babyverzorging en tillen van kinderen nuttig zijn.

Na de bevalling

Na de bevalling bestaat de fysiotherapeutische doelstelling uit het geven van voorlichting, geruuststelling en informatie en richt de fysiotherapeut zich op het begeleiden van de patiënte naar een hoger activiteiten- en participatieniveau.

Bij acute klachten die zijn ontstaan tijdens de bevalling of vlak daarna bestaat de fysiotherapeutische doelstelling uit het geven van voorlichting en informatie over ZGBP en het te verwachten herstel in de eerste weken na de bevalling. Tevens kan de fysiotherapeut zich ten doel stellen actief gedrag te stimuleren. Bij klachten die langer dan 3 maanden duren, is de fysiotherapeutische doelstelling vooral het voorkomen van en het leren omgaan met chronische klachten en is actieve oefentherapie geïndiceerd volgens een gedragsmatige aanpak.

Bij verwijzing na de bevalling is het belangrijk rekening te houden met het tijdstip na de bevalling. De eerste 3 maanden na de bevalling begeleidt de fysiotherapeut alleen indien nodig. In dit stadium zijn voorlichting en reactivering belangrijk en is oefenen van dagelijkse activiteiten geïndiceerd. Oefentherapie gericht op het trainen van specifieke spiergroepen is nog niet geïndiceerd.

Informeren en adviseren

Na de bevalling komen de informatie en het advies grotendeels overeen met de informatie en het advies dat tijdens de zwangerschap wordt gegeven. Het is belangrijk de patiënte te informeren over de gunstige prognose voor herstel.

Doelstelling van de behandeling in de eerste 3 maanden na de bevalling

Indien de klachten in de eerste 3 maanden blijven bestaan of indien er sprake is van onvoldoende toename van activiteiten en participatie, zijn de doelstellingen van de behandeling:

- Vergroting van kennis en inzicht van de patiënte met betrekking tot de (prognose van de) aandoening en het eigen functioneren.
- Opbouw van activiteiten en participatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van zelfmanagementtechnieken en eenvoudige principes uit de graded exposurebenadering.
- Positieve beïnvloeding van biopsychosociale factoren (integratie tussen biomedische, psychologische en sociale factoren) die geassocieerd zijn met het voortbestaan van klachten mits deze binnen de behandel mogelijkheden van de fysiotherapeut liggen.
- Oefentherapeutische verrichtingen ter verbetering van de algemene conditie, balansverbetering met extra aandacht voor het trainen van de coördinatie van de stabiliserende musculatuur.

Doelstelling van de behandeling vanaf 3 maanden na de bevalling

Indien de klachten blijven bestaan en er sprake is van onvoldoende toename van activiteiten en participatie zijn de doelstellingen van de behandeling:

- Vergroting van kennis en inzicht van de patiënte met betrekking tot de (prognose van de) aandoening en het eigen functioneren.

- Opbouw van activiteiten en participatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van zelfmanagementtechnieken en eenvoudige principes uit de graded exposurebenadering.
- Positieve beïnvloeding van biopsychosociale factoren (integratie tussen biomedische, psychologische en sociale factoren) die geassocieerd zijn met het voortbestaan van klachten mits deze binnen de behandelmogelijkheden van de fysiotherapeut liggen.
- Oefentherapeutische verrichtingen ter verbetering van de algemene conditie, balansverbetering met extra aandacht voor het optimaliseren van de coördinatie van de stabiliserende musculatuur.

De fysiotherapeut geeft informatie over de aard en het beloop van de aandoening, de relatie tussen belasting en belastbaarheid en het belang van een actieve leefstijl. Ook wordt uitgelegd dat gedoseerde bewegingen en activiteiten niet schadelijk zijn voor de lage rug en/of het bekken en dat er geen specifieke activiteiten of bewegingen zijn die vermeden moeten worden of juist op een bepaalde (andere) wijze moeten worden uitgevoerd. De fysiotherapeut legt uit dat pijn in het bekken en/of de lage rug niet schadelijk is en dat toename van pijn ook niet samengaat met beschadiging van structuren. Van belang is dat de patiënte leert dat ze na de bevalling haar activiteiten gedoseerd gaat verhogen, waarbij ze zich in de eerste weken na de bevalling in acht moet nemen, de herstelperiode. Er wordt informatie verstrekt over de invloed van stemming en vermoeidheid op pijn. Tevens wordt er informatie gegeven over hoe te handelen bij recidieven en exacerbaties. Er wordt uitgelegd dat (toename van) pijn in het bekken en/of de lage rug bij bewegen normaliter niet leidt tot schade.

De eigen verantwoordelijkheid van de patiënte is erg belangrijk. De patiënte leert om zelfstandig korte- en langetermijndoelen te stellen en deze op haalbaarheid te toetsen. De fysiotherapeut heeft een begeleidende rol. In het begin is deze rol voornamelijk gericht op het aanleren van nieuwe vaardigheden, zoals het zelfstandig leren stellen van deze korte- en langetermijndoelen. Daarna is de rol van de fysiotherapeut veel meer gericht op het stimuleren van continuering van de aangeleerde vaardigheden en het opbouwen van activiteiten en participatie. De inbreng van de patiënte bij de invulling van het eigen programma wordt steeds belangrijker. Op deze manier worden de voorwaarden gecreëerd die de patiënte in staat stellen zelf keuzes te maken bij eventuele noodzakelijke aanpassingen in haar leefwereld. Om deze reden worden er dan ook geen leefregels gegeven.

D.2 Trainen van functies en vaardigheden

Tijdens de zwangerschap

Ter ondersteuning van de gegeven informatie laat de fysiotherapeut de patiënte, indien nodig, ervaren dat (in het bijzonder specifieke) bewegingen niet schadelijk zijn. Indien nodig wordt er aandacht besteed aan het looppatroon. Hierbij wordt specifiek aandacht geschonken aan de 'waggelgang' en/of het catching the legfenomeen. Correctie van het looppatroon vindt plaats indien nodig.

Streven naar zelfstandigheid van de patiënte

Een belangrijk behandelaspect is het stimuleren van de patiënte

tot een actieve leefstijl in overeenstemming met het stadium van de zwangerschap. De fysiotherapeut informeert de patiënte over bewegingsactiviteiten (mogelijk in groepsverband) tijdens en na de zwangerschap. De fysiotherapeut en patiënte streven actief naar verhoging van de zelfredzaamheid van de patiënte.

Na de bevalling

Na de bevalling speelt het streven naar zelfstandigheid van de patiënte een centrale rol. Daarnaast kan aandacht besteed worden aan het stabilisatieoefeningen voor het bekken, toegepast in activiteiten in het dagelijks leven.

De opbouw kent drie fasen:

- ademhalings-, aanspannings- en ontspanningsoefeningen;
- een combinatie van deze oefeningen met verschillende uitgangshoudingen en bewegingen;
- het richten van de aandacht op het doel van de handeling, waarbij actief spanning kan worden opgebouwd in de stabiliserende spieren.

De belangrijkste doelstelling is niet spierversterking, maar beïnvloeding van het coördinatiepatroon van aanspanning van de stabiliserende musculatuur.

Op geleide van een tijdcontingente aanpak gaat conditieverbetering een steeds belangrijker rol spelen en wordt geoefend op basis van fysiologische trainingsprincipes.

Voor het hervatten en/of uitbreiden van activiteiten wordt een tijdgebonden oefenprogramma gehanteerd. Tijdgebonden wil zeggen: een stapsgewijze opbouw van activiteiten op basis van een vooraf afgesproken tijdsduur en niet op basis van pijn. De patiënte heeft aan de hand van het stellen van korte- en langetermijndoelen een belangrijke rol in de gekozen opbouw.

Strategieën om patiënten om te leren gaan met chronische pijn (de klacht bestaat langer dan 3 maanden) worden aangereikt in de *KNGF-richtlijn Lage-rugpijn*.

D.3 Gebruik van hulpmiddelen

D.3.1 Tijdens de zwangerschap

Hoewel het gebruik van hulpmiddelen tijdens de zwangerschap niet dient te worden gestimuleerd, geeft een aantal vrouwen aan baat te hebben bij het gebruik van een bekkenband tijdens de zwangerschap. Na de bevalling wordt het gebruik van een bekkenband nadrukkelijk afgeraden en afgebouwd. Het gebruik van krukken wordt eveneens niet gestimuleerd, maar in sommige gevallen kunnen tijdens de zwangerschap krukken een hulpmiddel zijn ter verbetering van het looppatroon. Het gebruik van een rolstoel wordt nadrukkelijk afgeraden. Indien wenselijk kan de fysiotherapeut de patiënte tips geven om onder andere het in en uit de auto stappen te vergemakkelijken. Een plastic zak op de autostoel vergemakkelijkt bijvoorbeeld het draaien op de zitting (de zak moet echter wel voor het rijden worden verwijderd). Welke hulpmiddelen de patiënte uiteindelijk daadwerkelijk gaat gebruiken, kiest de patiënte zelf.

D.3.2 Na de bevalling

Het gebruik van hulpmiddelen door de patiënte (zoals bekkenband, krukken of rolstoel) wordt in deze fase nadrukkelijk afgeraden.

Medicatie

Probeer in overleg met de voorschrijvend (huis)arts tot afspraken te komen over het gebruik van pijnstillende medicatie indien de patiënte deze gebruikt. Inname op geleide van de pijn is geen goede afspraak. Vooraf gemaakte afspraken over de dosis en de afbouw op geleide van de tijd wel. Probeer eventueel te hoog gespannen verwachtingen van de patiënte (in overleg met de huisarts) over de medicatie bij te stellen.

D.4 Behandelduur en frequentie

Er is verschil tussen de duur en frequentie van de fysiotherapeutische behandeling van ZGBP tijdens de zwangerschap en na de bevalling. Tijdens de zwangerschap volstaat een beperkt aantal contacten in een korte periode waarbij adviseren en informeren voorop staat. Wordt een patiënte verwezen na de bevalling of meldt ze zich aan via DTF, dan speelt het te verwachten herstel een belangrijke rol.

Vindt het eerste contact tijdens het kraambed plaats, dan volstaat een beperkt aantal contacten, voornamelijk tijdens de kraamperiode, waarbij reactiveren en informeren voorop staat. Bij een eerste contact tijdens de eerste zes weken na de bevalling wordt verwacht dat het herstel op natuurlijke wijze tot stand komt en ligt de nadruk op reactiveren en informeren. Een beperkt aantal contacten in een korte periode volstaat bij deze patiënten.

Vanaf zes weken na de bevalling zijn de behandelduur en -frequentie wisselend, afhankelijk van het herstel. Hulpvraag en restklachten bepalen duur en frequentie van de behandeling. De motivatie en mogelijkheden van de patiënte om aan het herstel te werken, het inzicht in het beloop, de factoren die het beloop positief of negatief kunnen beïnvloeden en de wijze van omgaan met de klachten spelen hierbij een belangrijke rol. Meestal volstaan negen contacten in een periode tot zes maanden na de bevalling. Heeft de patiënte daarna nog een hulpvraag, zijn er negatieve factoren die het beloop kunnen beïnvloeden en speelt de wijze van omgaan met de klachten nog een belangrijke rol, dan wordt de patiënte doorverwezen naar de huisarts.

Evidentie behandeling

De werkgroep is van mening dat het merendeel van de patiënten met ZGBP en een ongecompliceerde zwangerschap en bevalling niet of kortdurend gezien hoeft te worden door de fysiotherapeut. Voor patiënten met veel belemmerende factoren voor herstel na de bevalling is het wel zinvol om behandeld te worden vanaf zes weken na de bevalling.

D.5 Evaluatie

Bij aanvang van iedere nieuwe behandelsessie worden de door de patiënte geformuleerde korte- en langetermijndoelen expliciet besproken. De fysiotherapeut bewaakt de eigen begeleidende rol bij problemen. De patiënte denkt in principe zelf na over mogelijke oplossingen en maakt pas een keuze als er meerdere ideeën aan bod zijn geweest. Belangrijk aspect hierbij is dat de patiënte in staat wordt gesteld om zo nauwkeurig mogelijk de oorzaak van het probleem in de uitvoering van een activiteit vast te stellen.

Naast deze continue evaluatie vindt er een tussentijdse uitgebreide evaluatie plaats na een behandelperiode van zes weken. Bij afsluiting van de behandelperiode vindt een eindafsluiting plaats. Deze evaluaties zijn gericht op de gestelde behandeldoelen (in termen van het verbeteren van de stoornissen in functies en een toename

van activiteiten en participatie). Hierbij kunnen dezelfde meetinstrumenten gebruikt worden als bij het diagnostisch proces.

Op basis van deze evaluatie wordt bekeken of de behandeldoelen moeten worden bijgesteld of aangescherpt. In het behandelplan is vastgelegd met welke frequentie de metingen worden herhaald. Deze frequentie zal in sterke mate afhangen van de fase van herstel (tijdens de zwangerschap of na de bevalling).

Als de therapie wordt beëindigd, vindt een evaluevaluatie plaats, waarbij opnieuw de geadviseerde meetinstrumenten worden gebruikt. De gestelde behandeldoelen moeten zijn behaald, of de patiënte moet voldoende in staat zijn de activiteiten/oefeningen zelfstandig voort te zetten.

De patiënte wordt (eventueel) terugverwezen naar de verwijzer bij (tussentijdse) complicaties en/of bij het niet bereiken van de behandeldoelen (en wanneer de fysiotherapeut inschat dat de patiënte het maximale heeft bereikt).

D.6 Afsluiting, verslaglegging, verslaggeving

Bij de afsluiting van de behandeling dient in ieder geval de datum en de reden van afsluiting (doelen wel, gedeeltelijk of niet bereikt) te worden genoteerd. Ook specifieke afspraken die met de patiënte zijn gemaakt, dienen te worden genoteerd.

Verslaglegging vindt gedurende het hele behandelproces plaats volgens de stappen van het methodisch handelen (zie *KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische Verslaglegging*). Zo dient te worden genoteerd dat de behandeling plaatsvindt volgens de *KNGF-richtlijn Zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn*. Tevens dienen afwijkingen van de richtlijn plus de reden daarvoor altijd vastgelegd te worden, evenals contra-indicaties voor verdere fysiotherapeutische behandeling.

Bij beëindiging van de behandeling dient de huisarts, verloskundige en, indien de patiënte werd verwezen door de gynaecoloog, ook deze laatste geïnformeerd te worden over het behandelresultaat. Indien van toepassing, worden gegevens over de nazorg gerapporteerd. Wanneer er sprake was van directe toegankelijkheid dient eventueel overleg met de huisarts of verloskundige plaats te vinden. Bij een controleconsult bij de gynaecoloog of verloskundige dient de fysiotherapeut verslag te doen aan de huisarts over het verloop en de resultaten van de behandeling. Voor een goede afstemming kan gebruik gemaakt worden van (een van de vijf) handreikingen voor samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut.

D.7 Nazorg

De fysiotherapeut stimuleert de patiënte om na afloop van de behandeling zelf actief te blijven en de gezonde leefgewoonten te continueren. Na afloop van de behandelperiode kan de fysiotherapeut de patiënte gedurende een kortere of langere periode coachen. De patiënte voert dan zelfstandig een trainingsprogramma uit; de fysiotherapeut kan de trainingsvoortgang evalueren. Na een behandelvrije periode is het van belang het bereikte niveau van functioneren en de kwaliteit van het bewegen te beoordelen en na te gaan of het functieherstel optimaal is geworden. Over deze 'evaluatie op langere termijn' kan de fysiotherapeut afspraken maken met de patiënte.

Een trainingsprogramma is vooral van belang in de periode na de bevalling.

Tijdens de zwangerschap wordt naar de reguliere zwangerschapsbegeleiding verwezen.

Dankwoord

Voor de totstandkoming van de richtlijn is een woord van dank aan de referenten op zijn plaats: dr. A. Langenzaal-Flohil, revalidatiearts, St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein, dr. E. Everhardt, gynaecoloog, voorzitter werkgroep bekkenbodem Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en mevrouw K. Zeeman, beleidsmedewerker richtlijnontwikkeling van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de richtlijn inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

Bijlagen

Bijlage 1 Conclusies en aanbevelingen

Toelichting

De bewijskracht van de conclusies op basis van de literatuur is ingedeeld op basis van landelijke afspraken (EBRO/CBO). Er wordt onderscheid gemaakt tussen vier niveaus die gebaseerd zijn op de kwaliteit van de onderliggende artikelen:

- Niveau 1: onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
- Niveau 2: één onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
- Niveau 3: één onderzoek van niveau B of niveau C
- Niveau 4: mening van deskundigen

Kwaliteitsniveaus (interventie en preventie)

- A1 Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
- A2 Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang
- B Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontroleonderzoek, cohortonderzoek)
- C Niet-vergelijkend onderzoek
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Op basis van de wetenschappelijke conclusies formuleerde de werkgroep de volgende aanbevelingen.

Algemene aanbevelingen

1 Zwangerschapsgerelateerde bekkenpijn (niveau 2)

Het is aannemelijk dat ZGBP een normaal verschijnsel is met een snelle afname van pijn kort na de bevalling.
Kwaliteit van de gevonden artikelen: A (Van der Pol et al., 2007¹; Bastiaenen et al., 2004², 2006³, 2008⁴ en Bastiaanssen et al., 2005⁵), B (Hansen et al., 1999⁶ en Ostgaard et al., 1992⁷) en C (Svensson et al., 1990⁸).

2 Etiologische factoren (niveau 2)

Het is aannemelijk dat etiologische factoren leidend tot ZGBP niet beïnvloedbaar zijn door de fysiotherapeut. Aansluiting bij het advies te stoppen met roken voor iedere vrouw die zwanger wil worden is belangrijk.
Kwaliteit van de gevonden artikelen: A (Bastiaanssen et al., 2005⁵), B (Kristiansson et al., 1990⁹; Ostgaard et al., 1991¹⁰), C (Saugstad et al., 1991¹¹) en D (Nwuga et al., 1982¹²; Mantle et al., 1977¹³; Endresen et al., 1995¹⁴; Mens et al., 1996¹⁵; Worku et al., 2000¹⁶; Damen et al., 2001¹⁷; Orvieto et al., 1987¹⁸; Berg et al., 1988¹⁹; Stapleton et al., 2002²⁰; MacLennan et al., 1986²¹ en Svensson et al., 1990⁸).

3 Rol van de fysiotherapeut (niveau 1)

Het is aangetoond dat het stimuleren van zelfmanagement gericht op het omgaan met specifieke lage rugpijn effectief is.
Kwaliteit van de gevonden artikelen: A (Barlow et al., 2002²²; Moore et al., 2000²³ en Von Korff et al., 2005²⁴).

Screening en diagnostisch proces

4 Diagnostische tests (niveau 4)

Er is geen bewijs dat met de diagnostische tests die specifiek ontwikkeld zijn om ZGBP vast te stellen, ZGBP onderscheiden kan worden.
Kwaliteit van de gevonden artikelen: D (Ostgaard et al., 1997²⁵; Vleeming et al., 2002²⁶; Albert et al., 2000²⁷; Wormslev et al., 1994²⁸; Kristiansson et al., 1996²⁹; Mens et al., 1995³⁰ en Van der Wurff et al., 2000^{31,32}, 2004³³).

Therapeutisch proces

5 Evidentie oefentherapeutische behandeling tijdens de zwangerschap (niveau 2 en 3)

Het is aannemelijk dat oefentherapie tijdens de zwangerschap niet effectief is (niveau 2).
Kwaliteit van de gevonden artikelen: A2 (Kihlstand et al., 1999³⁴ en Elden et al., 2005³⁵, 2008³⁶) en B (Wedenberg et al., 2000³⁷; Kvorning et al., 2004³⁸; Nillson-Wikmar et al., 2005³⁹ en Haugland et al., 2006⁴⁰).

Er zijn aanwijzingen dat wateraerobics het ziekteverzuim tijdens de zwangerschap kan terugdringen (niveau 3).
Kwaliteit van het gevonden artikel: A2 (Granath et al., 2006⁴¹).

6 Evidentie fysiotherapeutische behandeling na de bevalling (niveau 2)

Het is aannemelijk dat een fysiotherapeutische behandeling kort na de bevalling gebaseerd op zelfmanagement en graded exposure technieken in combinatie met stabiliserende oefeningen van de buikmusculatuur effectief is op korte termijn.
Kwaliteit van de gevonden artikelen: A2 (Stuge et al., 2004a⁴², 2004b⁴³ en Bastiaenen et al., 2004², 2006³, 2008⁴).

7 Het gebruik van hulpmiddelen (niveau 2 en 3)

Het is niet aannemelijk dat het dragen van een bekkenband tijdens de zwangerschap leidt tot het verminderen van pijn (niveau 2).
Kwaliteit van de gevonden artikelen: A2 (Elden et al., 2005³⁵, 2008³⁶) en B (Nillson-Wikmar et al., 2005³⁹ en Haugland et al., 2006⁴⁰).

Er zijn geen aanwijzingen dat het dragen van een bekkenband na de bevalling leidt tot vermindering van pijn na de bevalling (niveau 3).
Kwaliteit van het gevonden artikel: B (Mens et al., 2000⁴⁴).

Literatuur

- van de Pol G, Brummen HJ van, Bruinse HW, Heintz AP, Vaart CH van der. Pregnancy-related pelvic girdle pain in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86:416-22.
- Bastiaenen CHG, Bie RA de, Wolters PMJC, Vlaeyen JWS, Bastiaanssen JM, Klabbers ABA, et al. Treatment of pregnancy-related pelvic girdle and/or low back pain after delivery design of a randomized clinical trial within a comprehensive prognostic cohort study. *BMC Public Health.* 2004;4.
- Bastiaenen C, Bie RA de, Wolters PMJC, Vlaeyen JWS, Leffers P, Stelma F, Bastiaanssen JM, Brandt PA van den, Essed GGM. Effectiveness of a tailor-made intervention for pregnancy-related pelvic girdle pain after delivery: Short-term results of a randomized clinical trial [ISRCTN08477490]. *BMC Musculoskel Disord* 2006;7.
- Bastiaenen CHG, Bie RA de, Vlaeyen JWS, Goossens MEJB, Leffers P, Wolters PJ, Bastiaanssen JM, Brandt PA van den, Essed GGM. Long-term effectiveness and costs of a brief self-management intervention in women with pregnancy-related low back pain after delivery. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2008;8:19.
- Bastiaanssen JM, Bastiaenen CHG, Heuts A, Kroese MEAL, Essed GGM, van den Brandt PA van den. Etiology and prognosis of pregnancy-related pelvic girdle pain; design of a longitudinal study. *BMC Public Health.* 2005;5.
- Hansen A, Jensen D, Wormslev M, Minck H, Johansen S, Larsen E, et al. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy II: Symptoms and clinical signs. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78:111-5.
- Ostgaard HC, Andersson GB. Postpartum low-back pain. *Spine* 1992;17:53-5.
- Svensson H, Andersson G, Hagstad A, Jansson P. The relationship of low-back pain to pregnancy and gynecologic factors. *Spine.* 1990;15:371-5.
- Kristiansson P, Svardsudd K, Schoultz B von. Back pain during pregnancy: a prospective study. *Spine.* 1996;21:702-9.
- Ostgaard HC, Andersson GBJ. Low back pain post partum. *Spine.* 1991;1:1-10.
- Saugstad LF. Persistent pelvic pain and pelvic joint instability. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1991;41:197-201.
- Nwuga VCB. Pregnancy and back pain among upper class Nigerian women. *Aust J Physiother.* 1982;28:8-11.
- Mantle MJ, Greenwood RM, Currey HL. Backache in pregnancy. *Rheumatol Rehabil.* 1977;16:95-101.
- Endresen EH. Pelvic pain and low back pain in pregnant women—an epidemiological study. *Scand J Rheumatol.* 1995;24:135-41.
- Mens JM, Vleeming A, Stoelckart R, Stam HJ, Snijders CJ. Understanding peripartum pelvic pain. Implications of a patient survey. *Spine.* 1996;21:1363-9.
- Worku Z. Prevalence of low-back pain in Lesotho mothers. *J Manipul Physiol Ther.* 2000;23:147-54.
- Damen L, Buyruk HM, Guler Uysal F, Lotgering FK, Snijders CJ, Stam HJ. Pelvic pain during pregnancy is associated with asymmetric laxity of the sacroiliac joints. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:1019-24.
- Orvieto R, Achiron A, Ben Rafael Z, Gelernter I, Achiron R. Low-back pain of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994;73:209-14.
- Berg G, Hammar M, Moller Nielsen J, Linden U, Thorblad J. Low back pain during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1988;71:71-5.
- Stapleton DB, MacLennan AH, Kristiansson P. The prevalence of recalled low back pain during and after pregnancy: a South Australian population survey. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2002;42:482-5.
- MacLennan AH, Nicolson R, Green RC, Bath M. Serum relaxin and pelvic pain of pregnancy. *Lancet.* 1986;2:243-5.
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Pat Educ Coun.* 2002;48:177-87.
- Moore JE, Korff M von, Cherkin D, Saunders K, Lorig K. A randomized trial of a cognitive-behavioral program for enhancing back pain self care in a primary care setting. *Pain.* 2000;88:145-53.
- von Korff M, Balderson BH, Saunders K, Miglioretti DL, Lin EH, Berry S, et al. A trial of an activating intervention for chronic back pain in primary care and physical therapy settings. *Pain.* 2005;113:323-30.
- Ostgaard HC, Zetherström G, Roos Hansson E. The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women. *Eur Spine J.* 1994;3:258-60.
- Vleeming A, Vries HJ de, Mens JM, Wingerden JP van. Possible role of the long dorsal sacroiliac ligament in women with peripartum pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81:430-6.
- Albert H, Godsken M, Westergaard J. Evaluation of clinical tests used in classification procedures in pregnancy-related pelvic joint pain. *Eur Spine J.* 2000;9:161-6.
- Wormslev M, Juul AM, Marques B, Minck H, Bentzen L, Hansen TM. Clinical examination of pelvic insufficiency during pregnancy. An evaluation of the interobserver variation, the relation between clinical signs and pain and the relation between clinical signs and physical disability. *Scand J Rheumatol.* 1994;23:96-102.

- 29 Kristiansson P, Svardsudd K. Discriminatory power of tests applied in back pain during pregnancy. *Spine* 1996;21:2337-43.
- 30 Mens JMA, Stam HJ, Vleeming A, Snijders CJ. Active straight leg raising; a clinical approach to the load transfer function of the pelvic girdle. In: Vleeming A, Mooney V, Snijders CJ, Dorman T, eds. Integrating functions of the lumbar spine and sacroiliac joint. Rotterdam: European Conference Organizers; 1995. p. 207-20.
- 31 van der Wurff P, Hagmeijer RH, Meyne W. Clinical tests of the sacroiliac joint. A systemic methodological review. Part 1: reliability. *Manual Therapy*. 2000;5:30-6.
- 32 van der Wurff P, Meyne W, Hagmeijer RH. Clinical tests of the sacroiliac joint. *Man Ther*. 2000;5:89-96.
- 33 van der Wurff P, Buijs J, Groen GJ. Sacroiliac joint pain: clinical assessment and diagnostic accuracy: Utrecht: UMC Utrecht; 2004.
- 34 Kihlstrand M, Stenman B, Nilsson S, Axelsson O. Water-gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999;78:180-5.
- 35 Elden H, Ladfors L, Olsen MF, Ostgaard HC, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *BMJ Clin Res*. 2005;330:761.
- 36 Elden H, Hagberg H, Olsen MF, Ladfors L, Ostgaard HC. Regression of pelvic girdle pain after delivery: follow-up of a randomised single blind controlled trial with different treatment modalities. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87:201-8.
- 37 Wedenberg K, Moen B, Norling A. A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low-back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79:331-5.
- 38 Kvorning N, Holmberg C, Grennert L, Aberg A, Akeson J. Acupuncture relieves pelvic and low-back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83:246-50.
- 39 Nilsson Wikmar L, Holm K, Oijerstedt R, Harms Ringdahl K. Effect of three different physical therapy treatments on pain and activity in pregnant women with pelvic girdle pain: a randomized clinical trial with 3, 6, and 12 months follow-up postpartum. *Spine*. 2005;30:850-6.
- 40 Haugland KS, Rasmussen S, Daltveit AK. Group intervention for women with pelvic girdle pain in pregnancy. A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecologica Scand*. 2006;85:1320-6.
- 41 Granath AB, Hellgren MS, Gunnarsson RK. Water aerobics reduces sick leave due to low back pain during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35:465-71.
- 42 Stuge B, Laerum E, Kirkesola G, Vollestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized controlled trial. *Spine*. 2004a;29:351-9.
- 43 Stuge B, Veierod MB, Laerum E, Vollestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy: a two-year follow-up of a randomized clinical trial. *Spine*. 2004b;29:E197-203.
- 44 Mens JMA, Snijders CJ, Stam HJ. Diagonal trunk muscle exercises in peripartum pelvi pain: a randomized clinical trial. *Phys Ther*. 2000;80:1164-73.

Bijlage 2 Stappenplan Van der Burght en Verhulst

• **Stap 1 Openstaan**

De fysiotherapeut sluit met het voorlichten aan bij de beleving, verwachting, vragen en zorgen van de patiënte.

Belangrijke vragen zijn: wat houdt de patiënte het meeste bezig en welke zorgen belemmeren de patiënte om open te staan voor informatie over gedragsverandering? Het kan zijn dat de patiënte de positieve gevolgen van gedragsverandering wel kent, maar geen positieve verwachtingen heeft over de gedragsverandering. Het kan zijn dat de patiënte denkt dat de voordelen voor haar niet van toepassing zijn. Ook kan het zijn dat de patiënte zich niet in staat acht om het gewenste gedrag uit te voeren.

• **Stap 2 Begrijpen**

De informatie moet zodanig worden aangeboden dat de patiënte deze begrijpt en kan onthouden.

Belangrijk is: niet te veel informatie per keer, wat moet eerst en welke informatie kan later, de boodschap in een andere vorm herhalen of uitleggen met behulp van hulpmiddelen (folders, video). De fysiotherapeut controleert of de patiënte de informatie inderdaad begrepen heeft.

• **Stap 3 Willen**

De fysiotherapeut inventariseert wat een patiënte (de)motiveert om iets te doen.

Belangrijk is hierbij: welke voordelen heeft het oefenen voor de patiënte, ervaart deze steun of druk van mensen uit de nabije omgeving, heeft de patiënte het gevoel dat hij invloed op zijn situatie kan uitoefenen? De patiënte probeert de kansen op succes in te schatten. Gaat het lukken om het gewenste gedrag uit te voeren? De fysiotherapeut biedt ondersteuning en informatie over mogelijkheden en alternatieven. Er worden haalbare afspraken gemaakt.

• **Stap 4 Kunnen**

De patiënte moet in staat zijn het gevraagde gedrag uit te voeren. De benodigde functies en vaardigheden moeten worden geoefend.

Belangrijk is om te inventariseren welke praktische problemen de patiënte verwacht en samen met de patiënte na te gaan hoe deze problemen opgelost kunnen worden.

• **Stap 5 Doen**

'Doen' omvat het daadwerkelijk uitvoeren van het nieuwe gedrag. De fysiotherapeut maakt met de patiënte heldere, concrete en haalbare afspraken en stelt concrete doelen. Indien mogelijk wordt positieve feedback gegeven.

• **Stap 6 Blijven doen**

De patiënte zal het gedrag na de behandeling moeten blijven vertonen. Tijdens de behandeling moet de fysiotherapeut met de patiënte bespreken of ze denkt dat ze daarin zal slagen. Belangrijk is om na te gaan wat moeilijk is voor de patiënte, wat stimulerend werkt en of er beloningen voor korte en lange termijn zijn. Wat helpt de patiënte om na terugval de draad weer op te pakken?

De fysiotherapeut sluit met de voorlichting aan bij de beleving, verwachting, vragen en zorgen van de patiënte. Belangrijke vragen zijn: wat houdt de patiënte het meeste bezig en welke zorgen belemmeren de patiënte om open te staan voor informatie over gedragsverandering. Het kan zijn dat de patiënte de positieve gevolgen van gedragsverandering wel kent, maar geen positieve verwachtingen heeft over de gedragsverandering. Het kan zijn dat de patiënte denkt dat de voordelen voor haar niet van toepassing zijn. Ook kan het zijn dat de patiënte zich niet in staat acht om het gewenste gedrag uit te voeren.

