



PREMENSTRU EEL SYNDROOM

ABSTRACT

Welke meetinstrumenten zijn geschikt voor de evaluatie van het onderzoek naar de effectiviteit van osteopatische behandelingen bij patiënten met PMS?

Martine Bosman en Shalina van Keulen

Promotor Britt Peters - Aaldering

Begeleider Kim Kraaij-Klumpes

Thesis voorgedragen ter verkrijging van de titel Diploma in de Osteopathie (D.O.) van het Nederlands Academisch College voor Osteopathie en Mesologie

2025

Voorwoord

Deze thesis is tot stand gekomen als onderdeel van een afstudeerproject aan College Sutherland te Amsterdam. De hoofdvraag “Welke meetinstrumenten zijn geschikt voor de evaluatie van het onderzoek naar de effectiviteit van osteopathische behandelingen bij patiënten met Premenstrueel syndroom?” maakt deel uit van een grootschalige onderzoeksopzet vanuit de opleiding. Met onze bijdrage hopen wij het onderzoek naar PMS binnen de osteopathie verder te brengen in de toekomst.

Om deze thesis tot stand te brengen hebben we ons verdiept in verschillende onderdelen. Martine was verantwoordelijk voor het schrijven van het hoofdstuk over het premenstrueel syndroom, diagnoses die vergelijkbaar zijn met PMS, en de interviews. Shalina was verantwoordelijk voor het schrijven van het hoofdstuk de vijf-modellen binnen de osteopathie evenals de meetinstrumenten die betrekking hebben op de Quality of life (QoL), Patiënt response experience measurements (PREM) en de Patiënt response outcome measurements (PROM). We hebben beide veel geleerd van deze onderdelen.

Tijdens het schrijven van de thesis hebben we hulp ontvangen van Britt Peters-Aaldering en Kim Klumpes. Via deze weg willen wij hen bedanken voor al hun hulp.

Britt Peters-Aaldering: Bedankt voor je al je hulp voor het schrijven van ons onderzoeksvoorstel, je kritische blik met betrekking tot de thesis zelf en het corrigeren van onze spelling en grammatica. Met jouw kritische blik is het gelukt deze thesis naar een hoger niveau te tillen.

Kim Klumpes: Bedankt voor je hulp tijdens het schrijven van deze thesis. Je kritische blik en extra kennis over het onderwerp is een meerwaarde geweest voor het schrijven van deze thesis.

Naast onze begeleiders willen we alle osteopaten bedanken die hebben meegewerkt aan onze interviews. Zonder jullie was dit niet gelukt. Daarnaast willen wij onze familie en vrienden bedanken voor hun steun en geduld tijdens het schrijven van deze thesis en gedurende onze studie.

Samenvatting

Het premenstrueel syndroom (PMS) is een veelvoorkomende aandoening die bij vrouwen gedurende hun leven kan treffen. Ongeveer vijf procent van de vrouwen tussen 15 en 45 jaar heeft last van PMS, zowel landelijk als wereldwijd. Bij veel vrouwen zorgt het voor klachten, die tijdens de luteale fase kunnen optreden. Voor deze klachten is momenteel geen effectieve behandeling in de reguliere geneeskunde bekend. Osteopathie wordt wel ingezet als behandelmethode. Er is echter onvoldoende bewijs om te onderbouwen dat osteopathie effectief is bij patiënten met PMS. Daarom is belangrijk om te weten welke meetinstrumenten er binnen de osteopathie beschikbaar zijn, zodat de effectiviteit van behandelingen gemeten kan worden, zowel in onderzoek als in de praktijk.

De hoofdvraag van dit onderzoek is: Welke meetinstrumenten zijn geschikt voor de evaluatie van het onderzoek naar de effectiviteit van osteopatische behandelingen bij patiënten met PMS?

Er is een literatuurstudie uitgevoerd naar de reguliere diagnose en behandelmethode bij PMS, evenals naar de toepassing van osteopathie. Daarbij zijn diverse meetinstrumenten binnen de reguliere geneeskunde en osteopathie meegenomen, met de focus op de QoL, PREM en PROM. Om kennis op te doen in het werkveld, zijn osteopaten met kennis van vrouwengezondheid semigestructureerd geïnterviewd over het gebruik van (diverse) meetinstrumenten.

Uit dit onderzoek is gebleken dat er momenteel geen effectieve meetinstrumenten zijn binnen de reguliere geneeskunde en osteopathie om de effectiviteit van de behandeling aan te tonen. Uit de literatuur blijkt voor zowel de reguliere geneeskunde als de osteopathie dat er geen specifieke meetinstrumenten bestaan die betrekking hebben op PMS. Er zijn slechts meetinstrumenten gevonden die algemeen bruikbaar zijn binnen de reguliere geneeskunde, maar niet binnen de osteopathie zijn aangetoond. In osteopatische studies worden diverse QoL vragenlijsten gebruikt voor evaluaties, maar deze zijn niet ontwikkeld om het meetinstrument te valideren.

Uit de interviews blijkt dat er in de praktijk gebruik wordt gemaakt van eigen vragenlijsten, voortgang gemeten via cyclusedagboeken en het meten van de mobiliteit en kwaliteit van weefsel.

De conclusie is dat er op dit moment geen geschikte vragenlijsten bestaan voor het meten van de effectiviteit van osteopathie bij PMS. Op basis van deze conclusie zijn er aanbevelingen gedaan voor het gebruik van in- en outcome criteria, de SF-36, WHQoL-BREF, PROM, de VAS en de PSK voor gebruik binnen de osteopathie bij patiënten met PMS. Deze meetinstrumenten kunnen ook gebruikt worden in verder onderzoek naar de effectiviteit van meetinstrumenten bij patiënten met PMS binnen de osteopathie.

Abstract

Premenstrual syndrome (PMS) is a common condition that can occur in women throughout their lives. Approximately five percent of women aged fifteen to 45 experience PMS, both nationally and globally. For many women, it leads to symptoms that can arise during the luteal phase. Currently, there is no effective treatment known in conventional medicine for these symptoms. Osteopathy is sometimes used as a treatment method. However, there is insufficient evidence at this time to support the effectiveness of osteopathy in patients with PMS. Therefore, it is important to understand which measurement tools are available within osteopathy, so that effectiveness can be measured during research or in practice. The main question of this study is: Which measurement tools are suitable for evaluating research on the effectiveness of osteopathic treatments in patients with PMS?

A literature review has been conducted on the conventional diagnosis and treatment methods for PMS, as well as on osteopathy. Various measurement tools used in conventional medicine and osteopathy were included, focusing on Quality of Life (QoL), Patient Reported Experience Measures (PREM), and Patient Reported Outcome Measures (PROM). To gain practical knowledge, osteopaths with expertise in women's health were semi-structured interviewed regarding the use of (various) measurement tools.

This research revealed that there are no effective measurement tools within conventional medicine and osteopathy to demonstrate the effectiveness of treatment. The literature indicated that there are no specific measurement tools related to PMS in either field. Only general measurement tools have been found that are usable in conventional medicine but have not been validated within osteopathy. However, various QoL questionnaires have been included in osteopathic studies for evaluation purposes, but not to validate the measurement tool itself.

The interviews indicate that in practice, practitioners use their own questionnaires, track progress through cycle diaries, and measure tissue mobility and quality.

The conclusion is that there are currently no suitable questionnaires available. Based on this conclusion, recommendations have been made for the use of in- and outcome criteria, including the SF-36, WHQoL-BREF, PROM, VAS, and PSK for use within osteopathy in patients with PMS. These measurement tools can also be employed in further research on the effectiveness of measurement tools in patients with PMS within osteopathy.

Inhoudsopgave

De inhoudsopgave is leeg, omdat je geen van de alineastijlen gebruikt die in het document voorkomen.

Inleiding

Het premenstrueel syndroom (PMS) is een veelvoorkomende aandoening die bij vrouwen kan ontstaan gedurende hun leven. Ongeveer vijf procent van de vrouwen tussen 15 en 45 jaar heeft last van PMS, zowel landelijk als wereldwijd (Yonkers, O'Brien, & Eriksson, 2008). De impact van PMS op het dagelijks leven is aanzienlijk, wat heeft geleid tot een groeiende behoefte aan effectieve behandelingen. Ondanks dat PMS al decennia lang het onderwerp van onderzoek is, blijft de impact van PMS op het dagelijks functioneren van vrouwen vaak onderbelicht. Er is in de reguliere geneeskunde namelijk geen effectieve behandeling voor dit syndroom (*Startpagina - Premenstrueel Syndroom (PMS) - Richtlijn - Richtlijndatabase*, n.d.). Osteopathie wordt momenteel ingezet voor het verlichten van de symptomen van PMS. Echter is er een gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor de behandeling van osteopathie bij PMS. Daarom heeft het College Sutherland ervoor gekozen om een grootschalig onderzoek te starten met betrekking tot de behandeling van PMS. Dit leidt tot diverse deelonderzoeken, waaronder onze thesis.

Probleemstelling en relevantie

Er is een gebrek aan gestandaardiseerde meetinstrumenten die de effectiviteit van osteopatische behandelingen op een betrouwbare en valide manier kunnen meten. Dit is relevant om diverse redenen:

- De effectiviteit van osteopathie kunnen waarborgen
- Er komt gestandaardiseerde informatie waardoor de resultaten op een consistente manier kunnen worden verzameld
- Het realiseren van patiëntgerichte zorg
- De behandelstrategieën worden verbeterd doordat de effectiviteit gemeten kan worden met behulp van meetinstrumenten
- Het ondersteunt de verbetering van wetenschappelijk onderzoek

Om de relevantie van meetinstrumenten te waarborgen is meer onderzoek nodig naar de diverse meetinstrumenten binnen de gezondheidszorg en osteopathie. Met deze thesis wordt er onderzoek gedaan naar de QoL, PREM, PROM en het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie bij PMS. Om tot een verdieping van deze meetinstrumenten te komen en een aanbeveling te kunnen doen zijn er deelvragen opgesteld.

Deelvragen

Om deze thesis in goede banen te leiden zijn er voor het beantwoorden van de hoofdvraag deelvragen opgesteld. De volgende deelvragen worden beantwoord tijdens het lezen van deze thesis:

- Wat is PMS?
- Hoe wordt de diagnose PMS gesteld in de reguliere geneeskunde?
- Welke patiënten behoren tot het PMS syndroom? Waarbij het zoeken en vaststellen van bruikbare income-criteria worden vastgesteld
- Welke uitsluitingscriteria zijn er om de patiëntengroep te begrenzen
- Matching en sample-size
- Wat is een meetinstrument?
- Meetbare en gevalideerde QoL (Quality of Life) vragenlijsten zoeken en bekritisieren voor genoemde onderwerp
- Wat zijn Prems en wat is een bruikbare Prem?
- Wat is PROM en een bruikbare Prom?
- Aanbeveling voor gebruik van de PREM, PROM en QoL, implementatie
- Worden meetinstrumenten gebruikt in de osteopathie? Onderzocht met behulp van interviews
- Welke meetinstrumenten zijn er in de reguliere geneeskunde voor PMS?
- Gevalideerde meetinstrumenten zoeken en bekritisieren voor osteopathie bij PMS
- Welke vergelijkingen zijn er in meetinstrumenten tussen de reguliere geneeskunde en osteopathie waarbij wordt gekeken of dit bruikbaar is voor osteopathie
- Kritische attitude en conclusie van bovengenoemde onderwerpen

Methode

Voor het beantwoorden van de deelvragen hebben we van juli 2024 tot en met september 2024 een literatuuronderzoek uitgevoerd. Hierbij hebben we gebruikgemaakt van Pubmed, Mendeley, de SWOO en College Sutherland te Amsterdam. Naast deze wetenschappelijke databases is er gebruikgemaakt van Google Scholar voor het vinden van een volledige gratis versie van een artikel, richtlijnen en boeken met betrekking tot PMS.

Voor het literatuuronderzoek is er gebruikgemaakt van verschillende zoekmethodes. De bouwsteenmethode leverde niet genoeg literatuur op. Daardoor is de keuze gemaakt verder te zoeken door middel van de sneeuwbalmethode en citaat methode, met als gevolg dat er aanvullende wetenschappelijke literatuur vanuit bijvoorbeeld richtlijnen naar voren is gekomen (*Libguides: Informatievaardigheden - Algemeen: 4: Zoekmethoden, z.d.*).

Er is tijdens het literatuuronderzoek gekozen om de betrouwbaarheid van de meetinstrumenten mee te nemen middels de Cronbach alfa-score. Deze score geeft aan dat alles boven de 0.700 acceptabel is en alles boven de 0.800 uitstekend is met betrekking tot betrouwbaarheid.

Daarnaast is ervoor gekozen om ter ondersteuning en verduidelijking met betrekking tot het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie, osteopaten te interviewen.

Hierbij zijn er zeven osteopaten in Nederland benaderd die affiniteit hebben met PMS en regelmatig deze patiëntencategorie behandelen. We zijn bij deze osteopaten uitgekomen door binnen de opleiding te beginnen met digitale marketing (IMU BV, 2024). Daarna is er gekeken naar de online platforms van de osteopaten, om te kijken of ze affiniteit met het onderwerp hebben en werden ze benaderd om navraag te doen of dit daadwerkelijk klopt en ze zeer frequent deze patiëntencategorie behandelen.

Van de zeven osteopaten zijn er vijf welwillend gebleken om deel te nemen aan de interviews voor de thesis. Vier van de vijf osteopaten hebben de opleiding Women's Health Osteopathy gevolgd. Allen zijn actief als docent, geven opleidingen of trainingen op het gebied van vrouwengezondheid of het kleine bekken.

Deze expertinterviews zijn online afgenomen waarbij de vragen van tevoren zijn verstuurd inclusief toestemmingsformulier (opgenomen in bijlage 28).

De interviewvragen zijn semi gestructureerd met open en gesloten vragen. De gesloten vragen geven inzicht of en hoe vaak meetinstrumenten worden gebruikt. De open vragen geven inzicht welke methode zij gebruiken, of welke afwegingen er zijn om dit niet te doen en op welke wijze zij de effectiviteit van hun behandeling meten. Door deze opzet van vragen die kwantitatieve en kwalitatieve uitkomsten hebben, is het een mixed- methodsbenadering.

De data is primair verzameld (zelf verkregen d.m.v. afnemen interview) en kwalitatief (open en gesloten vragen, kleine en selectieve groep) (Dingemanse (2021)). De interviews zijn verwerkt met woordelijk transcriberen. Zo blijft de reactie van de osteopaat op de vragen bijna volledig behouden. Echter zijn er stopwoorden en haperingen uit gelaten om de leesbaarheid te verhogen.

Het coderen is in een aantal stappen gegaan.

In eerste instantie is elk antwoord voorzien van een code (open codering), waarna deze als subcodes onder een grote code (axiale codering) vallen. Na deze stap zijn alle codes in groepen geplaatst. Zo is bijvoorbeeld endometriose eerst als antwoord op de vraag over differentiaal diagnose gecodeerd, later als subcode onder de code differentiaal diagnose, waarna deze in de groep symptomen is geplaatst.

In de bijlage is dit schematisch weergegeven, waarbij de codes vetgedrukt zijn, de subcodes (herkenbaar aan de tekst achter de :) zijn eronder geplaatst. In de tweede kolom is de groep weergegeven.

Code	Code Groep
differentiaal diagnoses	symptomen
differentiaal diagnoses: endometriose	symptomen

Om de validiteit te meten, wordt naar de onderstaande punten gekeken:

- Construct: De vragen zijn in afstemming met de begeleider vooraf opgesteld zodat we meten wat we willen meten.
- Intern: De vragen hebben een vaste volgorde en zijn op voorhand toegestuurd, zodat de osteopaat zich kan inlezen.
- Extern: Er is minder sprake van externe validiteit, door de keuze voor een selectieve groep op basis van expertise in osteopathie bij vrouwengezondheid.
- Ecologisch: de osteopaten kunnen zelf het tijdstip aangeven en de omgeving kiezen waarin zij het digitale interview willen doen (Dingemanse,2022b).

Voor de volledigheid is het goed om te vermelden dat de introductie en het afronden van het gesprek niet op audio zijn vastgelegd en uitgewerkt. Er is voor gekozen om in afstemming te starten en te stoppen, soms gebeurde dit door het ophouden van de recorder in beeld, dan is het niet terug te lezen in het interview, maar is akkoord gegeven door middel van knikken.

Plan van aanpak

Om het onderzoek gestructureerd uit te voeren is er een plan van aanpak opgesteld. Hieronder worden kort de stappen van het plan weergegeven die doorlopen zijn.

Allereerst is er gestart met het zoeken van een onderwerp. In het research plan van College Sutherland te Amsterdam zijn er diverse onderwerpen. Over het onderwerp PMS waren nog weinig theses geschreven en omdat dit de interesse opwekte is er besloten om de focus te gaan leggen op dit onderwerp. Bij dit onderwerp stonden diverse delen van een grootschalig onderzoek uitgeschreven waarbij de keuze snel was gevallen voor meetinstrumenten. Hierdoor ontstond meteen de hoofdvraag: Welke meetinstrumenten zijn geschikt voor de evaluatie van het onderzoek naar de effectiviteit van osteopatische behandelingen bij patiënten met PMS?

Toen de hoofdvraag geformuleerd was, was er meer verdieping nodig met betrekking tot de meetinstrumenten om erachter te komen welke soorten meetinstrumenten er bestaan binnen de gezondheidszorg. Hierdoor kwamen er al diverse deelvragen tot stand. Daarnaast was er voor ons als schrijvers van de thesis niet voldoende kennis met betrekking tot het onderwerp en was het noodzakelijk om meer kennis op te doen over PMS. Hierbij was het van belang dat er zo breed mogelijk gekeken werd naar het onderwerp PMS in zowel de reguliere geneeskunde als in de osteopathie.

Toen alle deelvragen uiteindelijk gevormd waren werd er een tijdslijn gemaakt voor de schrijfperiode. Deze planning is samen met de deelvragen opgestuurd naar de thesis commissie voor het verkrijgen van feedback. Deze is verkregen met suggesties voor extra deelvragen en een goedkeuring om te starten. De suggesties waren het toevoegen van matching en sample size aan het onderzoek. Deze termen waren voor ons onbekend, er is gezocht in de materialen van de lessen methodologie en tijdens en na de zomer is er contact gezocht met Maarten de Boer voor meer informatie. Navraag bij Rob Muts en Michael van den Berg bracht ons terug naar Maarten, waarbij hij aangaf dat deze suggesties niet in de context van de thesis kon plaatsen, en tevens meegaf dat sample size ingewikkeld is. Matching hebben wij met input van Rob Muts, door hem te bevragen na een les, opgesteld. Er is ook contact geweest met Gabe Sanders, om tijdig hierover af te stemmen.

Het schrijven van de thesis.

Na het ontvangen van de goedkeuring, is er een taakverdeling gemaakt. Hierbij is er duidelijk gecommuniceerd over wie in eerste instantie verantwoordelijk is voor het schrijven van welk deel van de thesis. Martine is zich meer gaan verdiepen in de diagnose PMS met de bijkomende inclusie en exclusie, in- en outcomecriteria en matching. Shalina heeft zich tegelijkertijd bezig gehouden met het zoeken van literatuur voor de QoL, PREM en de PROM. Hierbij is er op voorhand een tijdslijn afgesproken van twee weken, waarbij er aan het einde van de twee weken een opzet van de hoofdstukken naar elkaar gemaaild diende te worden inclusief de begeleider. Hierbij was het van belang elkaar van feedback te voorzien.

Gezien deze periode afzonderlijk van elkaar is geschreven, is er besloten om één dag per week samen fysiek te gaan schrijven waardoor het overleggen over de schrijfstijl en de hoofdstukken gemakkelijker werd. Elke week is er afgesproken de voortgang aan elkaar voor te leggen, en een nieuwe verdeling te maken waarbij de einddatum van de thesis drie weken voor de definitieve inleverdatum is neergezet. Hierdoor is er in deze drie weken nog ruimte voor feedback van de begeleiders en eventueel andere personen voor grammatica en taalfouten. Aan het einde van deze periode wordt de thesis ingeleverd en verstuurd naar de desbetreffende personen voor de beoordeling hiervan.

1. Premenstrueel syndroom

In dit hoofdstuk wordt besproken wat er onder premenstrueel syndroom (PMS) wordt verstaan, alsook de symptomen, de epidemiologie en etiologie van deze aandoening. Vervolgens worden het stellen van de diagnose en behandeling in de reguliere gezondheidszorg besproken.

Deze onderdelen gaan uit van de reguliere gezondheidszorg, daarom is er veelvuldig gebruik gemaakt van de richtlijn Premenstrueel Syndroom (PMS) voor de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). De federatie voor medisch specialisten (FMS) ontwikkelt deze richtlijnen en deze worden geautoriseerd door wetenschappelijke verenigingen. In deze richtlijn voor PMS worden criteria gehanteerd die zijn vastgesteld door de International Society of Premenstrual Disorders (ISPM).

Naast dit reguliere begrip is er in dit hoofdstuk ruimte voor andere onderdelen, waarin er wordt ingegaan op de in- en outcome van de onderzoeksgroep voor het grootschalige onderzoek van College Sutherland en worden adviezen beschreven.

In hoofdstuk 4 wordt PMS nader beschreven volgens de vijf modellen binnen de osteopathie.

1.1 Wat is het premenstrueel syndroom?

Er is sprake van premenstrueel syndroom (PMS, in het Engels PMD: Premenstrual Disorder) wanneer er ernstige lichamelijke en/of fysieke klachten optreden in de periode voorafgaande aan de menstruatie (luteale fase). Deze klachten kunnen uiteenlopend zijn, maar zijn dermate hevig dat zij van invloed zijn op de kwaliteit van leven. Voorbeelden van klachten kunnen zijn gespannen borsten, hoofdpijn, opgeblazen gevoel, wisselende stemmingswisselingen en somberheid. Een uitgebreide beschrijving van voorkomende klachten bij PMS is opgenomen in paragraaf 1.1.2 Symptomen (*Startpagina - Premenstrueel Syndroom (PMS) - Richtlijn - Richtlijndatabase, n.d.*).

1.2 De menstruatiecyclus

Gezien de PMS-klachten in de luteale fase van de menstruatiecyclus optreden, is het belangrijk om kort de menstruatiecyclus toe te lichten:

Gemiddeld menstrueren vrouwen tussen hun elfde en 55^e levensjaar. Ongeveer drie jaar na de eerste menstruatie wordt de cyclus regelmatig, in de laatste jaren (de overgang) zijn er wisselend langere tussenpozen tussen de menstruaties.

Deze cyclus bestaat uit vier fasen, gemiddeld 28 dagen:

- Menstruatie: wanneer er geen bevruchting heeft plaatsgevonden, wordt het opgebouwde slijmvlies in de baarmoeder afgebroken en verlaat dit het lichaam via de vagina. Gemiddeld duurt deze periode tot zeven dagen en wordt er 35 tot 50 ml bloed verloren.
- Folliculaire fase: in deze periode, ongeveer zeven dagen, rijpen de follikels in de eierstok onder invloed van hormoon FSH tot de ovulatie.
- Ovulatie: ook bekend als "eisprong", waarin een eikel met de eraan bevestigde follikelwanden vanuit de eierstok naar de eileider gaat. Dit is rondom dag veertien van de cyclus.
- Luteale fase: in deze fase maakt de baarmoeder zich gereed voor innesteling, het endometrium in de baarmoeder groeit. Deze periode duurt veertien dagen (Martini & Bartholomew, 2017).

Meer informatie over het proces rondom menstruatie en PMS, is te lezen in hoofdstuk 4 over de vijf modellen binnen de osteopathie.

1.3 Symptomen

Er is een grote variatie aan symptomen die onderdeel kunnen zijn van PMS, die tijdens de luteale fase voorkomen:

- Gespannen borsten

- Opgeblazen gevoel
- Hoofdpijn
- Concentratieproblemen
- Prikkelbaarheid
- Wisselende stemming
- Gespannenheid
- Somberheid
- Schuldgevoel
- Verminderde interesse in routine activiteiten (bijv. werk, school, vrienden, hobby's)
- Hunkering naar specifiek voedsel
- Verhoogde eetlust, overeten

Deze symptomen zijn ook terug te vinden in de PMSkalendertest en de DRSP (Daily Record of Severity of Problems) vragenlijst, die zijn opgenomen in bijlage 1.

Deze twee lijsten zijn onderdeel bij het stellen van de diagnose PMS, zoals verderop in dit hoofdstuk wordt toegelicht.

1.4 Epidemiologie

Ongeveer vijf procent van de vrouwen tussen 15 en 45 jaar heeft last van PMS, zowel landelijk als wereldwijd (Yonkers, O'Brien, & Eriksson, 2008). In een Nederlands onderzoek is aangetoond dat dit ook voor Nederland geldt, waarbij vooral vrouwen tussen 35 en 43 jaarlast hebben van PMS (Kolthoff et al, 2005).

1.5 Etiologie

Er is op dit moment geen duidelijke oorzaak van PMS bekend.

In de richtlijn Premenstrueel syndroom van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) voor de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en gynaecologie (NVOG) zijn er onderzoeken beschreven die een door hormonen uitgelokte respons suggereren.

De onderzoeken van Bethea (1994), Majewska et al. (1986) en Wardlaw et al. (1982) tonen aan dat hormoonschommelingen van oestrogenen en progesteron tijdens de cyclus veranderingen teweegbrengen in het opioïde, het γ -aminobutyrienzuur (GABA) en het serotoninerge systeem.

In het onderzoek van Eriksson et al. (1994) lijkt serotonine een sleutelrol te spelen, zo wordt er tijdens de luteale fase een verlaagde serotonine serumspiegel aangetroffen, een lagere opname van serotonine in bloedplaatjes en een verhoogd serotonine-afbraakproduct (5-HIAA).

Gynaecologisch osteopaat Lieselot Theys beschrijft in haar boek en benoemt ook in het interview (opgenomen in bijlage 24) dat een oestrogeendominantie of een verlaagd progesteronniveau ook kan leiden tot PMS (Theys, 2023).

1.6 Diagnose

Om een diagnose te stellen gaat de patiënt naar de huisarts met deze klachten, waarop de huisarts de patiënt kan doorsturen. De richtlijn PMS van de FMS voor de NVOG is geschikt voor de tweedelijnszorg (zoals gynaecologie) en beveelt aan dat de diagnose plaatsvindt op basis van uitsluiting en door het gebruik van vragenlijsten en kalendertesten. Wanneer er geen PMS wordt vermoed, wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts, en doorverwezen naar een specifieke specialist als een ander onderliggend lijden wordt vermoed.

Allereerst is het dus belangrijk om vast te stellen dat er geen ander onderliggend lijden is, onder andere door een goede anamnese en lichamelijk onderzoek.

Onderdelen van een anamnese zijn (Green, 2017; Ismaili, 2016):

- Beschrijving van de klachten, de impact op het functioneren
- Samenhang met de cyclus en cyclus anamnese
- Mogelijke onderliggende problemen, zowel somatisch als psychologisch
- Voorgeschiedenis
- Hormonale therapie, actueel en in verleden, inclusief anticonceptiva
- Ideeën en verwachtingen bij de patiënt ten aanzien van de diagnose en behandelopties
- Eventuele kinderwens (actueel of op termijn)

Om het kenmerkende cyclische karakter aan te tonen, wordt geadviseerd om gedurende twee maanden symptomen vast te leggen. Dat kan met een PMS kalendertest, opgenomen in bijlage 1 of zoals aanbevolen door de International Society of PreMenstrual Disorders (ISPMD) een Daily Record of Severity of Problems (DRSP) vragenlijst, deze is in dezelfde bijlage opgenomen.

Opvallend is dat in de anamnese geen aandacht wordt besteed aan leefstijl en voedingspatroon, maar er wel leefstijl en voedingsadviezen worden gegeven als onderdeel van de behandeling.

1.7 Behandeling reguliere geneeskunde

Op dit moment is er geen behandeling beschikbaar in de reguliere geneeskunde die voor alle vrouwen met PMS effectief is.

De richtlijn die door de NVOG wordt gebruikt, doet een aantal aanbevelingen in de volgende volgorde:

- Leefstijladvies: op het gebied van voeding, beweging en stressreductie en cognitieve gedragstherapie. Dit is voor een grote groep afdoende om de klachten hanteerbaar te maken.
- Inzet van Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI's): gebruik van SSRI's (zoals fluoxetine, paroxetine, sertraline, fluvoxamine, citalopram) tijdens de luteale fase toont aan dat symptomen bij sommige vrouwen afnemen, maar niet bij alle vrouwen.
- Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) analogen: remming van de ovulatie. Er zijn tot 2024 nog geen langlopende studies bekend. Er wordt een periode van maximaal 6 maanden gebruik geadviseerd, vanwege bijwerkingen, hogere kosten en het uitblijven van langlopende studies.
- Bij (toekomstige) kinderwens kan orale anticonceptie (OAC) worden voorgeschreven, waarbij de behandeling wordt gestopt zodra er een actieve kinderwens is.

2. De onderzoeksdoelgroep

In dit deel wordt nader besproken wie er deel kan nemen aan het grootschalige onderzoek voor osteopathie bij PMS. Allereerst wordt beschreven wie er wel (inclusie) en wie er niet (exclusie) kan deelnemen en welke criteria daarvoor gelden. Daarnaast wordt gekeken of een onderverdeling (matching) wenselijk is.

Ook wordt besproken op welke manier de voortgang (income en outcome) van het onderzoek kan worden vastgelegd.

1. Inclusie, exclusie en matching

Tot de doelgroep van dit onderzoek behoren uitsluitend vrouwen met een regelmatige cyclus en die de diagnose PMS hebben ontvangen conform de richtlijn PMS van de FMS voor de NVOG.

Er zijn verschillende onderverdelingen van PMS die helpen bij het vaststellen van exclusiecriteria en mogelijke matching voor dit onderzoek.

Hieronder worden twee onderverdelingen van PMS nader besproken en per subgroep besproken of zij tot de onderzoeksgroep behoren, of worden uitgesloten.

De eerder genoemde ISPMDD maakt onderscheid in drie groepen, waarbij de nadruk ligt op het uitsplitsen van fysieke en psychische klachten:

- PMSa met overwegend psychologische klachten
- PMSb met overwegend somatische klachten
- PMSc met zowel psychologische als somatische klachten

Bij de groepen PMSa en PMSc kan ook van Premenstruele stemmingsstoornis worden gesproken (PMSS, in het engels Premenstrual Dysphoric Disorder- PMDD) (Wat Is PMDD? | PMDD Nederland, n.d.).

Lieselot Theys, gynaecologisch osteopaat, benoemt in haar boek en in het interview (zie bijlage 24) dat er bij PMSS een probleem is met de receptoren in de hersenen, waarbij neurotransmitter GABA een rol speelt. De ISPMDD adviseert deze patiëntengroep naar een psychiatrische zorgverlener door te sturen die affiniteit heeft met het onderwerp.

Deze thesis richt zich op PMS: patiënten met PMSS vallen buiten het onderzoek.

Een andere onderverdeling kan gemaakt worden op basis van het cyclische karakter en spreekt dan over Kern en Variant PMS (Ismaili, 2016):

- Kern PMS: de symptomen zijn alleen aanwezig in de luteale fase, afwezig voor de ovulatie en na menstruatie.
- Variant PMS is opgedeeld in verschillende subgroepen:
 - Premenstruele exacerbatie: tijdens de luteale fase nemen symptomen van een onderliggende psychologische of somatische aandoening toe
 - PMS zonder ovulatie: er zijn symptomen bij ovariële activiteit, maar er is geen ovulatie
 - Progestageen geïnduceerd: er treden symptomen op bij exogeen toegediende progestatieve, in hormoonsuppletie therapie en combinatiepil
 - PMS zonder menstruatie: er zijn symptomen bij een normale cyclus, maar er is geen menstruatie

Patiënten met Kern PMS kunnen deelnemen aan dit onderzoek.

Dit geldt niet voor alle vier vormen Variant PMS, volgens de richtlijn PMS van de FMS voor de NVOG is te lezen dat:

- Onderliggend lijden dat kan exacerberen tijdens de luteale fase wordt geadviseerd uit te sluiten. Variant PMS 1 wordt hiermee uitgesloten van dit onderzoek
- Er geen onderzoek wordt gedaan naar de ovulatie. Variant PMS 2 kan hiermee onderdeel zijn van het onderzoek in een subgroep
- Ingezette hormonale therapieën vast te leggen, dan wel in te zetten. Variant PMS 3 kan hiermee onderdeel zijn van het onderzoek in een subgroep
- Er met behulp van de PMS kalendertest en DRSP vragenlijst een menstruatie wordt vastgelegd. Variant PMS 4 wordt hiermee uitgesloten van dit onderzoek

Samenvattend behoren tot de onderzoeksgroep uitsluitend vrouwen mét een regelmatige cyclus en die de diagnose PMS hebben ontvangen conform de richtlijn PMS van de FMS voor de NVOG, Kern PMS, Variant PMS 2 en/of 3.

Uitgesloten worden vrouwen die onderliggend lijden hebben die exacerberen tijdens de luteale fase die niet menstrueren, vrouwen met PMSS en anderszins alle andere personen die niet of niet regelmatig menstrueren, klachten niet uitsluitend tijdens de luteale fase ervaren.

Een onderverdeling (matching) kan worden gemaakt volgens de indeling van Ismaïli, Kern en Variant PMS. Een voordeel is dat er een onderscheid kan worden gemaakt wanneer hormonen exogeen worden toegediend (Variant PMS 3). Een nadeel is dat in de reguliere diagnose geen onderzoek naar of vaststelling wordt gedaan over de ovulatie, waardoor Variant PMS2 niet als subgroep naar voren komt.

Er kan dan alleen sprake zijn van Kern PMS en Variant PMS 3. (Ismaïli, 2016):

Een andere onderverdeling kan worden gemaakt volgens de indeling van de ISPM. Dit heeft als voordeel dat er in de kleinere groepen mogelijk beter gemeten kan worden of en welke effecten er zijn voor klachten die mentaal of fysiek worden ervaren. Een nadeel is dat de onderverdeling uitsluitend iets zegt over de klachten, niet over de mogelijk onderliggende oorzaken.

2. Income en outcome criteria

Om de voortgang van de behandelingen en de klachten van de patiënten in de onderzoeksgroep te monitoren, dienen er criteria te worden vastgesteld voor het meten van de income en outcome. Bij het stellen van de diagnose PMS, zoals beschreven in paragraaf 1.1.5, wordt gebruik gemaakt van een cyclus dagboek, zoals de PMS kalendertest, opgenomen in bijlage 1 een DRSP vragenlijst, eveneens in bijlage 1 opgenomen.

In de richtlijn PMS van de FMS voor de NVOG wordt geadviseerd om deze gedurende twee maanden in te vullen. Op deze manier ontstaat een goed beeld van de aard, mate, duur en moment van klachten.

Het is aan te bevelen om als incomecriteria twee ingevulde kalenders te hanteren.

Daarop aansluitend kan worden overwogen om als outcome opnieuw de kalender gedurende twee maanden in te vullen.

Op deze manier kunnen de klachten (inclusief de aard, mate, duur en moment) goed worden vergeleken tussen de periodes voorafgaand aan het onderzoek en naderhand.

Geadviseerd wordt om in ieder geval dezelfde kalender in te laten vullen, waarbij de PMS kalendertest in het Nederlands is en verschillende symptomen opnoemt. De DRSP vragenlijst is in het Engels is en benoemt de symptomen zeer specifiek.

3. Diagnoses vergelijkbaar met PMS

Bij het opsommen van klachten door een patiënt kan een lijst met mogelijke oorzaken worden opgesteld. De symptomen die kunnen optreden bij PMS, kunnen vergelijkbaar zijn met die van andere aandoeningen. Het is belangrijk te realiseren dat deze symptomen dus niet uitsluitend naar PMS kunnen wijzen, maar ook naar andere aandoeningen. Hieronder worden enkele diagnoses die overeenkomsten hebben met PMS alfabetisch weergegeven.

Deze lijst is niet uitputtend. Het doel is om de meest voorkomende te herkennen en de verschillen ten opzichte van PMS aan te tonen. Voor het opstellen van deze lijst is gebruikgemaakt van onder andere de eerder genoemde literatuur en de expertinterviews met vijf osteopaten, waarvan meer te lezen is in paragraaf 5.3.

Het spreekt voor zich dat patiënten met deze diagnoses onder de exclusiecriteria vallen en niet in het onderzoek worden opgenomen.

3.1 Endometriose

De osteopaten noemen in de interviews endometriose als voorbeeld van een andere aandoening die klachten veroorzaakt die lijken op PMS. Endometriose is een aandoening waarbij weefsel dat lijkt op het slijmvlies in de baarmoeder ("het endometrium" genoemd), buiten de baarmoeder wordt aangetroffen, waar het een chronische ontstekingsreactie veroorzaakt. Symptomen van endometriose die ook bij PMS voorkomen zijn, onder andere buikpijn, een opgeblazen gevoel en pijn die net als PMS het dagelijkse functioneren kunnen beïnvloeden. Endometriose heeft echter een andere oorzaak: het groeien van weefsel buiten de baarmoeder. (Wat Is Endometriose?, n.d.-b)

3.2 Menstruatieklachten

Tijdens de menstruatie kunnen dezelfde klachten optreden die ook bij PMS voorkomen: opgeblazen gevoel, hoofdpijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid en verminderde interesse in dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld werk, school, vrienden, hobby's).

Het belangrijkste verschil is het moment in de menstruatiecyclus, waarbij de menstruatieklachten tijdens de menstruatie zelf plaatsvinden (start van de cyclus) en bij PMS tijdens de luteale fase (tussen ovulatie en menstruatie). Het bijhouden van een cyclusedagboek zoals aanbevolen bij het stellen van de diagnose PMS, kan helpen om deze klachten te differentiëren en beter inzicht te krijgen in het patroon (Theys, 2023).

3.3 Polycysteus-ovarium-syndroom (PCOS)

Bij PCOS is er sprake van een aandoening bij de eierstokken. Er rijpen meerdere eicelblaasjes maar zij groeien afwijkend of springen niet (ovulatie). Dit resulteert in een onregelmatige ovulatie en menstruatie, wat afwijkt van PMS. De overeenkomst tussen beiden is de hormonale achtergrond van het syndroom.

Osteopaten geven in de interviews aan regelmatig patiënten met PCOS te behandelen, waarbij de klachten overeenkomen met symptomen van PMS zoals hormoon gestuurde somberheid, verstoring van de eetlust en buikpijn (*Ik Heb Het Polycysteus-ovarium-syndroom (PCOS) En Heb Klachten* | Thuisarts.nl, 2024).

3.4 Premenstruele stemmingsstoornis (PMSS)

Wanneer mentale symptomen die ook bij PMS voorkomen, sterk het dagelijks functioneren beïnvloeden, kan PMSS als een psychiatrische aandoening worden gediagnosticeerd middels het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

Lieselot Theys vermeldt in het interview en haar boek (zie bijlage 24) dat er bij PMSS een probleem is met de receptoren in de hersenen, waarbij neurotransmitter GABA een rol speelt. De ISPM adviseert om deze patiëntengroep naar een psychiatrische zorgverlener door te sturen welke affiniteit heeft met het onderwerp (Theys, 2023).

3.5 Prikkelbaar Darm Syndroom (PDS)

In de interviews met de osteopaten (zie paragraaf 5.3) wordt PDS herhaaldelijk genoemd als oorzaak van klachten vergelijkbaar met PMS. Voorkomende en overeenkomende symptomen zijn: buikpijn en een opgeblazen gevoel. Een belangrijk verschil is de ontlasting; hier kan obstipatie, diarree, krampen tijdens ontlasting en slijm bij de ontlasting zijn. Het ingewikkelde aspect is dat PDS onder invloed van hormonale schommelingen in de luteale fase kan exacerberen, waardoor de klachten een cyclisch karakter krijgen. PDS kan dus een onderliggend lijden zijn wat verergert tijdens de luteale fase (*Prikkelbaredarmsyndroom (PDS)*, n.d.).

3.6 Stress, burnout/overspannen

In de volksmond worden deze termen vaak door elkaar gebruikt. Om deze lijst met differentiaal diagnoses niet te lang te maken worden ze hier bij elkaar gevoegd. De osteopaten in de expertinterviews (zie paragraaf 5.3) benoemen (chronische) stress als een van de oorzaken van klachten die overeenkomen met die van PMS, zoals: hoofdpijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, wisselende stemming, gespannenheid, somberheid, schuldgevoel, verminderde interesse in routine activiteiten (bijv. werk, school, vrienden, hobby's), hunkering naar specifiek voedsel, verhoogde eetlust en overeten voorkomen (*Ik Heb Een Burn-out | Thuisarts.nl, 2018*). Belangrijk verschil is dat deze klachten niet uitsluitend tijdens de luteale fase optreden. Stress kan zowel bijdragen aan de ernst van PMS klachten (Theys, 2023), maar ook een gevolg zijn van PMS (Beck, Gevirtz, & Mortola, 1990). De oorzaken van stressgerelateerde klachten zijn vaak zeer divers.

3.7 Zwangerschap

Tijdens zwangerschap kunnen symptomen zoals gespannen borsten, opgeblazen gevoel, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, wisselende stemming en hunkering naar specifiek voedsel voorkomen. Het belangrijkste verschil is dat er geen sprake is van een regelmatige cyclische aard en er wegens de zwangerschap klachten niet tijdens de luteale fase kunnen optreden. Een zwangerschap wordt meestal tijdig vastgesteld met behulp van zwangerschapstesten en echo's, maar in het geval van een onontdekte zwangerschap kan het voorkomen dat patiënten zich met deze klachten melden (Zwangerschap En Kraamperiode, n.d.).

4. De 5 modellen binnen de osteopathie

Binnen de osteopathie wordt gebruik gemaakt van een vijf-modellen systeem om de osteopatische diagnose en behandeling te sturen. Dit systeem bestaat uit: het biomechanisch model, het neurologische model, het respiratoir model, het bio-psychosociaal model en het bio-energetisch model. Om alle systemen aan bod te laten komen in dit hoofdstuk, is ervoor gekozen om per onderdeel alle vijf de modellen beknopt te bespreken. Dit om de meerwaarde van osteopathie bij PMS duidelijk te maken. De verschillende modellen binnen het systeem kunnen niet zonder elkaar functioneren aangezien ze van elkaar afhankelijk zijn en beïnvloeden. Voor een uitgebreide beschrijving wordt u doorverwezen naar bijlage 3. De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op de literatuur van Muts R. (2010)., Gilroy M. et al. (2009) en Kolster B.C. & Voll M.M. (2021), tenzij anders aangegeven in de tekst.

4.1 Het biomechanisch en neurologisch model

Binnen het biomechanisch model ligt de focus voornamelijk op anatomie en biomechanica. Hierbij is de ligging met zijn verbindingen van essentieel belang. Bij PMS is het cruciaal om kennis te hebben van de volgende anatomische structuren:

- Pelvis minor
- Ovaria
- Tuba uterinae
- Uterus
- Lumbo-sacrale overgang

In het neurologische model wordt de oorsprong, zenuwcomplexen en het verloop van zenuwen die deze structuren innervieren besproken. De omgeving van de zenuwen speelt hierbij een belangrijke rol voor het functioneren, waarbij het fysiologische proces ook belangrijk is vanuit het bio-energetische model voor het functioneren van de zenuwen.

In de osteopathie is het belangrijk om rekening te houden met de oorsprong en de verbindingen die er zijn in het lichaam. Aangezien de ovaria, tuba uterinae en uterus vanuit TLO (thoraco-lumbale overgang) en sacrum worden geïnnerveerd, is het essentieel om het biomechanische aspect van deze omgeving mee te nemen, met betrekking tot bewegelijkheid en de uittreding van de zenuwen.

Vanuit osteopatisch oogpunt dient men zich te realiseren dat er vanuit TH10-12, L1-2 en S2-4 niet alleen sympatische en parasympatische zenuwen uittreden, maar dat er ook perifere zenuwen vanuit het ruggenmerg uittreden.

Op niveau Th10-12 komen de ventrale takken van de spinale zenuwen vanuit de nn. intercostales. De dorsale takken komen vanuit de rr. dorsales spinalium.

Op niveau L1-2 komen de ventrale takken van de spinale zenuwen vanuit de plexus lumbalis. De dorsale takken komen uit de rr. dorsales nn. spinalium.

Vanuit de plexus lumbalis komen de volgende zenuwen:

- Rr. Musculares, de directe takken
- N. femoralis
- N. obturatorius

Op niveau S2-S4 komen de ventrale takken van de spinale zenuwen vanuit de plexus sacralis. De dorsale takken komen uit de rr. dorsales nn. spinalium.

Doordat men kennis heeft van bovengenoemde structuren is het belangrijk om in gedachten te houden dat een probleem in de uterus niet alleen beperkt hoeft te blijven tot de uterus zelf. Het is mogelijk dat de zenuw vanuit de rug wordt geblokkeerd of beschadigd, waardoor er in het gehele verloop van de zenuw problemen kunnen ontstaan in de musculatuur en de desbetreffende organen

die vanuit dit niveau worden geïnnerveerd. Daarnaast hebben we in het hoofdstuk over PMS en de organen gezien dat verschillende hormonen een rol spelen bij PMS. Deze worden toegelicht bij het respiratoir / circulatoir model.

4.2 Het respiratoir / circulatoir model

Bij het respiratoir/circulatoir model wordt de innervatie van zowel het arteriële als veneuze systeem besproken. Hierbij zijn het verloop en de oorsprong van de bloedvaten van belang, evenals de omgevingsfactoren, zoals besproken bij het biomechanisch model, zodat de bloedvaten hun werk efficiënt kunnen uitvoeren zonder enige constrictie. Het fysiologische proces, de leefstijl en voeding kunnen op lange termijn invloed uitoefenen op dit systeem.

Bij de menstruatie en PMS vinden diverse hormonale veranderingen plaats. Daarom is het belangrijk om te begrijpen hoe het endocriene systeem werkt. In bijlage 3 worden de hormonen die betrokken zijn bij de menstruatiecyclus besproken, namelijk: oestrogeen, Follikel stimulerend hormoon (FSH), Luteïniserend hormoon (LH), Gonadotropin releasing hormoon (GnrH), testosteron en progesteron. Aangezien serotonine vermoedelijk een rol speelt bij PMS, zoals beschreven in het hoofdstuk over Premenstrueel syndroom, wordt deze ook meegenomen in de uitleg.

Om te begrijpen in welke fase van de menstruatiecyclus de hormonen actief zijn, bespreken we de verschillende fases van de cyclus en de rol van de betrokken hormonen.

De menstruatiecyclus bestaat gemiddeld uit 28 dagen en is onderverdeeld in vier fasen: de menstruatie fase, de folliculaire fase, de ovulatie fase en de luteale fase.

Door deze verschillende fases bewust te volgen, krijgen we inzicht in de hormonen die een rol spelen in de menstruatiecyclus. Het proces begint in de hypothalamus, die het GnRH afgeeft aan de hypofyse. De hypofyse produceert vervolgens FSH, dat de eierstokken stimuleert, en het LH voor de ovulatie. Wanneer FSH aan de eierstokken wordt afgegeven, stimuleren de groeiende follikels de productie van oestrogeen, wat terug wordt gemeld aan de hypofyse. Gedurende de luteale fase wordt progesteron geproduceerd voor de voorbereiding op een eventuele zwangerschap (Theys, 2023).

Gezien de oorsprong van de hormonen op verschillende locaties in het lichaam, is het belangrijk om hier rekening mee te houden. Vanuit osteopatisch perspectief is het belangrijk ervoor te zorgen dat de hypothalamus en hypofyse voldoende doorbloeding krijgen en niet belemmerd worden in hun functioneren. Dit kan worden ondersteund door het cranium mee te nemen in de behandeling, waarbij het ritme en de positie van de schedel in optimale vrijheid van de patiënt mag worden gebracht.

Naast het biomechanische aspect kan een dysfunctie van de bijnieren ook invloed hebben op de werking van de geslachts- en voortplantingshormonen. Wanneer de bijnieren in dysfunctie verkeren, kan de productie van cortisol toenemen, wat het stressniveau in het lichaam verhoogt.

Langdurige blootstelling aan verhoogd cortisol kan schade toebrengen aan de hersenen (Theys, 2023).

Naast osteopathie kunnen ook andere behandelmethoden en psychosociale factoren invloed uitoefenen op de optimale werking van de organen en hun functies.

4.3 Het bio-psychosociaal model

Binnen het bio-psychosociaal model kunnen psychosociale factoren invloed hebben op de werking en mobiliteit van een orgaan, bijvoorbeeld door stress. De volgende psychosociale factoren hebben zowel direct als indirect invloed op de menstruatiecyclus en de hormonale balans:

- Stress: Stress kan fysiek, fysiologisch en emotioneel van aard zijn. Het verhoogt de productie van cortisol in de bijnieren, waardoor deze harder moeten werken. Daarnaast moet de lever de afbraak van cortisol vergroten, waardoor deze ook extra belast wordt (Psycholoog.nl, z.d.; Theys,2023).
- Leefstijl: Factoren zoals voeding, beweging en slaap kunnen de hormonale balans beïnvloeden. Voor de aanmaak van hormonen zijn vitamines, mineralen, eiwitten en vetten noodzakelijk. Het is belangrijk dat deze voedingsstoffen in de juiste balans aanwezig zijn voor de werking van de hormoonhuishouding en de spijsvertering, die betrokken zijn bij de aanmaak en afbraak van hormonen. Een tekort aan lichaamsbeweging kan bijvoorbeeld van invloed zijn waardoor je insuline spiegel hoog blijft, wat invloed heeft op de pancreas en indirect op de hormoonbalans. Ook is voldoende slaap essentieel. Wanneer we stress ervaren en het cortisolniveau verhoogd is, slapen we vaak minder. Daarnaast blijkt dat de hoeveelheid melatonine, het slaaphormoon, invloed heeft op de menstruatiecyclus en de vruchtbaarheid (Theys,2023).
- Omgeving: Een sociaal netwerk kan invloed hebben op de emotionele gezondheid en kan helpen bij het verminderen van stress. Dit heeft op zijn beurt indirect invloed op de hormonale balans.

4.4 Het bio-energetisch model

Bij het bio-energetisch model draait alles om de balans tussen energieproductie, energieverdeling en energieverbruik. Het is essentieel om alle modellen mee te nemen tijdens de behandeling, omdat dysfuncties invloed kunnen hebben op een verstoring van de energiebalans (College van Advies et al., 2009b).

Osteopathie biedt een breed scala aan benaderingen voor het behouden van gezondheid en het beheren van ziekte. Binnen de osteopathie wordt er gebruikgemaakt van de anatomie, functie en de fysiologie van het individu. Het doel is om het normale zelfregulerende en zelfherstellende mechanisme in het lichaam te bevorderen. Hierbij wordt er aandacht besteedt aan weefselspanning, stress en dysfuncties die normale neurale, vasculaire en biochemische mechanismen kunnen belemmeren.

5. Meetinstrumenten

In dit hoofdstuk worden er verschillende meetinstrumenten besproken. Hierin wordt besproken wat een meetinstrument inhoudt, welke meetinstrumenten er binnen de osteopathie bij PMS zijn, de interviews en de resultaten van zowel de meetinstrumenten als de interviews.

1. Wat is een meetinstrument?

Een meetinstrument wordt gedefinieerd als: 'een een instrument / hulpmiddel waarmee grootheden gemeten kunnen worden' (woorden.org, z.d.). In de literatuur worden verschillende meetinstrumenten beschreven en toegepast. Deze kunnen onder andere in de vorm van een vragenlijst, observatie- en of performance test worden gebruikt (meetinstrumenten in de zorg, z.d.).

2. Meetinstrumenten binnen de osteopathie bij PMS

Binnen de osteopathie worden steeds meer meetinstrumenten gebruikt en aanbevolen onder andere via de website van de Nederlandse vereniging voor osteopaten (NVO). Echter, de beschikbare literatuur over de toepassing van de QOL, PREM en PROM binnen de osteopathie is zeer beperkt. Het onderzoek hierover, uitgevoerd via Pubmed en Mendeley is te vinden in bijlage 2. Gezien er geringe literatuur beschikbaar is voor patiënten met PMS binnen de osteopathie is er gekozen om voor deze thesis osteopaten te interviewen.

3. Interviews

Om inzicht te krijgen in de toepassing en effectiviteit van meetinstrumenten op dit onderwerp, is ervoor gekozen om een vijf osteopaten te interviewen.

De osteopaten zijn benaderd omdat zij actief zijn in het werkveld, kennis hebben over het onderwerp en zich inzetten voor vrouwengezondheid door middel van kennisoverdracht op scholen of via het geven van trainingen, webinars dan wel cursussen. Verdere details hierover zijn beschreven in de methode.

5.3.1 Resultaten interviews

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de expertinterviews gepresenteerd. Het doel van deze interviews is om inzicht te krijgen in de kennis in en het gebruik van meetinstrumenten in het osteopatisch werkveld, met de focus op PMS.

De duur van de interviews varieerde tussen de 17 en 57 minuten. Deze variatie valt te wijten aan de uitgebreidheid van de antwoorden, het uitwijken naar andere hormoongerelateerde onderwerpen en het meer gespreksmatige karakter van sommige interviews.

De interviews zijn woordelijk getranscribeerd en geanalyseerd door middel van open en axiale codering, zoals terug te vinden in bijlage 22 tot en met 26, het codeboek is opgenomen in bijlage 27.

Alle geïnterviewde osteopaten behandelen patiënten met PMS in hun praktijk. Hierbij wordt aangegeven dat het kan gaan om vrouwen met de reguliere diagnose PMS, vrouwen die PMS klachten ervaren zonder reguliere diagnose, en vrouwen die zich niet bewust zijn van het cyclische patroon van hun klachten. Voor de laatste groep kan het bijhouden van hun cyclus, met behulp van tracking of een dagboek, hierbij helpen.

De frequentie waarmee deze osteopaten patiënten met PMS behandelen, varieert van maandelijks tot wekelijks en zelfs dagelijks. De onderliggende redenen voor deze variatie zijn divers: niet iedereen heeft de reguliere diagnose, niet iedereen is er bewust van dat het PMS zou kunnen zijn, de ene osteopaat richt zich specifiek op vrouwengezondheid gericht dat zij uitsluitend deze doelgroep behandelt, waarbij een ander ook veel pasgeborenen ziet in de praktijk.

In alle interviews worden zowel fysieke als mentale en gedragssymptomen genoemd. Een osteopaat merkt op dat jongere vrouwen vaak de fysieke klachten als aanleiding voor een consult hebben, terwijl oudere vrouwen eerder mentale en gedragssymptomen aangeven.

Meest genoemde symptomen zijn stemmingswisselingen (allen), vocht vasthouden/ gespannen borsten, en pijnklachten zoals hoofdpijn, buikpijn lage rugklachten.

Het is belangrijk te vermelden dat er meerdere symptomen worden genoemd, variërend van vijf tot bijna twintig per interview. Een grote overlap is te vinden de mentale klachten, het omschrijven van klachten omtrent stemmingswisselingen, het opvliegende deel, alsook het neerslachtige aspect. Hoofdpijn, die kan oplopen tot migraine, misselijkheid en overgeven worden ook vaak genoemd, met diverse variaties in de omschrijvingen.

De opgenoemde fysieke symptomen zijn onder andere bloedingen(veel/lang/onregelmatigheid), acne, obstipatie, opgeblazen gevoel, vocht vasthouden, gespannen borsten en pijn zoals hoofdpijn, migraine, misselijk, overgeven en last van de lage rugspieren.

Mentale en gedragsmatige symptomen die worden genoemd zijn: agressie, opvliegendheid, prikkelbaarheid, stemmingswisselingen, labiel, desinteresse, down, concentratie, vermoeidheid en cravings (hunkering naar bepaald voedsel).

Bij het vragen naar de mening over het gebruik van meetinstrumenten in de osteopathiepraktijk, kwamen diverse reacties naar voren. Voordelen die genoemd werden zijn onder andere dat meetinstrumenten waardevolle ondersteuning kunnen bieden, bijdragen aan de communicatie met andere disciplines en wetenschappelijk onderzoek binnen de osteopathie kunnen bevorderen. Echter, gebruikt geen van de osteopaten een meetinstrument als hoofdtool. Nadelen die genoemd werden zijn, het risico op het versmallen van de blik zijn en verliezen van persoonlijk contact met de patiënt.

Wanneer gevraagd wordt naar de manier waarop de effecten van de behandeling worden gemeten, komen de volgende reacties naar voren: de voortgang wordt genoteerd aan de hand van gespreksvoering, zoals het afnemen van een eigen vragenlijst, het verhaal van de patiënt beluisteren en diens terminologie om de omvang/duur van klachten aan te geven. Ook het bijhouden en evalueren van de cyclus biedt inzicht in de effectiviteit van de behandeling. Een opvallend verschil tussen de osteopaten is de manier waarop de klachten benoemd worden. De één vindt het waardevol om een vergelijking te maken met het beginniveau van de klachten, terwijl de ander liever niet teruggaat om die negatieve ervaring niet naar voren te brengen, als de patiënt het op dit moment niet op de voorgrond heeft.

De gebruikte vragenlijsten variëren: de één maakt gebruik van een vragenlijst van het Integraal Medisch Centrum Amsterdam, een ander stelt zelf een vragenlijst op, waarbij er bijvoorbeeld gebruik wordt gemaakt van VAS score, QoL en het cysclusdagboek.

Naast deze woordelijke benoeming en vastleggen van de voortgang, wordt er door de osteopaten ook fysiek gemeten bijvoorbeeld door de kwaliteit van het weefsel en de mobiliteit van gewrichten of organen te testen. Al deze informatie wordt vastgelegd in het dossier van de patiënt.

Wat betreft het meetinstrument QoL, is de kennis over de inhoud wisselend. Het gebruik is minimaal. Bij één osteopaat komen er vragen over QoL voor in de eigen vragenlijst. Redenen waarom het niet gebruikt wordt, zelfs wanneer er kennis van dit meetinstrument aanwezig is, zijn onder andere de vele vragenlijsten die mensen al dienen in te vullen en het klinische karakter. Niemand gebruikt een officiële QoL-vragenlijst in de praktijk.

Wat betreft de PREM, zijn er opvallende bevindingen: bijna alle respondenten kennen de PREM, variërend van nauwelijks tot enigzins bekend, maar gebruiken deze niet in de praktijk. Één osteopaat is niet bekend met de PREM, maar overweegt deze steekproefsgewijs in te zetten na zich erin te hebben ingelezen.

De reacties op de PROM zijn grotendeels vergelijkbaar: de meeste osteopaten zijn er nauwelijks inhoudelijk mee bekend en gebruiken het niet in de praktijk. In sommige gevallen wordt de benodigde informatie uit de eigen vragenlijst gehaald.

Er worden diverse toevoegingen en aanbevelingen gedaan met betrekking tot de toepassing van meetinstrumenten binnen de osteopathie. Zo wordt aangegeven dat deze niet gemist worden, gezien het lijf het meeste vertelt. Ook wordt voorgesteld om ze laagdrempeliger en beter toepasbaar te maken binnen de osteopathiepraktijk. Er is een merkbare afstand tot de reguliere gezondheidszorg, niet alleen in de toon, zoals eerder aangegeven, maar ook in ziens- en behandelwijze waarbij de osteopaten de holistische kijk op de mens als geheel en individu vooraan hebben staan. Ook is het beeld van reguliere geneeskunde dat zij meer in hokjes of met lijsten werken, waarbij de focus soms meer op het beeldscherm ligt dan op de patiënt zelf.

Het belang van samenwerken, elkaars verschillen accepteren en het gezamenlijke doel van gezondheid wordt wel onderkend, aanbevelingen als: meetinstrumenten helpen om dezelfde taal te spreken, ze zijn zinvol om met elkaar de situatie in beeld te brengen, worden genoemd. Daarnaast wordt aangegeven dat het (laten) afnemen van bloed kan helpen om de hormoonwaardes in het bloed objectief te meten, wat kan helpen bij het opsporen van afwijkingen zoals die aan de bijnieren.

Er is ook gevraagd naar de toevoegingen of aanbevelingen met betrekking tot osteopathie en PMS. In de antwoorden is de holistische benadering die binnen de osteopathie wordt gehanteerd terug te lezen. Er wordt benadrukt dat er aandacht moet zijn voor het effect op het gehele systeem van de mens, waarbij niet alleen de lokale werking van een techniek, maar ook de impact op de fluïda, het zenuwstelsel en andere systemen. Hierbij wordt er ook een aanvulling gedaan dat niet alleen het systeem binnen, maar ook buiten de mens van invloed is op het welzijn en het zelfherstellend vermogen. Er wordt benadrukt dat het belangrijk is om breed te blijven kijken en niet alleen de focus te leggen op de klachten en betrokken regio's. Indien uit onderzoek blijkt dat een andere regio of systeem meer beperkt is, moet ook die behandeld worden. Dit sluit overigens mooi aan op de vijf modellenbenadering die eerder in de thesis is besproken: alles is met elkaar verbonden, verschillende systemen beïnvloeden elkaar.

Bij dit onderdeel komt ook het verzoek tot samenwerken naar voren, bijvoorbeeld bij bloedonderzoek. Er wordt meerdere keren aanbevolen om osteopathie bij PMS te combineren met mesologie, ter ondersteuning van de fysiologie op het gebied van voeding, suppletie, kruiden.

In het interview is gevraagd welke diagnoses vergelijkbaar met PMS de osteopaten in de praktijk zien. Als eerste werd aangegeven dat de vraag niet correct helemaal correct was, aangezien niet elke patiënt met een reguliere diagnose binnen komt en het niet aan de osteopaat is om een diagnose te stellen. De vraag werd daarom omgebogen naar welke aandoeningen met vergelijkbare symptomen er zijn, die om differentiaaldiagnostiek vragen.

Bijna alle osteopaten noemden endometriose en PCOS, maar ook PDS en andere verteringsproblemen die kunnen exacerberen door hormonale schommelingen. Aandoening van de bijnieren, (chronische) stress en schildklierproblematiek werden eveneens meerdere keren genoemd. Klachten ten gevolge van curettage na abortus en hypertonie van het bekken na trauma werden één keer benoemd.

Er werd meerdere keren aangegeven dat onderliggende kwesties kunnen verergeren tijdens de hormonale daling in de luteale fase, zoals eerder genoemde PDS, voedingsintoleranties, maar ook overtuigingen en patronen.

Een en ander is reeds beschreven in hoofdstuk 3 'Diagnoses vergelijkbaar met PMS'.

Door de interviews heen worden verschillende punten genoemd die de osteopaten graag willen meegeven in deze thesis, zoals het belang van een brede benadering zonder direct te focussen op

PMS. Daarnaast wordt het meenemen van de leefstijl bij de uitvraging en advisering benadrukt. Aanbevelingen op het gebied van samenwerking wordt ook regelmatig genoemd, waaronder samenwerking met mesologie, andere disciplines zoals orthomoleculaire artsen, het afnemen van bloed, gynaecologen en endocrinologen. Belangrijk om mee te geven, is dat een menstruatiecyclus zonder klachten kan verlopen, en dat de menstruatie soms begint zonder voorafgaande aankondiging van ongemak, klachten en erger.

Afsluitend kan gesteld worden dat alle geïnterviewde osteopaten zeer betrokken zijn bij hun professie, aandacht en oor hebben voor de patiënt, en waardevolle informatie hebben verstrekt over vrouwengezondheid, met specifieke focus op PMS en het gebruik van meetinstrumenten.

5.4. Meetbare en gevalideerde Quality of Life (QoL)meetinstrumenten

In deze paragraaf wordt besproken hoe de kwaliteit van leven (Quality of life, QoL) bij patiënten met PMS kan worden beoordeeld aan de hand van een meetinstrument. Uit diverse onderzoeken blijkt dat er meerdere meetinstrumenten in de gezondheidszorg beschikbaar zijn om de Quality of life te beoordelen. Voor de osteopathie zijn er echter geen zoekresultaten die betrekking hebben op QoL en PMS. Enkele vragenlijsten voor het meten van QoL zijn onder andere Short Form-36 of RAND-36 (SF-36), Quality of life scale (QOLS), de EQ-5D-5L, de World Health Organization Quality of Life (WHOQoL-BREF), de Women's health quality of Life (WH-QoL), de Premenstrual Syndrome Quality of Life Scale en de Premenstrual Symptoms Impact Survey (PMSIS).

5.4.1 SF-36

De SF-36 wordt ingezet om de ervaren gezondheid en de kwaliteit van leven in relatie tot de gezondheid te evalueren. Het bevat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke of emotionele problemen, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving. Een hoge score komt overeen met een betere gezondheidstoestand (van der Zee IK, Sanderman R, 1993). De lijst kan zonder toestemming worden gebruikt, waardoor deze gemakkelijk inzetbaar is.

De betrouwbaarheid van de SF-36 blijkt uit onderzoek, waarbij bijna alle facetten van de vragenlijst goed scoren, behalve op sociaal functioneren met een score van 0.73 behaald volgens de Cronbach's alfa. De overige onderdelen scoorden boven de α 0.930, met uitzondering van het onderdeel pijn, dat een α van 0.850 behaalt. Dit valt nog boven de geaccepteerde waarde. Daarnaast geeft het onderzoek aan dat de validiteit goed is, omdat de SF-36 in staat is om lage niveaus van slechte gezondheid te waarnemen bij patiënten die een score van nul hadden behaald (Brazier J.E. et al, 1992).

De vragen zijn algemeen en niet specifiek gericht op patiënten met PMS. Hierdoor is er twijfel of over de toepasbaarheid van deze vragenlijst voor patiënten met PMS. Desondanks wordt de vragenlijst wel gebruikt in onderzoeken naar de kwaliteit van leven bij patiënten bij PMS, zoals in de studies van Parisa H. en Kevser I. (2024), Hatice I. et al (2016) en in het onderzoek van Sevil S. et al. (2014). Deze onderzoeken tonen aan dat, ondanks de algemeenheid, de vragenlijst effectief kan worden gebruikt om de kwaliteit van leven bij patiënten met PMS inzichtelijk te maken. De gehele vragenlijst kan worden geraadpleegd in bijlage 6.

5.4.2 Quality of life scale

De Quality of life scale (QoLS) is ontworpen door een Amerikaanse psycholoog genaamd Flanagan in 1970. De QoLS wordt voornamelijk gebruikt bij patiëntengroepen met chronische ziekten om de impact van hun gezondheid te meten indien genezing niet mogelijk is. De QoLS bestaat uit 16 vragen en gaat onder andere over hun gezondheid, werk, relaties en leren. Ondanks dat de QoLS oorspronkelijk is ontworpen voor de gezondheidszorg, is de in te vullen vragenlijst moeilijk online te

vinden en is er geen associatie te vinden met PMS. Tijdens het onderzoek is er gebruikgemaakt van chronisch zieken met diabetes, artrose, reumatoïde artritis en post-ostomiechirurgie. Voor deze groep is bekend dat de betrouwbaarheid tussen de α 0.820 tot 0.920 en dat een hoge test-hertestbetrouwbaarheid gedurende 3 weken, met $r = 0,780$ tot $r = 0,84$, meetbaar is. De conclusie van het onderzoek geeft daarom ook aan dat het een betrouwbaar en valide instrument is vanuit het perspectief van de patiënt voor bovengenoemde chronische ziekten (Burckhardt C. en Anderson K. 2003). PMS is echter een syndroom en is in geen enkel onderzoek meegenomen. Om de gehele vragenlijst door te nemen, kan deze geraadpleegd worden in bijlage 5.

5.4.3 Premenstrual Syndrome Quality of Life Scale

De Premenstrual Syndrome Quality of Life Scale is ontwikkeld voor vrouwen met PMS. De vragenlijst bestaat uit 22 vragen waarbij aangegeven kan worden of de patiënt het er sterk mee oneens is, oneens, niet oneens of eens, eens, sterk mee eens. Hoe hoger deze score als uitkomstmaat, hoe beter de kwaliteit van leven bij vrouwen met PMS.

De betrouwbaarheid, gemeten volgens de Cronbach's alpha score, is voor de totale schaal 0,908. De validiteit wordt niet uitgebreid besproken. Echter wordt er in de conclusie wel genoemd dat de studie succesvol was in het ontwikkelen en valideren van de schaal. Daarnaast geven ze aan dat er in toekomstige studies een grotere groep getest moet worden om de test-hertestmethode mee te nemen (HadaviBavili & İlçioğlu, 2024). Om de gehele vragenlijst door te nemen, kan deze geraadpleegd worden in bijlage 8.

5.4.4 Premenstrual symptoms impact survey

De Premenstrual Dymptoms Impact Survey (PMSIS) wordt gebruikt voor het evalueren van de impact op premenstruele symptomen in relatie tot de gezondheid en de kwaliteit van leven. In deze vragenlijst worden zes criteria uitgevraagd, en hier komt een score uit. Deze score kan gebruikt worden om het risico op PMDD en PMS aan te tonen, waarbij het klinische verschil duidelijk is. Daarnaast kan deze vragenlijst worden gebruikt als onderwijsmiddel over de impact van de kwaliteit van leven door de symptomen van PMS. Doordat deze speciaal ontwikkeld is voor mensen met PMS en PMDD, kan deze vragenlijst in de praktijk worden ingezet voor patiënten met PMS (Wallenstein G. et al, 2008).

De betrouwbaarheid van deze vragenlijst is hoog, met een Cronbach's α score van 0.890 en een test-hertestbetrouwbaarheid van 0.700. Daarnaast geeft het onderzoek aan dat de inhoudsvaliditeit hoog is en dat het de belangrijkste onderwerpen van gezondheid en functioneren dekt (Üniversitesi, 2015). Om de gehele vragenlijst door te nemen, kan deze geraadpleegd worden in bijlage 7.

5.4.5 Women's Quality of life questionnaire

De Women's Quality of Life Questionnaire (WQoL) is in 2006 ontworpen door Sarah Gehlert en haar collega's. Tijdens het ontwerpen is er een grote groep vrouwen vanuit diverse sociaal-economische klassen gevraagd. Daarnaast is de vragenlijst specifiek gericht op vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Er wordt gevraagd naar hun fysieke, mentale, sociale en spirituele gezondheid. De vragenlijst is makkelijk te lezen en te scoren. Echter geven ze aan dat de tijd zal leren of de psychometrische eigenschappen behouden blijven voor het onderzoeken van de kwaliteit van leven bij vrouwen met PMS (Kathleen M. et al. 2010). Hierdoor kan men zich afvragen of deze vragenlijst ingezet kan worden bij vrouwen met PMS, aangezien er twijfel kan ontstaan over de betrouwbaarheid en validiteit. Ondanks deze twijfel uit het onderzoek blijkt dat er in de tussenjaren tot nu geen andere onderzoeken zijn geweest die deze twijfel ondersteunen of ontkrachten. De validiteit en betrouwbaarheid worden in het artikel van Kathleen M. et al (2010) niet specifiek in getallen uitgedrukt en er is geen overige literatuur te vinden met betrekking tot de WQoL. Totdat er nieuwe

literatuur beschikbaar is, kan deze eventueel in de praktijk worden gebruikt voor patiënten met PMS. Om de gehele vragenlijst door te nemen, kan deze geraadpleegd worden in bijlage 9.

5.4.6. EQ-5D-5L

De EQ-5D-5L is een gestandaardiseerd instrument ontwikkeld door de EuroQol-groep 1990. Voor deze vragenlijst worden vijf verschillende gezondheidsniveaus gemeten, namelijk op: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Daarnaast kan de patiënt aangeven op een schaal van 0 tot 100 hoe hij zijn gezondheidstoestand ervaart. Om de vragenlijst te gebruiken, moet een aanvraag worden gedaan op de website van EuroQol: dit kan 2 werkdagen duren. Er kan direct van de website een sample en een handleiding worden gedownload. Deze mag niet in de praktijk worden gebruikt, aangezien dit tegen hun licentiebeleid ingaat. Door deze regels wordt het moeilijker gemaakt om de EQ-5D-5L in de praktijk te gebruiken. Naast de aanvraag is er geen wetenschappelijk bewijs op PubMed.com of Mendeley.com te vinden dat de EQ-5D-5L is onderzocht bij patiënten met PMS. Tot slot wordt de validiteit en betrouwbaarheid niet genoemd in hun eigen gebruikershandleiding (meetinstrumenten in de zorg, 2019) (euroQoL, 2024). Om de gehele vragenlijst door te nemen, kan deze geraadpleegd worden in bijlage 10.

5.4.7. World Health Organization Quality of Life Questionnaire- BREF

De World Health Organization Quality of Life Questionnaire- Bref (WHOQoL-BREF) is een verkorte versie van de WHOQoL-100. Bij dit meetinstrument worden 26 items gescoord over fysieke gezondheid, psychologie, sociale relaties, omgeving en algemene kwaliteit van leven en gezondheid. Een hoge domeinscore komt overeen met een betere kwaliteit van leven.

Deze vragenlijst wordt in diverse onderzoeken naar PMS en de kwaliteit van leven gebruikt, zoals bij de onderzoeken van Victor F. et al (2019)., Kustriyanti D. en Rahayu H. (2020) en bij het onderzoek van Farrokh-Eslamlou H., et al (2015). Naast deze onderzoeken zijn er meerdere resultaten te vinden op Mendeley.com over de WHOQoL-BREF en PMS. Door deze onderzoeken weten we dat, ondanks de algemeenheid van de vragenlijst, het bij gebruik een positieve bijdrage levert in het meten van de kwaliteit van leven bij patiënten met PMS.

Daarnaast scoort de WHOQOL-BREF goed op de Cronbach-alfascore met $\alpha=0.896$. De interne betrouwbaarheid scoorde hierbij niet goed op het domein sociale relaties, 0.533. Daarnaast wordt er aangegeven dat de validiteit goed is in het gebruik. Echter is in dit onderzoek geen gebruik gemaakt van patiënten met PMS bij het meten (Ilić et al., 2019). Om de gehele vragenlijst door te nemen, kan deze geraadpleegd worden in bijlage 11.

5.5 Meetbare en gevalideerde PREM

In deze paragraaf worden de meetbare en gevalideerde PREM's besproken binnen de osteopathie bij patiënten met PMS. Deze vragenlijsten worden ingevuld door de patiënten om hun ervaring met de zorg, het zorgproces, de kwaliteit van de zorgverlener vanuit hun perspectief in kaart te brengen. Hierbij gaat het dus niet specifiek om PMS als aandoening. Deze vragenlijsten worden meestal na afloop ingevuld en kunnen over verschillende aspecten van de zorg, zoals de informatievoorziening, de communicatie en de omgang met de zorgaanbieders. (Bull et al., 2022) (Zorginstituut Nederland, 2024).

5.5.1. PREM bij PMS in de osteopathie

Volgens een nieuwsbericht op de website van de Nederlandse Vereniging Osteopathie (NVO) uit 2023 kan de PREM worden uitgevoerd via Qualizorg. Op de website van Qualizorg is er een PREM beschikbaar voor de paramedische zorg, die ingezet kan worden voor osteopathie. Via de NVO kan men zich aanmelden zodat deze gekoppeld kan worden aan het EPD. De kosten worden door de NVO opgenomen indien men lid is. (NVO Osteopathie, z.d.)

Op de website van Qualizorg en via de informatie verkregen van de NVO is geen wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar die betrekking heeft op de ontwikkelde PREM. Ondanks het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing wordt deze wel ingezet in de praktijk voor zowel osteopaten als paramedische beroepen. De volledige PREM is te vinden in bijlage 10 (NVO et al., 2023).

5.6 Meetbare en gevalideerde PROM

In deze paragraaf worden de meetbare en gevalideerde PROM's besproken binnen de gezondheidszorg bij patiënten met PMS. Deze vragenlijsten worden ingevuld door de patiënten om inzicht te krijgen in de subjectieve aspecten van hun gezondheid. Het kan hierbij gaan over symptomen en klachten zoals pijn en angst, het dagelijks functioneren in- en om het huis, het sporten of het uitvoeren van huishoudelijke taken. Daarnaast kunnen aanvullende testen van toegevoegde waarde zijn, zoals een observatie, klinische beoordeling of een test. Bijna alle PROM's kunnen voor, tijdens en na de behandeling worden afgenomen en met de patiënt geëvalueerd.

Bij de PROM's wordt onderscheid gemaakt tussen gestandaardiseerde PROM's, een vaste set vragen, en geïndividualiseerde PROM's, hierbij kunnen patiënten hun individuele problemen beschrijven. Daarnaast kunnen ze algemeen zijn en toepasbaar voor alle aandoeningen, of ziekte-specifiek zoals in dit geval voor PMS (Zorginstituut Nederland, 2024).

Binnen de osteopathie is er in de literatuur en op de website van het NVO geen onderbouwing te vinden voor algemene PROM's. Gezien het feit dat er diverse gestandaardiseerde PROM's worden gebruikt in de gezondheidszorg, worden deze hieronder uitgebreid beschreven. Aan het einde van deze thesis wordt een aanbeveling gedaan voor een algemene gestandaardiseerde PROM met betrekking tot osteopathie bij PMS patiënten (Embloom, 2024).

Gezien er in de literatuur geen onderbouwing te vinden is voor osteopathie bij patiënten met PMS, is er geen ziekte-specifieke paragraaf toegevoegd aan dit hoofdstuk. De uitgebreide zoekcriteria van de databanken zijn te vinden in bijlage 2.

5.6.1 Global perceived effect (GPE)

De GPE is een vragenlijst waarbij de mate van herstel gemeten kan worden vanuit het oogpunt van de patiënt. De GPE is in verschillende uitvoeringen beschikbaar, namelijk: als een zeven-puntsschaal met één item of met twee items waarbij het tweede item een PREM is, een negenpuntsschaal, een vijf puntsschaal, een zes-puntsschaal en een elf-puntsschaal. De GPE is een korte vragenlijst die binnen ongeveer één minuut ingevuld kan worden. In de literatuur wordt vaak gebruik gemaakt van de

zeven-puntsschaal en ingezet bij wervelkolomproblematiek. Er wordt echter aangegeven dat de GPE generiek toepasbaar is (Bokhorst ML et al., 2023). Voor deze vragenlijst is er geen Cronbach alpha-score beschikbaar, aangezien de vragenlijst slechts uit één vraag bestaat. De test-hertestbetrouwbaarheid kan echter wel worden gemeten, aangezien de vragenlijst op meerdere tijdstippen kan worden ingevuld. Deze score varieert van 0.900-0.990, waarbij in het onderzoek van Kamper et al. (2010) wordt aangegeven dat de validiteit hoog is. Dit onderzoek richtte zich echter op musculoskeletale problematiek (Kamper et al., 2010). Voor de zeven-puntsschaal met één of twee items en de negenpuntsschaal, zie bijlage 12,13 en 14.

5.6.2 Global perceived effect dagelijkse activiteiten (GPE dagelijkse activiteiten)

De GPE dagelijkse activiteiten wordt gebruikt voor het meten van de effectiviteit van de behandeling door een fysiotherapeut. Hierbij wordt er gescoord van 'heel veel slechter' tot 'heel veel beter' in zeven stappen. De vragenlijst kan worden ingezet voor evaluatie. Echter, de vragenlijst is niet gemakkelijk toegankelijk via het internet of wetenschappelijke databanken. Hierdoor is de GPE dagelijkse activiteiten moeilijk in te zetten bij behandelingen. De GPE dagelijkse activiteiten wordt onder andere gebruikt bij COPD en Perifeer Arterieel vaatlijden, waardoor de betrouwbaarheid en validiteit buiten deze ziekten niet zichtbaar zijn in de wetenschappelijke literatuur ("Fysiotherapeutische Meetinstrumentenset Bij Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)", 2020) (Embloom, 2024). Voor de gehele vragenlijst zie bijlage 16.

5.6.3 Global perceived effect – 4 (GPE-4)

De GPE-4 is een vragenlijst ontwikkeld voor de patiënt die een behandeling bij de fysiotherapeut heeft gehad. Hierbij wordt er gescoord van heel veel slechter tot heel veel beter in zeven stappen. De GPE-4 kan worden ingezet aan het einde van de behandeling ter evaluatie. Onbekend is of deze vragenlijst momenteel ook door andere disciplines in de zorg wordt ingezet (Embloom, 2023). Daarnaast is hier geen wetenschappelijke onderbouwing naar voren gekomen in het literatuuronderzoek. Voor de gehele vragenlijst zie bijlage 15.

5.6.4 Illnes perception questionnaire- kort (IPQ-K)

De IPQ-K, of ziekteperceptie vragenlijst, is een aangepaste Nederlandse versie van de Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ). Deze vragenlijst meet de manier waarop mensen denken over hun klachten, de omgang met hun lichaam, het disfunctioneren en de ziekteperceptie. De IPQ-K bestaat uit negen items en kan richtinggevend zijn voor de behandeling die door de therapeut wordt aanbevolen. De vragenlijst kan niet als geheel beoordeeld worden, maar dient als een evaluatieve meting om per item een verandering in de ziekteperceptie van de patiënt waar te nemen. Het is een korte vragenlijst die maximaal vijf minuten in beslag neemt. Echter, de vragenlijst is niet onderzocht bij PMS, maar wel bij andere patiëntenpopulaties zoals chronische pijn, dwarslaesie, sikkelcelziekte, vasculitis, kinderen, autisme en hartfalen. Hierdoor is de vragenlijst breed inzetbaar. De IPQ-K kan niet beoordeeld worden op de Cronbach's alfa, aangezien dit niet van toepassing is op vragenlijsten met één-item score (Meetinstrumenten in de zorg, 2024). Voor de gehele vragenlijst zie bijlage 17.

5.6.5 Numeric pain rating scale (NPRS)

De NPRS is een korte, specifieke meetschaal om de mate van pijn in de afgelopen week bij de patiënt te meten. Het is een kort meetinstrument dat maximaal één minuut in beslag neemt. Het is een schaal van 0-10, waarbij nul de minimumscore is (geen pijn) en tien de maximumscore (meest denkbare pijn). Het meetinstrument kan zowel voor inventarisatie als voor evaluatie en het meten van effectiviteit worden gebruikt. De betrouwbaarheid volgens de Cronbach's alpha-score is boven de α 0.850, en de test-hertest betrouwbaarheid is variërend van 0.800 tot 0.970 (Williamson & Hoggart, 2005) (Heugten et al., 2021). Voor het meetinstrument, zie bijlage 18.

5.6.6 Patiënt specifieke klachten (PSK)

De PSK is een meetinstrument om de functionele status van de patiënt te bepalen. De patiënt kiest 3 tot 5 activiteiten waarbij ze hinder ondervinden tijdens de uitvoering, die regelmatig (wekelijks) moet plaatsvinden. De patiënt scoort deze activiteiten van nul (de minimumscore) tot tien (de maximumscore). Voor diverse lichamelijke klachten is er een specifieke PSK ontwikkeld. Bij PMS is dit echter niet het geval, maar de PSK kan wel worden gebruikt voor inventarisatie of als evaluatie/om effectiviteit te meten, aangezien de patiënt het volledig kan invullen (Bokhorst ML & Beurskens, 2022). De Cronbach's alfa-score is niet bekend voor de de psk. De test-hertest betrouwbaarheid is wel gemeten en heeft een ICC van 0.82 bij patiënten met artrose van de heup en knie (Rodenhuis et al., 2020). Daarnaast wordt er in het onderzoek van Beurskens et al (2012) aangegeven dat bij een score verandering van minimaal 64% sprake is van een klinisch relevant verschil bij patiënten met lage rugklachten. Voor de gehele vragenlijst, zie bijlage 19.

5.6.7 Pain disability index (PDI)

De PDI is een vragenlijst die betrekking heeft op de invloed van pijnklachten op iemands leven. Hierbij wordt gevraagd naar dagelijkse activiteiten en de gemiddelde invloed van pijn. De vragenlijst bestaat uit zeven items in verschillende categorieën: familiair/huishoudelijke activiteiten, recreatie, sociale activiteiten, beroep, seksuele activiteiten, zelfverzorging en de basale levensbehoeftes van de patiënt. De vragenlijst kan worden ingezet voor inventarisatie of als evaluatie/om effectiviteit te meten (Bokhorst ML et al., z.d.). De betrouwbaarheid van de PDI is volgens de Cronbach's alpha-rating goed, namelijk $\alpha = 0.860$ en de validiteit is volgens het onderzoek van Tair. R.C et al (1990) aanwezig. Voor de gehele vragenlijst, zie bijlage 20.

5.6.8 Visual analogue scale (VAS)

De VAS is een specifieke meetschaal. De meetschaal bestaat uit een lijn die zowel verticaal als horizontaal kan zijn, met een lengte van 100mm, waarbij de patiënt een score kan aangeven over de mate van pijn. Het aantal millimeter tussen de score van de patiënt en de minimumscore wordt als uiteindelijke score op de VAS beschouwd. Matige pijn wordt gemiddeld gescoord met een VAS-score van 49mm, en ernstige pijn wordt gescoord met een gemiddelde VAS-score van 75 mm (Collins LC et al 1997). De vragenlijst kan worden ingezet voor inventarisatie of als evaluatie/om effectiviteit te meten (Bokhorst et al., 2022). De test-hertest betrouwbaarheid van de VAS is 0.97, wat duidt op een hoge betrouwbaarheid (Alghadir et al., 2018) (Williamson & Hoggart, 2005). Daarnaast wordt aangegeven dat de validiteit van de VAS hoog is, waarbij het vooral een sterke correlatie laat zien bij het meten van pijn (Begun, R. en Hossain M.A., 2019). Voor de gehele vragenlijst, zie bijlage 21.

6. Conclusie

De onderzoeksvraag luidt als volgt: Welke meetinstrumenten zijn geschikt voor de evaluatie van het onderzoek naar de effectiviteit van osteopathische behandelingen bij patiënten met PMS? Om tot een conclusie te komen, volgt hieronder enige uitleg met betrekking tot de hoofdvraag en deelvragen.

De resultaten van de interviews geven aan dat er nauwelijks tot geen gebruik wordt gemaakt van meetinstrumenten binnen de osteopathie bij vrouwen met PMS. Het literatuuronderzoek naar de QoL, PREM en PROM laat zien dat er weinig wetenschappelijke onderbouwing is voor het gebruik van deze meetinstrumenten bij PMS. Er kan geconcludeerd worden dat er geen meetinstrument is met voldoende wetenschappelijke onderbouwing voor gebruik bij patiënten met PMS. Vanwege deze conclusie worden er aanbevelingen gedaan voor het gebruik van meetinstrumenten bij PMS, welke nog niet specifiek voor dit doel zijn onderzocht.

De patiënten die behoren tot het PMS-syndroom zijn uitsluitend vrouwen mét een regelmatige cyclus, die de diagnose PMS hebben ontvangen conform de richtlijn PMS van de FMS voor de NVOG, Kern PMS, Variant PMS 2 en/of 3.

Uitgesloten worden vrouwen met onderliggend lijden, die kunnen exacerberen tijdens de luteale fase, vrouwen die niet menstrueren, vrouwen met PMSS en anderszins alle andere personen die niet of niet regelmatig menstrueren, dan wel klachten ervaren die niet uitsluitend tijdens de luteale fase voorkomen.

Matching kan volgens het onderzoek op twee manieren plaatsvinden: ten eerste volgens Ismaïli, waarbij er onderscheid wordt gemaakt tussen Kern en Variant PMS, met het gebruik van exogene hormonen (Variant PMS 3). Er wordt echter geen onderzoek gedaan naar de ovulatie, waardoor Variant PMS2 niet als subgroep naar voren komt.

De tweede manier is volgens de indeling van de ISPMD waarbij er een splitsing wordt gemaakt tussen fysieke en psychische klachten.

De richtlijn PMS van de FMS voor de NVOG hanteert geen in- en outcome criteria. Wel wordt er aan de patiënt gevraagd om twee keer een cycluskalender in te vullen. Ook blijkt uit de interviews dat de osteopaten gebruikmaken van het uitvragen en het vastleggen van de cyclus van de patiënten tijdens hun consult.

De definitie van een meetinstrument is: een instrument of hulpmiddel waarmee grootheden gemeten kunnen worden. In dit onderzoek zijn de volgende meetinstrumenten behandeld: de QoL, waarmee de kwaliteit van leven van de patiënt kan worden beoordeeld, de PREM om de ervaring van patiënten met de zorg en het zorgproces te meten, en de PROM om inzicht te krijgen in de subjectieve aspecten van hun gezondheid. Bij alle meetinstrumenten die in dit onderzoek zijn opgenomen, is er geen wetenschappelijk bewijs voor het gebruik bij patiënten met PMS, zowel in de reguliere geneeskunde als in de osteopathie.

Uit de interviews blijkt dat de voortgang op verschillende manieren wordt vastgelegd. De respondenten zijn op de hoogte van het bestaan van meetinstrumenten binnen de osteopathie. Er is een variatie in kennis met betrekking tot de QoL, de PREM en de PROM. Meer dan de helft van de ondervraagden geeft aan geen meetinstrumenten te gebruiken. De respondenten geven aan de voortgang te monitoren en vast te leggen door middel van anamnese, eigen vragenlijsten, mobiliteitstesten of referentietesten waarbij er wel of niet gebruik wordt gemaakt van een meetinstrument. De meetinstrumenten die wel worden ingezet door de ondervraagden zijn onder andere de VAS-score en een eigen vragenlijst waarin de cycluskaart, de VAS en de QoL een onderdeel van zijn.

7. Aanbeveling

Op basis van de conclusies van het onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan.

- Aanbeveling voor de in- en outcome criteria
 - De PMS kalendertest wordt aanbevolen om bij aanvang en afsluiting van het onderzoek in te vullen. Het kan zijn dat de patiënt deze al heeft ingevuld tijdens het reguliere traject. Om de effectiviteit van osteopathie bij PMS te meten, wordt aanbevolen om voorafgaand aan de behandeling deze twee maanden in te vullen. Daarop aansluitend kan worden overwogen om als outcome opnieuw de kalender opnieuw twee maanden te laten invullen. Op deze manier kan goed worden vergeleken welke klachten (inclusief de aard, mate, duur en moment) er voorafgaand aan het onderzoek, en naderhand worden ervaren. Geadviseerd wordt om in ieder geval dezelfde kalender in te laten vullen, waarbij de PMS-kalendertest in het Nederlands is en een aantal symptomen opnoemt en de DRSP-vragenlijst in het Engels is en zeer specifiek de symptomen benoemt.
- Aanbeveling voor de QoL meetinstrumenten
 - De WHQoL- Bref wordt aanbevolen doordat er meerdere vragenlijsten voor PMS te onderscheiden zijn om de kwaliteit van leven te meten bij patiënten met PMS. Deze vragenlijsten komen het beste naar voren op het gebied van betrouwbaarheid en validiteit. Daarnaast zijn ze in diverse onderzoeken al gebruikt met betrekking tot PMS, waardoor de bruikbaarheid van deze vragenlijsten al beter is aangetoond.
 - De SF-36 wordt aanbevolen, omdat er meerdere vragenlijsten voor PMS te onderscheiden zijn die de kwaliteit van leven meten bij patiënten met PMS.. Deze vragenlijsten komen het beste naar voren op het gebied van betrouwbaarheid en validiteit. Daarnaast zijn ze in diverse onderzoeken al gebruikt met betrekking tot PMS, waardoor de bruikbaarheid van deze vragenlijsten al beter is aangetoond.
- Aanbeveling van de PREM meetinstrumenten
 - De PREM voor paramedische zorg wordt aanbevolen, omdat deze een duidelijk inzicht geeft in de kwaliteit van de zorgverlener vanuit het perspectief van de patiënt.
- Verder onderzoek naar de PROM binnen de osteopathie wordt aanbevolen om
 - De VAS wordt aanbevolen, omdat deze specifiek en nauwkeuriger is dan de NPRS. De NPRS kan namelijk per punt gescoord worden, terwijl de VAS per mm wordt gescoord, waardoor de patiënt moeilijker in staat is om te onthouden wat er de keer ervoor gescoord is.
 - De PSK wordt aanbevolen omdat deze per individu afgestemd kan worden en de voortgang besproken kan worden op basis van hun ingevulde activiteiten.
 - De GPE wordt aanbevolen omdat deze snel in te vullen is aan het einde van de behandeling om te monitoren of de behandeling resultaat heeft gegeven.
- Aanbeveling naar aanleiding van de interviews
 - Osteopaten blijken matige kennis te hebben van de QoL, PREM en PROM en zetten deze nauwelijks in. Indien er vanuit de beroepsgroep de wens is om meer onderzoek uit te voeren in het werkveld binnen de osteopathie, wordt het geven van voorlichting en scholing aanbevolen.
 - Samenwerking met mesologen om, door middel van adviezen over voeding en suppletie, de hormonen te ondersteunen.
 - Samenwerking met reguliere disciplines, zoals bloedonderzoek om de mate van afwijking van de hormonen vast te stellen of om bijvoorbeeld abnormaliteiten van de bijnier op te sporen. Ook wordt samenwerking met een gynaecoloog en endocrinoloog aanbevolen, om met behulp van bijvoorbeeld beeldvorming inzicht te krijgen in de problematiek die leidt tot deze klachten.

8. Discussie

In deze thesis zijn de meetinstrumenten bij patiënten met PMS binnen de osteopathie onderzocht. De resultaten bieden inzicht in de diversiteit van meetinstrumenten die momenteel beschikbaar zijn, zowel in de reguliere geneeskunde als binnen de osteopathie. Gezien de belangrijkste bevindingen zijn gepresenteerd, is het essentieel om deze in een bredere context te plaatsen. De discussie richt zich op de resultaten ofwel validiteit, de beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Door deze elementen te verkennen, willen we niet alleen de relevantie van onze bevindingen onderstrepen, maar ook bijdragen aan een dieper begrip van de meetinstrumenten bij patiënten met PMS binnen de osteopathie.

Uit dit onderzoek blijkt dat er geen passende meetinstrumenten zijn.

In het vorige hoofdstuk zijn aanbevelingen gedaan met betrekking tot QoL meetinstrumenten die algemeen bij diverse aandoeningen worden gebruikt en die dus ook bij PMS ingezet zouden kunnen worden. De validiteit en betrouwbaarheid van de SF-36 en WHQoL-Bref komen het beste naar voren wanneer gekeken wordt naar de conclusies van de onderzoeken en de Crohnbach's alfa-score. Doordat de validiteit en betrouwbaarheid van de meetinstrumenten zijn onderzocht, wordt de beoordeling sterk onderbouwd. Daarnaast zijn de SF-36 en WHQoL-BREF in diverse onderzoeken met betrekking tot PMS gebruikt, waardoor de bruikbaarheid van deze vragenlijsten meer wordt aangetoond. Daarbij kwamen we tot de conclusie dat de PMSIS niet aanbevolen kan worden, ondanks de hoge betrouwbaarheid en validiteit. Deze wordt namelijk vooral gebruikt om het risico op PMDD en PMS aan te tonen. Bovendien kan het beter als educatiemiddel worden ingezet dan als evaluatiemiddel voor de kwaliteit van leven. Dit maakt deze vragenlijst discutabel voor de praktijk. De Premenstrual Quality of Life Scale is moeilijk terug te vinden in de literatuur, waardoor deze voor het grootste deel niet wordt aanbevolen. Daarnaast geven ze in hun eigen onderzoek aan dat de beperking van hun onderzoek ligt in de beperkte omvang van het aantal patiënten met PMS en het niet onderzoeken van de test-hertest betrouwbaarheid. Dit betekent dat het onbekend is of het instrument voor een grotere groep toepasbaar is, gezien het bij een kleine onderzoeksgroep is onderzocht. De WQoL wordt, net als de PMSIS, niet aanbevolen omdat de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst niet duidelijk naar voren komt uit het onderzoek. Bovendien hebben de auteurs in het artikel van Kathleen M et al. (2010) aangegeven dat de tijd zal uitwijzen of de psychometrische eigenschappen behouden blijven voor het onderzoeken naar de kwaliteit van leven bij vrouwen met PMS. Het is dus raadzaam om dit onderzoek af te wachten voordat deze vragenlijst ingezet kan worden.

Ondanks onze aanbevelingen is het belangrijk om in gedachten te houden dat zowel de SF-36 als de WHQoL-BREF momenteel niet zijn onderzocht als meetinstrument bij patiënten met PMS in Nederland. De literatuurstudie is grondig uitgevoerd met diverse mesh-termen en op verschillende online databanken. Hierdoor is verder onderzoek naar deze vragenlijsten bij patiënten met PMS in Nederland aanbevolen.

De PREM met betrekking tot osteopathie is niet wetenschappelijk onderbouwd. Dit zou een reden kunnen zijn om de PREM niet als aanbeveling op te nemen. Echter, in de praktijk wordt de PREM wel ingezet bij zowel de paramedici als de osteopathie, wat aangeeft dat het meetinstrument zijn functie en bruikbaarheid in de praktijk aantoont. Verder onderzoek naar deze vragenlijsten binnen de osteopathie, zou van toegevoegde waarde kunnen zijn.

Bij de PROM zijn we tot dezelfde conclusie gekomen zoals bij de overige meetinstrumenten. Er is echter wel een aanbeveling gedaan die ook als conclusie meegenomen zou kunnen worden. De VAS is een meetinstrument waarbij de pijn wordt gemeten. Dit is een algemeen meetinstrument en maakt geen onderscheid tussen diverse aandoeningen, omdat het zicht richt op pijn in het algemeen en niet specifiek op PMS.

Daarnaast valt onder de PROM ook de PSK. Deze is gebruiksvriendelijk en kan door de patiënt naar eigen maatstaven worden ingevuld. Dit zou betekenen dat we de PSK in de conclusie kunnen opnemen als meetinstrument bij PMS. De Cronbach's alfa-score is niet bekend, waardoor de betrouwbaarheid van de PSK in twijfel getrokken kan worden. Bovendien is de PSK in geen enkel onderzoek naar voren gekomen waarbij deze specifiek is gebruikt voor patiënten met PMS. Buiten deze factoren om is de PSK moeilijk te meten op gestandaardiseerde punten, omdat het voordeel van invullen naar eigen maatstaven hierbij als nadeel kan werken. Niet elke patiënt gebruikt dezelfde woorden, waardoor het lastig wordt om te onderzoeken of deze patiëntencategorie vastloopt op dezelfde klachten. Desondanks kan de PSK in toekomstig onderzoek bij patiënten bij PMS worden gebruikt om de vermindering in klachtenpatronen te meten, aangezien deze in waarde uitgedrukt kan worden.

Gezien het feit dat het literatuuronderzoek geen meetinstrumenten voor PMS heeft opgeleverd, zijn de interviews van groot belang bij het onderzoek naar meetinstrumenten bij PMS. Het aantal osteopaten dat is geïnterviewd is echter van beperkte omvang, waardoor we de meerwaarde van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie bij patiënten met PMS in twijfel kunnen trekken.

De geïnterviewden hebben vooraf de vragenlijsten toegestuurd gekregen. Dit heeft een positieve bijdrage geleverd aan het interview, doordat de osteopaten de tijd hebben genomen om de meetinstrumenten op te zoeken, waardoor ze gemakkelijker de vragen konden beantwoorden. Na het versturen van de vragenlijsten zijn er nog twee vragen toegevoegd, waardoor de osteopaten zich niet op deze vragen kunnen voorbereiden. De toegevoegde vraag over diagnoses die vergelijkbaar met PMS in de praktijk, leidde tot onduidelijkheid. Wanneer deze vragen van tevoren waren toegestuurd, zouden alle osteopaten dezelfde duidelijkheid over deze vraag hebben gehad en deze beter hebben kunnen beantwoorden.

De wijze van verwerking van de interviews leidde bij twee osteopaten tot een reactie. Als dit vooraf was gecommuniceerd, had dit voorkomen kunnen worden.

De diagnosecriteria bij PMS in de reguliere geneeskunde lijken op het eerste gezicht duidelijk. Wat wij echter opvallend vinden, is dat er bij het uitvragen van de anamnese geen aandacht wordt besteed aan leefstijl en voedingspatroon, terwijl leefstijl- en voedingsadviezen wel onderdeel uitmaken van de behandeling. Dit roept vraagtekens op met betrekking tot de effectiviteit van zowel de anamnese als de behandeling binnen de reguliere geneeskunde.

Matching bij patiënten met PMS heeft voor- en nadelen. Een voordeel van de indeling in kern- en variant-PMS is dat er een onderscheid gemaakt wordt wanneer hormonen exogeen worden toegediend (Variant PMS 3). Een nadeel is dat in de reguliere diagnose geen onderzoek naar of wordt of de ovulatie heeft plaatsgevonden, waardoor Variant PMS 2 niet als subgroep naar voren komt. Er kan dan alleen sprake zijn van Kern PMS en Variant PMS 3. Volgens de indeling van de ISPMO heeft het als voordeel dat er in de kleinere groepen mogelijk beter gemeten kan worden of en welke effecten er zijn voor klachten die mentaal of fysiek worden ervaren. Een nadeel is dat de onderverdeling uitsluitend iets zegt over de klachten, niet over de mogelijk achterliggende oorzaken.

Buiten de meetinstrumenten is het van belang om de in- en outcomecriteria onder de loep te nemen. Deze zijn opgenomen volgens de reguliere richtlijn in de geneeskunde, waarbij gedurende twee maanden de kalenders worden ingevuld. Wanneer deze ook als startpunt worden gehanteerd voor

het onderzoek naar de effecten van osteopathie bij PMS, kan het zijn dat er meer factoren van invloed zijn op de klachten, gezien er langere tijd kan zitten tussen het invullen van de twee kalenders en de start van de osteopatische behandelingen.

Het advies voor vervolgonderzoek richt zich op twee mogelijkheden. De eerste mogelijkheid is het onderzoeken van de algemene QoL, PREM en PROM bij patiënten met PMS om te zien of er verschil ontstaat tussen patiënten met PMS en de algemene patiëntenpopulatie waarop de meeste meetinstrumenten zijn onderzocht. De tweede mogelijkheid is het meten van de effectiviteit van osteopathie bij patiënten met PMS, waarbij de aanbevolen QoL, PREM en PROM worden gebruikt.

8. Samenwerkingsovereenkomst

Ten behoeve van de thesis:

Welke meetinstrumenten zijn geschikt voor de evaluatie van het onderzoek naar de effectiviteit van osteopathische behandelingen bij patiënten met PMS?

De ondergetekenden:

Begeleider: Britt Aaldering - Peters

Studenten: Martine Bosman

Shalina van Keulen

Studiejaar: Jaar 6, 2024-2025

Datum: 1 juni 2024

Verklaren te zijn overeengekomen als volgt:

De studenten zijn verantwoordelijk voor het maken van een plan van aanpak met tijdsplanning.

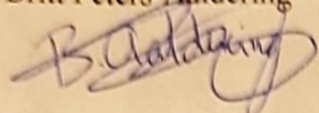
De studenten zijn verantwoordelijk voor de inhoud van de thesis.

De studeren zijn zich ervan bewust dat zij om hulp kunnen vragen bij hun begeleider indien nodig.

De studenten zijn verantwoordelijk voor het tijdig inleveren en afronden van de thesis.

De begeleider helpt de studenten naar gelang kennis en vermogen.

Studenten

Naam en handtekening primaire begeleider:
Britt Peters-Aaldering




9. Literatuurlijst



Alghadir, A., Anwer, S., Iqbal, A., & Iqbal, Z. (2018). Test–retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. *Journal Of Pain Research, Volume 11*, 851–856. <https://doi.org/10.2147/jpr.s158847>

Beck, L. E., Gevirtz, R., & Mortola, J. F. (1990). The predictive role of psychosocial stress on symptom severity in premenstrual syndrome. *Psychosom.Med.*, 52, 536-543.

Begun, R. en Hossain M.A. (2018) Validity and reliability of visual analogue scale (VAS) for pain measurement. *Journal of medical case reports and reviews*, <https://jmcrr.info/index.php/jmcrr/article/view/44/112>

Bethea, C. L. (1994). Regulation of progesterin receptors in raphe neurons of steroid-treated monkeys. *Neuroendocrinology*, 60, 50-61.

Beurskens, S., Peppen, R. v., Stutterheim, E., Swinkels, R., & Wittink, H. (2012). *Meten in de praktijk*. Houten: Springer.

Bokhorst ML, & Beurskens, A. (2022). *Uitgebreide toelichting van het meetinstrument Patiënt Specifieke Klachten (PSK)*. <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/PSK-form.pdf>

Bokhorst, M., Freyd M, van der Kloot WA, Vertommen H, Brinkkemper, T., Van Norel, A., Szadek, K., Loer, S., Zuurmond, W., Perez, R., Hjermsstad, M., Dalbeth, N., Lemeunier, N., Chiarotto, A., Maxwell, L., Ostelo, R., Boers, M., Tugwell, P., Terwee, C., Database Rehabilitation measures. (2022). [Uitgebreide toelichting van het meetinstrument Visual Analogue Scale (VAS)] [Report]. <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/VAS-form.pdf>

Bokhorst ML, Hudak, P., Wright, J., Bobos P, MacDermid J, Nazari G, Furtado R, Ostelo, R., De Vet, H., Hagg, O., Fritzell, P., Nordwall, A., Davidson, M., Keating, J., Evans, R., Bronfort, G., Maiers, M., Schulz, C., Hartvigsen, J., . . . Nicholas, M. (2023). *Uitgebreide toelichting van het meetinstrument Global Perceived Effect / Globaal ervaren effectscore (GPE / GEE)*. <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/GPE-GEE-form.pdf>

Bokhorst ML, Pollard, C., Pijn Kennis Centrum, academisch ziekenhuis Maastricht, McKillop, A., Carroll, L., Dick, B., Battié, M., Fennelly, O., Blake, C., Desmeules, F., Stokes, D., Cunningham, C., Chapman, J., Beemster, T., Van Bennekom, C., Van Velzen, J., Reneman, M., Frings-Dresen, M., Soer, R., . . . Battié, M. (z.d.). *Uitgebreide toelichting van het meetinstrument Pain Disability Index (PDI)*. <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/PDI-form.pdf>

Brazier J.E., Harper R., Jones N.M.B., O’Cathain A., Thomas K.J., Usherwood T., Westlake L. (1992) Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* Volume 305. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1883187/pdf/bmj00083-0040.pdf>

Bull, C., Teede, H., Watson, D., & Callander, E. J. (2022). Selecting and Implementing Patient-Reported Outcome and Experience Measures to Assess Health System Performance. *JAMA Health Forum*, 3(4), e220326. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.0326>

Burckhardt, C. S., & Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 1(1), 60. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-60>

College van Advies, Nederlandse Vereniging voor Osteopathie, Stichting het Nederlands Register voor Osteopathie, Nederlandse Vereniging Voor Osteopathie, Stichting het Nederlands Register Voor Osteopathie, Nederlandse Vereniging Voor Osteopathie, Stichting het Nederlands Register Voor Osteopathie, Kouwenberg, T., Van Duursen, J., Van Well, T., Netten, H., Muts, R., Goede, G.-J., Peeters, L., Jansen, T., Van Wolde, H., Kouwenberg, T., & Van Well, T. (2009b). *Beroepscompetentieprofiel Osteopathie* (pp. 2–114). <https://osteopathie-nro.nl/wp-content/uploads/2016/05/Beroepscompetentieprofiel.pdf>

Collins, S. L., Moore, A. R., & McQuay, H. J. (1997). The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*, 72(1), 95–97. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(97\)00005-5](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(97)00005-5)

Dickerson, L. M., Mazyck, P. J., & Hunter, M. H. (2003, April 15). *Premenstrual Syndrome*. AAFP. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2003/0415/p1743.html>

Dingemanse, K. (2021, November 12). Soorten interviews: voor- en nadelen. Scribbr. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/soorten-interviews/>

Dingemanse, K. (2021a, October 26). Stappenplan om kwantitatieve en kwalitatieve interviews te coderen. Scribbr. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/>

Dingemanse, K. (2022b, October 17). *Validiteit van interviews in je scriptie*. Scribbr. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-in-interviews/>

Embloom. (2023, 10 januari). *GPE-4: Global Perceived Effect 4 | Meet de mate van herstel*. <https://www.embloom.nl/content/gpe-4/#:~:text=Hoe%20is%20de%20PROM%20vragenlijst,tot%20'heel%20veel%20slechter'>

Embloom. (2024, 14 februari). *Overzicht PROMs vragenlijsten - (Para)Medische zorg | Embloom*. <https://www.embloom.nl/professionals/somatiek/content-overzicht-somatiek/proms/>

Eriksson, E., Alling, C., Andersch, B., Andersson, K., & Berggren, U. (1994). Cerebrospinal fluid levels of monoamine metabolites. A preliminary study of their relation to menstrual cycle phase, sex steroids, and pituitary hormones in healthy women and in women with premenstrual syndrome. *Neuropsychopharmacology*, 11, 201213. [Utilization.pdf](#)

EuroQoL. (2024) EQ-5D-Y-3L. Geraadpleegd op 27 juli 2024, van Userguide-EQ5D-Y3L-0424-07.pdf (euroqol.org)

Farrokh-Eslamlou H., Oshnouei S., Heshmatian B., Akbari E., (2015 maart) Premenstrual Syndrome and quality of life in Iranian medical students., Sexual & reproductive healthcare., Geraadpleegd op 27 juli 2024., https://www.mendeley.com/search/?dgcid=md_homepage&query=WHOQoL-BREF%20and%20premenstrual%20syndrome

Female reproductive organs. (2023, 30 oktober). Kenhub. <https://www.kenhub.com/en/library/anatomy/female-reproductive-organs>

Fysiotherapeutische meetinstrumentenset bij perifeer arterieel vaatlijden (PAV). (2020). In *Chronisch ZorgNet* [Report]. <https://fysio.eu/assets/docs/pav.pdf>

Gilroy A.M., Macpherson B.R., Ross L.M., Schünke M., Schulte E., Schumacher U., Voll M., Wesker K., (2009) *Anatomische atlas*. Bohn Stafleu van Loghum

HadaviBavili, P., & İlçioğlu, K. (2024). Premenstrual syndrome and lifestyle: Development and validity of a Premenstrual Syndrome Quality-Of-Life Scale. *Journal Of Affective Disorders*, 362, 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.06.096>

Hanley, E. (2021). *Uitgebreide toelichting van het meetinstrument Numeric (Pain) Rating Scale (NRS/NPRS)*. <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/NPRS-form.pdf>

Haraldstad K. et al. (2019, 28 oktober) A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences, Geraadpleegd op 26 juli 2024, van <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31187410/>

Hatice I., Sule E., Öner A., Ahmet Ş.,Ayşe K.,Müge U., (2016 19 april) Premenstrual syndrome in life quality in Turkish science students., Geraadpleegd op 26 juli 2024, van <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27513243/>

Heugten, R. V., Bokhorst, M., Mosby Inc., McCaffery, M., Pasero, C., Hjermstad, M., Fayers, P., Haugen, D., Caraceni, A., Hanks, G., Loge, J., Fainsinger, R., Aass, N., Kaasa, S., European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC), Janssen, C., Oude Voshaar, M., Ten Klooster, P., Jansen, T., . . .

Hoogland A.,(05-02-2024) Geraadpleegd op 18-08-2024. *Het vrouwelijk voortplantingsstelsel*. <https://www.gezondheidsnet.nl/zwanger/het-vrouwelijk-voortplantingsstelsel>

Ik heb een burn-out | Thuisarts.nl. (2018, November 1). <https://www.thuisarts.nl/overspannen/ik-heb-burn-out>

Ik heb het polycysteus-ovarium-syndroom (PCOS) en heb klachten | Thuisarts.nl. (2024, February 7). <https://www.thuisarts.nl/polycysteus-ovarium-syndroom-pcos/ik-heb-polycysteus-ovarium-syndroom-pcos-en-heb-klachten>

Ilić, I., Šipetić, S., Grujičić, J., Mačužić, I. Ž., Kocić, S., & Ilić, M. (2019). Psychometric Properties of the World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire in Medical Students. *Medicina*, 55(12), 772. <https://doi.org/10.3390/medicina55120772>

Kamper, S. J., Ostelo, R. W., Knol, D. L., Maher, C. G., De Vet, H. C., & Hancock, M. J. (2010). *Global Perceived Effect scales provided reliable assessments of health transition in people with musculoskeletal disorders, but ratings are strongly influenced by current status*. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 63(7), 760-766.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.09.009>

Kathleen M., Lustyk B., Gerrish W.G., (2010 januari) Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise., Geraadpleegd op 27 juli 2024, van (PDF) Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise (researchgate.net)

Kolster B.C. & Voll M.M., (2021). *Anatomie*. (9^e editie) Lehmanns

Kolthoff, F., Labots- Vogelesang, M., & Lagro-Janssen, T. (2005). Het premenstrueel syndroom. Prevalentie en kenmerken van patiënten in een huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 48, 109-112.

Kustriyanti D., Rahayu H., (2020) Prevalence of premenstrual syndrome and quality of life among health science college students., *International Journal of Public health science*., Geraadpleegd op 27 juli 2024, van https://www.mendeley.com/search/?dgcid=md_homepage&query=WHOQoL-BREF%20and%20premenstrual%20syndrome

Levarne. (z.d.). *Bijnieren - Menselijk lichaam | Gezondheidsplein.nl*. <https://www.gezondheidsplein.nl/menselijk-lichaam/bijnieren/item45086>

Libguides: Informatievaardigheden - algemeen: 4: Zoekmethoden. (z.d.). <https://libguides.studiecentra.han.nl/informatievaardigheden/zoekmethoden>

Lohman A.H.M. & Zuidgeest A. (2011) *Vorm en Beweging* (twaalfde herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum

Majewska, M. D., Harrison, N. L., Schwartz, R. D., Barker, J. L., & Paul, S. M. (1986). Steroid hormone metabolites are barbiturate-like modulators of the GABA receptor. *Science*, 232, 1004-1007

Martini, F. H., & Bartholomew, E. F. (2017). *Anatomie en fysiologie: een inleiding*.

Meetinstrumenten in de zorg. (2024, 1 mei). *Brief Illness Perception Questionnaire / Illness Perception Questionnaire-Kort / Ziekteperceptievragenlijst – Meetinstrumenten in de zorg*. Meetinstrumenten in de Zorg. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/brief-illness-perception-questionnaire-illness-perception-questionnaire-kort-ziekteperceptievragenlijst/>

Meetinstrumenten in de zorg. (z.d.) Geraadpleegd op 26 juli 2024, www.meetinstrumentenzorg.nl

Meetinstrumenten in de zorg. (2023, 5 oktober). *Global Perceived Effect / Globaal ervaren effectscore – Meetinstrumenten in de zorg*. Meetinstrumenten in de Zorg. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/global-perceived-effect-globaal-ervaren-effectscore-7-punt-schaal/>

Meetinstrumenten in de zorg. (z.d.-a). *Numeric Pain Rating scale*. <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/NPRS-meetinstr.pdf>

Meetinstrumenten in de zorg. (2021, 8 juli). *Pain Disability Index – Meetinstrumenten in de zorg*. Meetinstrumenten in de Zorg. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/pain-disability-index-dutch-language-version/>

Meetinstrumenten in de zorg. (2022, 7 april). *Patiënt Specifieke Klachten – Meetinstrumenten in de zorg*. Meetinstrumenten in de Zorg. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/patient-specifieke-klachten/>

Meetinstrumenten in de zorg. (2022b, mei 11). *Visual Analogue Scale – Meetinstrumenten in de zorg*. Meetinstrumenten in de Zorg. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/visual-analogue-scale/>

Meetinstrumenten in de zorg. (2019, 13 december). *World Health Organization Quality of Life Questionnaire - BREF – Meetinstrumenten in de zorg*. Meetinstrumenten in de Zorg. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/world-health-organization-quality-of-life-questionnaire-bref/>

Meetinstrumenten in de zorg. (2023a, juni 12). *36-Item Short Form Health Survey – Meetinstrumenten in de zorg*. Meetinstrumenten in de Zorg. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/36-item-short-form-health-survey/>

Muscles of the pelvic floor. (z.d.). [Video]. Kenhub. <https://www.kenhub.com/en/study/pelvic-floor-muscles>

Muts R.K. (2010). *Pelvis minor (vrouw)*. Syllabus college Sutherland Amsterdam

NVO. (z.d.). *Beroepscompetentieprofiel osteopaat*. https://osteopathie-nro.nl/wp-content/uploads/2022/08/NVO_Beroepscompetentieprofiel-osteopaat.pdf. https://osteopathie-nro.nl/wp-content/uploads/2022/08/NVO_Beroepscompetentieprofiel-osteopaat.pdf

NVO Osteopathie. (z.d.). *NVO osteopathie*. <https://www.osteopathie.nl/nieuws/gratis-voor-nvo-leden-deelname-aan-prem-en-proms-onderzoek/450>

NVO, Zorgverzekeraars Nederland, NIVEL, KNGF, Ergotherapie Nederland, NVH, NVLF, VvOCM, NVD, Patiëntenfederatie Nederland, Keurmerk Fysiotherapie, & experts vanuit fysiotherapiepraktijken. (2023). PREM paramedische zorg. In NVO. Qualizorg B.V. Geraadpleegd op 3 december 2024, van <https://DEF-vragenlijst-ALGEMEEN-PREM-Paramedie-v3.2.pdf>

Parisa H., Kevser I., (2024 27 juni) Premenstrual syndrome and lifestyle: Development and validity of a Premenstrual Syndrome Quality-Of-Life Scale., Geraadpleegd op 26 juli 2024, van Premenstrual syndrome and lifestyle: Development and validity of a Premenstrual Syndrome Quality-Of-Life Scale - PubMed (nih.gov)

Prikkelbaredarmsyndroom (PDS). (n.d.). NHG-Richtlijnen. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/prikkelbaredarmsyndroom-pds>

Psycholoog.nl. (z.d.). *Het biopsychosociaal model om mentale klachten in kaart te brengen* | . <https://psycholoog.nl/blogs/het-biopsychosociaal-model-om-mentale-klachten-in-kaart-te-brengen/>

Quality of Life Scale (QOLS) - Resource Library. (z.d.). Higher Logic, LLC. <https://resourcelibrary.stfm.org/viewdocument/quality-of-life-scale-qols?CommunityKey=2751b51d-483f-45e2-81de-4faced0a290a&tab=librarydocuments>

Redactie gezondheidsplein. (11-03-2014). Geraadpleegd op 18-08-2024. *Functie van de eierstokken*. <https://www.gezondheidsplein.nl/dossiers/eierstokkanker-vormen-stadia-en-behandelingen/wat-is-de-functie-van-de-eierstokken/item43768>

Rodenhuis, M., De Groot, M., Van Der Werf, J., Fysio.eu-Maakt meten gemakkelijker, M Rodenhuis (MGPT i.o.), fysio.eu, KNGF-richtlijn Artrose Heup-knie, & Floor De Backer. (2020). *Meetinstrumenten KNGF-richtlijn Artrose heup - knie*. <https://fysio.eu/assets/docs/rl-artrose.pdf>

Schünke M., Schulte E., Schumacher U., Voll M., Wesker K. (2017) *Anatomische atlas inwendige organen*. Bohn Stafleu Loghum

Sevil S. Keuser O. Alaattin U. (2014 augustus) Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students., Geraadpleegd op 26-07-2024, van Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students - PubMed (nih.gov)

Smits, L. (2024, June 18). *Transcriberen van een interview (software en voorbeelden)*. Scribbr. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/interview-transcriberen/>

Startpagina - Premenstrueel syndroom (PMS) - Richtlijn - Richtlijnen database. (n.d.). https://richtlijnen database.nl/richtlijn/premenstrueel_syndroom/startpagina_-_premenstrueel_syndroom_pms.html publicatie datum 13-11-2023.

Swinkels-Meeuwisse., (2019 juni) uitgebreide toelichting van het meetinstrumenten EuroQol 5D (EQ-5D)., geraadpleegd op 27 juli 2024, van EQ-5D-form.pdf (meetinstrumentenzorg.nl)

Tait, R. C., Chibnall, J. T., Krause, S. (1990). The pain disability index: Psychometric properties. *Pain*, 40, 171-182.

Ter Laak E.A.H. (2019). *Wervelkolom: TWK*. Syllabus college Sutherland Amsterdam

Testosteron - Alles over het mannelijk geslachtshormoon - Hormonen.nl. (2019, 29 oktober). Hormonen.nl. <https://hormonen.nl/testosteron/>

Theys, L. (2023). *Onze hormonen, onderschatte helden: Het no-nonsense handboek*.

Üniversitesi, S. C. (2015). *Validation of Turkish version of Premenstrual Symptoms Impact Survey™ (PMSIS™) for assessing status of premenstrual syndrome in women of reproductive age*. <https://acikerisim.cumhuriyet.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12418/3763>

Victor F.F., Souza A., Tavares Barreiros C.D., Nunes de Barros J.L., Carvalho da Silva F.A., Carneiro Gomes Ferreira A. L., (2019 10 juni) Quality of life among University students with premenstrual Syndrom., Geraadpleegd op 27 juli 2024, https://www.mendeley.com/search/?dgcid=md_homepage&query=WHOQoL-BREF%20and%20premenstrual%20syndrome

Vos K., (z.d.) *Baarmoeder*. Geraadpleegd op 18-08-2024. <https://www.gezondheidsplein.nl/menselijk-lichaam/baarmoeder/item45060>

Wallenstein, G. V., Blaisdell-Gross, B., Gajria, K., Guo, A., Hagan, M., Kornstein, S. G., & Yonkers, K. A. (2008). Development and Validation of the Premenstrual Symptoms Impact Survey (PMSIS): A Disease-Specific Quality of Life Assessment Tool. *Journal Of Women S Health*, 17(3), 439–450. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0377>

Wardlaw, S. L., Wehrenberg, W. B., Ferin, M., Antunes, J. L., & Frantz, A. G. (1982). Effect of sex steroids on beta-endorphin in hypophyseal portal blood. *J Clin.Endocrinol.Metab*, 55, 877-881.

Wat is endometriose? (n.d.). <https://www.endometriose.nl/index.php?page=687&sid=8>

Wat is PMDD? | PMDD Nederland. (n.d.). PMDD Nederland. <https://www.pmdnederland.nl/wat-is-pmdd>

Wat zeggen je organen? (z.d.). <http://www.carovita.nl/Wie-ben-ik/Links-en-artikelen/Wat-zeggen-je-organen/>

Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal Of Clinical Nursing*, 14(7), 798–804. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x>

Woorden.org. Geraadpleegd op 26 juli 2024, <https://www.woorden.org/woord/meetinstrument>

Yonkers, K. A., O'Brien, P. M., & Eriksson, E. (2008). Premenstrual syndrome. *Lancet*, 371, 1200-1210

Van Der Zee, K. I., Sanderman, R., & Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken. (1993). Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36. In *NCG reeks meetinstrumenten*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken. https://richtlijndatabase.nl/uploaded/docs/Revalidatie/rand-36_handleiding.pdf?u=1QyWrt

Zorginstituut Nederland. (2024, 1 december). 1. *Wat zijn PROMs?* [zorginzicht.nl. https://www.zorginzicht.nl/ondersteuning/prom-wijzer/1.-wat-zijn-proms](https://www.zorginzicht.nl/ondersteuning/prom-wijzer/1.-wat-zijn-proms)

Zwangerschap en kraamperiode. (n.d.). NHG-Richtlijnen. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/swangerschap-en-kraamperiode>

Bijlage 1. PMSKalendertest en DRSP Vragenlijst

PMS kalendertest

Figuur 1.1 PMS Kalendertest

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Symptomen																															
Gespannen borsten																															
Opgeblazen gevoel																															
Prikkelbaarheid																															
Wisselende stemming																															
Gespannenheid																															
Somberheid																															
Extra stress thuis/werk																															
Kruis menstruatie aan																															

Gehele periode (31 dagen) klachten bijhouden.

Geef de ernst van de klachten aan met behulp van onderstaande symbolen:



Geen klachten



Matige klachten



Milde klachten



Ernstige klachten

Daily Record of Severity of Problems (DRSP) vragenlijst

Figuur 1.2 Daily Record of Severity of Problems (DRSP) vragenlijst

	Day of menstrual cycle (Day 1 should be the start of the menstrual period)																																
Felt depressed, sad, down or blue																																	
Felt hopeless																																	
Felt worthless or guilty																																	
Felt anxious, tense, keyed up, or on edge																																	
Had mood swings (e.g. suddenly felt sad or tearful)																																	
Was more sensitive to rejection or feelings were more easily hurt																																	
Felt angry, irritable																																	
Had conflicts or problems with people																																	
Had less interest in usual activities (e.g. work, school, friends, hobbies)																																	
Had difficulty concentrating																																	
Felt lethargic, tired, fatigued, or had a lack of energy																																	
Had increased appetite or overate																																	
Had craving for specific foods																																	
Slept more, took naps, found it hard to get up when intended																																	
Had trouble getting to sleep or staying asleep																																	
Felt overwhelmed or that I could not cope																																	
Felt out of control																																	
Had breast tenderness																																	
Had breast swelling, felt bloated, or had weight gain																																	
Had headache																																	
Had joint or muscle pain																																	
At least one of the problems noted above caused reduced productivity or inefficiency (at work, school, home or in daily routine)																																	
At least one of the problems noted above interfered with hobbies, social activities (e.g. avoided or did less)																																	
At least one of the problems noted above interfered with relationships with others																																	
Menstrual flow: >= heavy; M=medium; L=light or spotting; leave blank for no bleeding																																	
Totals																																	

Direction:
Record the score for each item on each day using the flowing scale of 1-6: 1- not at all, 2- minimal, 3- mild, 4- moderate, 5- severe, 6- extreme.
Add the scores in the column for the first day of menses.
- If the total score is less than 50, consider a diagnosis other than premenstrual syndrome.
- If the total score is greater than 50, record two cycles of symptoms.
- If more than 3 items have an average score of more than three (mild) during the luteal phase, add the scores of the five day-interval during the luteal and follicular phases.
A luteal phase score 30 percent greater than the follicular phase score, indicates a diagnosis of premenstrual syndrome.

Bijlage 2. Literatuuronderzoek voor meetinstrumenten binnen de osteopathie bij PMS

Om inzicht te krijgen in de diverse QoL, PREM en PROM's is er gebruik gemaakt van pubmed.com, mendeley.com en SWOO. Echter is er weinig tot niks te vinden in de literatuur met betrekking tot meetinstrumenten binnen de osteopathie bij PMS zoals te lezen is in het hoofdstuk meetinstrumenten. Naast deze websites hebben we ook gebruik gemaakt van google in het algemeen om zo een breder beeld te krijgen en zijn we uitgekomen bij meetinstrumenten in de zorg. Om tot de aanbevelingen en conclusies te komen van het geschreven hoofdstuk zijn de volgende zoektermen gebruikt:

Pubmed

zoekopdracht	Resultaten en hoeveel	Mogelijk toepasbaar voor de thesis
((Quality of life) AND (PMS)) OR (Pre menstrual syndrome)	869	12
((QOL) OR (Quality of life) and (PMS) OR Pre menstrual syndrome))	869	12
((PREM) OR (Patient report experience measures)) AND (osteopathy)	838	Niet toepasbaar
PREM and osteopathy	17	Niet toepasbaar
PREM and PMS	1	Niet toepasbaar
PREM	1355	1
PROM and osteopathy	202	Niet toepasbaar
PROM and PMS	12	Niet toepasbaar
PROM and premenstrual disorder	0	Niet toepasbaar
Premenstrual disorder and osteopathy	24	1
WQoL validity	2	Niet toepasbaar
WQoL	5	Niet toepasbaar
Women's quality of life questionnaire	28,321	Niet toepasbaar
Women's quality of life questionnaire and validity	4,531	Niet toepasbaar
Patiënt compliant scale AND PCS	28	Niet toepasbaar
Patient specific complaint scale AND PCS	6	Niet toepasbaar
Patient specific compliant scale	2063	Niet toepasbaar
Patiënt specifieke klachten	0	Niet toepasbaar
nprs validity	136	Niet toepasbaar
nprs AND validity AND reliability	80	Niet toepasbaar
Global perceived effect and validity	1044	2 artikelen
GPE Daily Activities reliability	1	Niet toepasbaar

Illnes perception questionnaire- short validity and reliability	0	Niet toepasbaar
---	---	-----------------

Mendeley

zoekopdracht	Resultaten en hoeveel	Mogelijk toepasbaar voor de thesis
((Quality of life) AND (PMS)) OR (Pre menstrual syndrome)	36	4
((QOL) OR (Quality of life) and (PMS) OR Pre menstrual syndrome))	64	5
((PREM) OR (Patient report experience measures)) AND (osteopathy)	0	Niet toepasbaar
PREM and osteopathy	0	Niet toepasbaar
PREM and PMS	7	Niet toepasbaar
PREM	24507	Niet toepasbaar
PROM and osteopathy	6	1
PROM and PMS	17	Niet toepasbaar
PROM and premenstrual disorder	0	Niet toepasbaar
Premenstrual disorder and osteopathy	1	Niet toepasbaar
PROM and PMS	17	Niet toepasbaar
Patiënt specifieke klachten	17	4
Patiënt specifieke klachten AND PSK	4	4

SWOO

Zoekopdracht	Resultaten en hoeveel	Toepasbaar voor de thesis
PREM en PROM	Geen resultaten	Niet toepasbaar
Menstruele klachten	12 resultaten	Niet toepasbaar
PMS	Geen resultaten	Niet toepasbaar
PMD	Geen resultaten	Niet toepasbaar

Bijlage 3. 5-modellen

Pelvis minor

Om beter de ligging van de ovaria, uterus en tubae te begrijpen duiken we eerst in de anatomie van het kleine bekken, de pelvis minor, van de vrouw. De vrouwelijke geslachtsorganen bevinden zich in het middelste gedeelte intraperitoneaal in de cavitas peritonealis pelvis voor de rectale- en achter de blaasregio.

Begrenzings van de pelvis minor

De pelvis minor wordt begrensd door perifere osteo-musculaire wanden, caudaal door de spieren en fasciën en cranial door het peritoneale dak. Zie figuur 1 voor extra visuele ondersteuning.

Laterale begrenzing

- De pubissymphyse
- Corpus ossis pubis
- Foramen obturatorium
- Oppervlakte van os coxae en het ischion
- Onderste deel van het sacro-iliacaal gewricht
- Anteriore zijde van het sacrum en het coccyx
- Musculatuur is de m. piriformis en de m. obturatorius internus

Craniale begrenzing

- De peritoneale holte, hierin ligt het ileum, caecum, een deel colon ascendens, sigmoïd en een deel colon descendens.

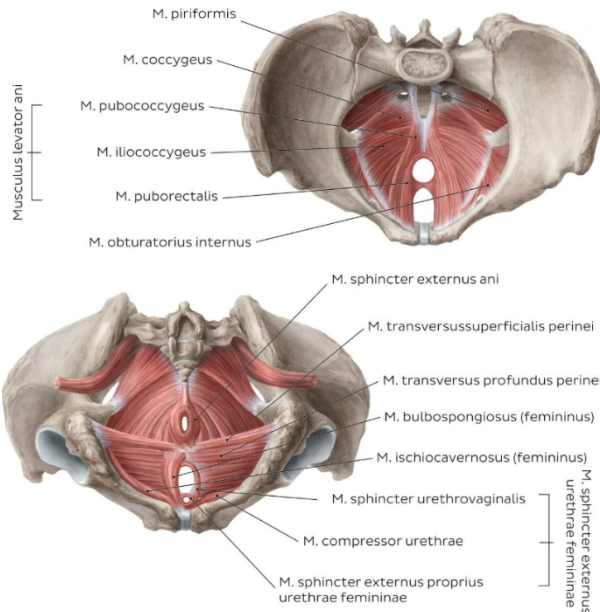
Caudale begrenzing

De caudale begrenzing bevat openingen voor de uro-genitale wegen en het rectum, bestaande uit een diafragma pelvis, diafragma urogenitale en de sluitspieren.

Diafragma pelvis

De diafragma pelvis bestaat uit:

- M. levator ani, bestaande uit drie verschillende spieren genaamd;
 - M. puborectalis: vormt een lus achter het rectum en zorgt voor ondersteuning van de bekkeningewanden
 - M. iliococcygeus: loopt naar het os coccyx en zorgt voor ondersteuning van de bekkeningewanden
 - M. pubococcygeus: loopt over de andere spieren heen en ondersteunt de bekkeningewanden
- M. coccygeus: ligt bovenop het lig. sacro-spinale en is soms vervangen door bindweefsel, ondersteunt de bekkeningewanden en zorgt voor buiging van de coccyx (Muts R. 2010) (Gilroy et al 2009)



Figuur 1 bekkenbodem, (*Muscles Of The Pelvic Floor*, z.d.)

Diafragma urogenitale

Het diafragma urogenitale start onder het voorste gedeelte van de m. levator ani van de diafragma pelvis (Lohman A.H.M., en Zuidgeest A. 2011). Deze bestaat uit:

- M. transversus perinei profundus: loopt tussen de schaambeentakken waarbij de voorste vezels circulair om de urinebuis en vagina lopen
- M. transversus perinei superficialis: versterkt de profundus en loopt meer oppervlakkig

Sluitspielen

De sluitspielen bestaan uit:

- M. bulbospongiosi: vezels lopen naar de clitoris en het slijmvlies van de vestibulum vaginalis. Hij heeft ook een verbinding met de m. sphincter ani externus waarbij er een brilvorm ontstaat.
- M. sphincter ani externus: omsluit de m. levator ani, sluit de darm en ontspant alleen bij defecatie
- M. sphincter urethrae externus: ligt rondom de urethra en sluit de urethra
- M. ischio-cavernosi: bedekken van de crus clitoridis en kan bloed uit de crura in de zwellichamen persen. Deze heeft echter geen sluitspierfunctie, maar wordt hij in de literatuur wel tot deze groep gerekend.
- Perineum, deze kan onderverdeeld worden in een posterior, anaal, en anterior, genito-urinair, gedeelte door een lijn tussen de twee tuber ischiadica te trekken.
 - Anaal perineum heeft langs lateraal twee ruimten, de fossae ischio-rectalis
 - Genito-urinair perineum is de opening voor de ureter en vagina
 - Centrum tendineum, deze ontstaat door musculaire en tendinogene uitstralingen van de m. levator ani, m. transversus perinei profundus en superficialis, m. bulbospongiosus en de m. sphincter ani externus (Muts R., 2010) (Gilroy et al, 2009).

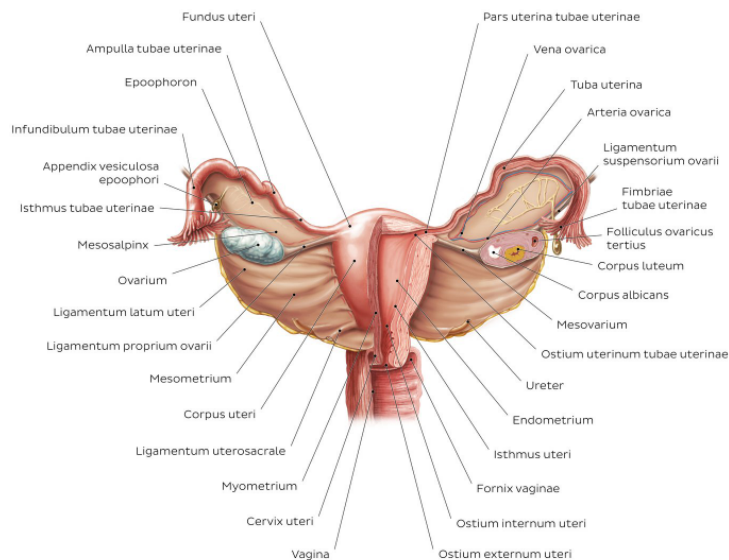
Een dysfunctie of beschadiging van het perineum heeft invloed op de functie van diverse musculatuur en hierdoor indirect op het desbetreffende orgaan of fluïdieke systeem.

Innervatie musculatuur pelvis minor

De innervatie van de musculatuur van de pelvis minor komt voornamelijk uit de directe takken van de plexus sacralis. De andere innervatie is vanuit de n. analis inferior en de n. pudendus vanuit S2-S4.

Ovaria

De ovaria zijn 3 cm lange, ovaalvormige organen. Eén ligt tegen de zijwand van het bekken en de andere zijde is naar de bekkenholte gekeerd. Het ovarium is omgeven door een tunica albuginea en is opgebouwd uit een cortex en een medulla. De cortex bevat follikels die bestaan uit een eicel (oöcyt) met daaromheen follikelcellen. In de medulla bevindt zich losmazig bindweefsel met veel bloedvaten (Lohman A.H.M., & Zuidgeest A., 2011). De functie van het ovarium is het produceren van eicellen en geslachtshormonen (Muts., 2010). Zie figuur 2 voor extra visuele ondersteuning.



Figuur 2: ovaria, tubaria en uterus (*Female Reproductive Organs*, 2023)

Anatomische verhoudingen

De ovaria liggen in het kleine bekken intra-peritoneaal. Hierdoor worden ze gefixeerd door verschillende structuren en zijn er diverse verhoudingen zichtbaar.

De ovaria worden gefixeerd door de volgende structuren:

- Het mesovarium
- Lig. Ovarium Proprium, ondersteunt het mesovarium
- Lig. Tuba-ovarica
- Lig. Suspensorium ovarii

De verhoudingen zijn als volgt:

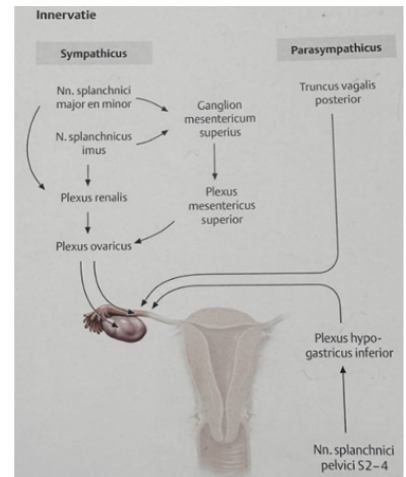
- Anterior -> lig. Latum, dit is de voortzetting van het peritoneum
- Lateraal -> bekkenwand: fossa ovaria (van Krausse)
- Posterior -> bifurcatie A. iliaca interna en externa
- Inferior -> fossa ovarica (van Claudius) (Muts R., 2010)
- Doordat de ovaria intra-peritoneaal liggen en vrij mobiel zijn, kunnen ze torderen en/of zich verplaatsen ten opzichte van de eerste positie. Hierdoor kunnen er dysfuncties ontstaan en een eventuele pathologie optreden.

Innervatie ovaria

De innervatie voor de ovaria vanuit de parasympathicus en sympathicus komt uit verschillende niveaus. De sympathische vezels voor de ovaria komen uit de thoracale wervelkolom, TH10 -12 vanuit de nn. Splanchnici minor en minimus. Ze gaan via de ganglia renalia en het ganglion mesentericum superius verder naar de plexus ovaricus. Hierbij zorgen ze voor vasoconstrictie.

De parasympatische vezels komen uit de truncus vagalis posterior en vanuit de nn. Splanchnici naar de plexus hypogastricus inferior. Zie figuur 3 voor extra visuele ondersteuning.

Het dermatoom dat behoort tot de ovaria komt uit Th10-12. Dit kan een veranderd gevoel veroorzaken rondom de schaamstreek tot aan de navel.



Overgenomen uit Anatomische Atlas door Gilroy et al., 2019, Bohn Stafleu van Loghum. Copyright 2008, Thieme Medical publishers.

Figuur 3: innervatie ovaria

Tuba uterinae

De Tuba uterinae lopen vanaf de bovenpolen van de ovaria over een afstand van 12 cm naar de uterus. Aan de laterale zijde heeft elke tuba een trechtervormig begin, het infundibulum, waarvan de opening het ostium abdominale wordt genoemd. Op het infundibulum volgt naar mediaal de ampulla, die twee derde van de tuba beslaat. Het derde deel van de tuba is de isthmus. Geheel mediaal mondt de tuba via het ostium uterinum uit in de holte van de uterus (Lohman A.H.M., & Zuidgeest A., 2011).

Anatomische verhoudingen tuba uterinae

De tuba uterinae ligt in het kleine bekken. Zie figuur 2 voor extra visuele ondersteuning. In het kleine bekken worden de tuba uterinae gefixeerd door:

- Aanhechting aan het corpus uteri
- Mesosalpinx (lig. Latum)
- Lig. Tuba-collicum
- Lig. Tuba-ovarica (lig. Van Richard)

Functie ovaria en tuba uterinae

De functie van de ovaria en tuba uterinae is essentieel voor de voortplanting. In de ovaria bevinden zich vanaf de geboorte primaire eicellen, oftewel follikels. Gedurende de vruchtbare jaren komt er een rijpe eicel vrij en gaat deze naar de de tuba uterinae. Deze eicel is klaar voor ovulatie en kan hier bevrucht worden door een spermacel, wat kan leiden tot een zwangerschap. Indien de eicel niet wordt bevrucht, komt de menstruatiecyclus op gang.

Naast de eicellen worden er in de ovaria de hormonen oestrogeen en progesteron aangemaakt. Deze hormonen worden verderop in deze bijlage besproken (redactie gezondheidsplein, 2014) (Hoogland A., Z.d.).

De uterus

De uterus is een peervormig, dikwandig orgaan met een kleine holte, de cavitas uteri. Deze is bovenaan breed en wordt naar onder toe smaller. Het verloop van craniaal naar caudaal gaat als volgt: de fundus uteri, dit is het koepelvormige gedeelte van de uterus dat boven de mondingen van

de beide tubae uterina uitsteekt. Hierop volgt het corpus uterina en via de isthmus uteri gaat het over in de cervix uteri. De cervix uteri wordt verdeeld in een portio supravaginalis, die door bindweefsel is omgeven, en een portio vaginalis, die uitstulpt in de vagina en meestal als portio wordt aangeduid. De mucosa van de uterus wordt het endometrium genoemd en de musculaire laag het myometrium. De uterus ligt tussen het rectum aan de dorsale zijde en de vesica urinaria aan de ventrale zijde (Lohman A.H.M., & Zuidgeest A., 2011). Zie figuur 2 voor extra visuele ondersteuning.

Anatomische ligging uterus

De uterus ligt in het kleine bekken. Hier wordt deze gefixeerd door verschillende structuren en zijn er diverse verhoudingen zichtbaar.

De uterus wordt gefixeerd door de volgende structuren:

- Het peritoneum, met name bij de fundus, gaat lateraal over in het lig. Latum
- Lig. Teres
- Lig. Latum in twee delen:
 - Het mesometrium, pars superior
 - Het parametrium, pars interior
- Lig. ovarium proprium
- Ligg. utero-sacrale
- Subperitoneaal bindweefsel
- Ondersteuning van de vagina

De verhoudingen zijn als volgt:

- Superior -> peritoneum parietale pelvis met ileum en colon sigmoideum
- Anterior -> blaas met excavatio vesico-uterina
- Posterior -> rectum met cavum van Douglas
- Lateraal -> lig. teres, tuba uterina, lig. ovarium proprium
- Inferior -> vagina, fornix

Mobiliteit uterus

Anteversie – de cervix maakt hierbij een hoek van 90 graden met de vagina.

Anteflexie – het corpus maakt een hoek van 120 graden met de cervix.

Indien er een fixatie ontstaat, is de mobiliteit niet meer optimaal en kan dit voor problemen zorgen met betrekking tot de mobiliteit en werking van de uterus.

Functie Uterus

De uterus heeft verschillende functies. De voornaamste functie betreft de voortplanting, namelijk de innesteling van de bevruchte eicel. Zodra de eicel is ingenesteld in het baarmoederslijmvlies, zorgt de baarmoeder ervoor dat de embryo voldoende voedingsstoffen kan krijgen voor de groei en ontwikkeling totdat de placenta is gevormd.

Naast de innesteling is de bescherming van het embryo een belangrijke functie. Twee weken na innesteling ontwikkelt het vruchtwater zich in de uterus. Dit zorgt ervoor dat de embryo beschermt wordt tegen stoten, duwen, temperatuurveranderingen, het afvoeren van afvalstoffen en het beschermen tegen infecties.

Ten derde zorgt de baarmoedermond voor contracties tijdens de bevalling om de foetus door het geboortekanaal te helpen.

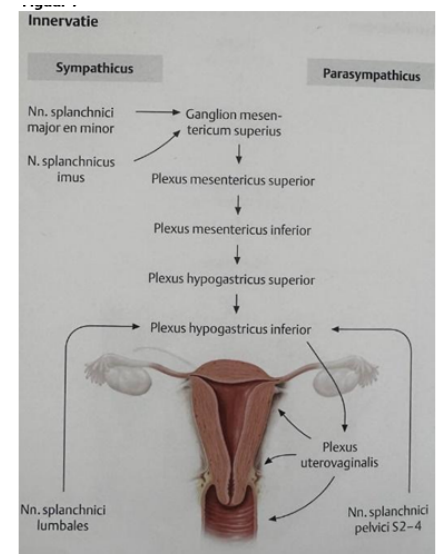
Als laatste zorgt de baarmoeder ervoor dat het verdikte endometrium wordt afgebroken, indien er geen bevruchting heeft plaatsgevonden en de menstruatie optreedt (Vos K., z.d.).

Innervatie tuba uterinae en uterus

De sympatische vezels voor de uterus en de tuba uterina komen uit de lumbale wervelkolom, L1-2, vanuit de nn. Splanchnici lumbales. Ze gaan via de plexus hypogastricus superior naar de nn. hypogastrici, verder naar de plexus hypogastricus inferior en daarna naar de plexus uterovaginalis. Hierbij zorgen ze voor contractie.

De parasympatische vezels komen voort uit de sacrale wervelkolom, S2-4, vanuit de nn. splanchnici pelvici. Ze gaan via de plexus hypogastricus superior, die zich splitst in een n. hypogastricus sinister en dexter, over naar de plexus hypogastrici inferiores. Vanuit daar gaan ze verder naar de plexus uterovaginalis. Hierbij zorgen ze bij de uterus en de tuba uterina voor vasodilatatie (Schünke M. et al, 2017). Zie figuur 4 voor extra visuele ondersteuning.

Het dermatoom dat behoort bij de tuba uterinae en de uterus komt vanuit S2-S4 en L1-L2. Hierdoor kan er een veranderd gevoel zijn bij de genitaliën, rondom de anus en de achterkant van het binnenbeen tot halverwege het onderbeen. Daarnaast is het voelbaar net boven de genitaliën in de schaamstreek en loopt het gevoel tot halverwege het bovenbeen (Muts R. 2009).



Overgenomen uit Anatomische Atlas door Gilroy et al., 2019, Bohn Stafleu van Loghum. Copyright 2008, Thieme Medical publishers.

Figuur 4 innervatie

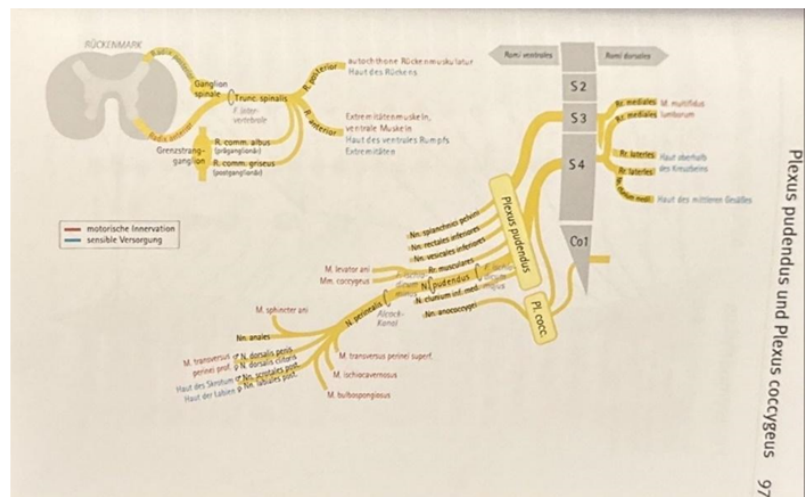
Thoracolumbale overgang en het sacrum

Anatomie

De thoracale wervelkolom bestaat uit twaalf wervels. Met deze wervels articuleren de ribben, die naar ventraal doorlopen. Hierdoor kan er niet alleen dorsaal invloed uitgeoefend worden, maar ook naar ventraal via de ribben naar het sternum. Naast de articulatie met de ribben hechten er diverse ligamenten en spieren aan de dorsale en ventrale zijde van de wervelkolom zoals de apertura thoracica superior. Deze heeft invloed op de TWK, CWK, het cranium, de bovenste extremiteiten, zowel vasculair, lymfatisch als neurologisch. Daarnaast zijn er sterke relaties met de thoracale viscera, zoals de trachea, longen, het hart, de oesophagus, het (hemi)azygos-systeem en de bijbehorende vaten, zoals de vena cava superior en de vena cava inferior (ter Laak. E.A.H. 2019). Zie figuur 5 voor extra visuele ondersteuning.

Vanuit de plexus sacralis komen de volgende zenuwen:

- Rr. Musculares, de directe takken
- N. gluteus superior
- N. gluteus inferior
- N. ischiadicus
- N. fibularis communis
 - N. fibularis profundus
 - N. fibularis superficialis
- N. tibialis
 - N. plantaris medialis
 - N. plantaris lateralis



Overgenomen uit Anatomie door Kolster B.C. & Voll M.M., 2021, Lehmanns Media GmbH, Copyright 2021, KVM.

Biomechanisch

Doordat men kennis heeft van de anatomische structuren is het belangrijk om ook de bewegingen van de thoracale wervelkolom mee te nemen. De bewegingen bestaan uit flexie, extensie, rotatie en lateroflexie.

Flexie – extensie

Tijdens flexie verschuift het bovenste corpus vertebrae licht naar ventraal ten opzichte van de onderste. De tussenwervelruimte wordt ventraal kleiner en dorsaal groter. De nucleus pulposus zal licht naar voren verplaatsen.

Tijdens extensie verschuift het bovenste corpus vertebrae licht naar dorsaal ten opzichte van de onderste. De tussenwervelruimte wordt dorsaal kleiner en ventraal groter.

Rotatie

Het bewegingscentrum loopt ongeveer door het middelpunt van de corpora vertebrae en de disci intervertebrales ter hoogte van T2-T12. De remming vindt met name plaats door de verbinding tussen de rib en de wervel, hierdoor ook indirect door de verbinding met het sternum.

Lateroflexie

Bij lateroflexie naar rechts vindt er een divergentie plaats ter hoogte van de rechter art. intervertebralis en convergentie bij de linker art. intervertebralis. Bij lateroflexie naar links zullen de componenten zijn omgedraaid. (ter Laak. E.A.H. 2019)

Sacrum

Het sacrum bestaat uit vijf sacrale wervels met daartussen de discus intervertebralis. Deze vijf sacrale wervels zijn samengegroeid tot een geheel en hebben vanaf de eerste tot de vierde sacrale wervel een processus spinosus. Daarnaast bestaat het botstuk uit drie vlakken, de facies ventralis, facies dorsalis en facies lateralis.

Aan de facies ventralis bevinden zich de foramina pelvina, waardoor de rami ventrales van de spinale zenuwen lopen. Aan de facies dorsalis bevinden zich de foramina sacralia dorsalia, waardoor de rami dorsales van de sacrale spinale zenuwen lopen. Vanuit alle zijden van de facies van het sacrum liggen ligamentaire en musculaire verbindingen met de omgeving.

Biomechanisch

Gezien het sacrum diverse assen heeft, is het belangrijk deze te begrijpen voordat de bewegingen worden besproken. Het sacrum heeft namelijk vier transversale assen volgens het Mitchell-model en twee schuine assen. De vier transversale assen gaan als volgt:

- De bovenste transversale as is gelokaliseerd ter hoogte van S2 en vormt het bewegingscentrum voor de paradoxale sacrumbewegingen, oftewel de eindstandig doorgevoerde flexie en extensie van de wervelkolom. Bij flexie van de wervelkolom zal het sacrum aan het einde een contra-nutatie willen maken, bij extensie gebeurt het tegenovergestelde.
- De middelste transversale as loopt ter hoogte van S2 maar dan in het anteriore gedeelte. Dit is de hoofdas voor de nutatie en contranutatie van het sacrum, de as voor de sacrumbewegingen die de in- en expiratie van de wervelkolom begeleiden en mogelijk betrekking hebben tot het primaire respiratoir mechanisme (PRM) in het cranio-sacrale systeem.
- De onderste transversale as is belangrijk voor het draaipunt tussen het ilium en het sacrum tijdens het lopen, waarbij er anterior en posterior rotatie van het ilium ten opzichte van het sacrum plaatsvindt.

- De transversale as van de symphysis pubica wordt bij de assen van het sacrum gerekend volgens het Mitchell-model. Deze as speelt een rol bij de beweging van het os coxae tijdens het lopen.

De schuine assen lopen als volgt:

- De rechter schuine as: Deze as loopt van linksonder naar rechtsboven. De naam van de as wordt gegeven aan de uittredeplaats rechtsboven.
- De linker schuine as. Deze as loopt van rechtsonder naar linksboven. De naam van de as wordt gegeven aan de uittredeplaats linksboven.

Nutatie

Nutatie, oftewel anterior rotatie, is de beweging waarbij S1 naar voren beweegt tijdens flexie van de wervelkolom of bij de adembeweging expiratie. Bij een doorgevoerde extensie vindt er een paradoxale nutatie plaats rond de bovenste transversale as. Er kan ook een unilaterale nutatie plaatsvinden.

Contra-nutatie

Contranutatie, oftewel posterior rotatie, is de beweging waarbij beide Angulus inferior lateralis (AIL) naar voren bewegen tijdens extensie van de wervelkolom of bij de adembeweging inspiratie. Bij een doorgevoerde flexie vindt er een paradoxale contra-nutatie plaats rond de bovenste transversale as. Er kan ook een unilaterale contra-nutatie plaatsvinden.

Anterior torsie

Bij een links anterior torsie, oftewel Li/Li, beweegt S1 naar anterior en inferior, en de AIL aan de heterolaterale zijde naar posterior en inferior. Hierbij kijken de facies pelvina naar links over de linker schuine as van het sacrum. Bij een rechts anterior torsie zijn de componenten omgedraaid.

Posterior torsie

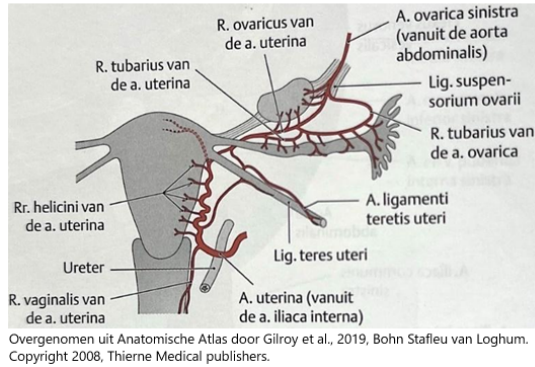
Bij een rechts posterior torsie, oftewel Re/Li, beweegt S1 naar posterior en superior, en de AIL aan de heterolaterale zijde naar anterior en superior. Hierbij kijken de facies pelvina naar rechts over de linker schuine as.

Vascularisatie vrouwelijke organen

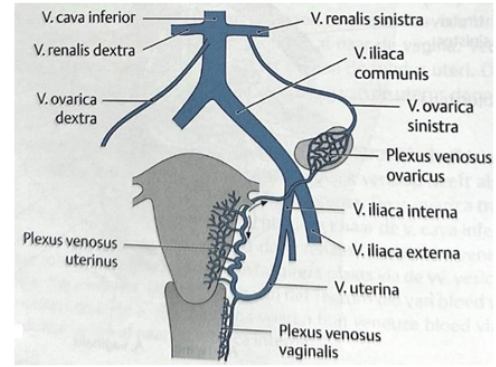
Omdat de vascularisatie essentieel is voor het behouden van het orgaan, worden hieronder de veneuze en arteriële paden naar het orgaan besproken.

Arterieel

Het bloed wordt voorzien door twee arteriën, de a. ovarica en de a. uterina. De ovaria worden voorzien door de a. ovarica en de r. ovaricus van de a. uterina. De uterus wordt alleen door de a. uterina van bloed voorzien, en de tuba uterinae wordt voorzien door de r. tubarius van de a. ovarica en een tak van de a. uterina. Ondanks dat de doorbloeding plaatsvindt via de aanvoer van twee arteriën is het belangrijk om rekening te houden met hun oorsprong, namelijk de aorta abdominalis. Afwijkingen in dit bloedvat kunnen leiden tot problemen in het betreffende gebied. Zie figuur 6 voor extra visuele ondersteuning.



vascularisatie arterieel
7 vascularisatie veneus



Figuur 6

Figuur

Veneus

Het bloed uit de vrouwelijke geslachtsorganen wordt afgevoerd via de plexus venosus uterinus en de v. ovarica.

Vanuit de uterus gaat het bloed via de plexus venosus uterina en deels via de plexus venosus vaginalis naar de v. uterina. Vanuit daar gaat het naar de v. iliaca interna.

Vanuit de ovaria gaat het bloed naar de v. ovarica, hierna gaat het verder naar de v. cava inferior aan de rechterzijde. Aan de linkerzijde gaat het bloed naar de plexus venosus ovaricus, voert af via v. ovarica en v. uterina, naar de v. ovarica sinistra. Vanuit hier gaat het bloed verder naar de n. renalis sinistra en eindigt hij in de v. cava inferior.

Zie figuur 7 voor extra visuele ondersteuning.

Menstruatiecyclus en hormonen

De menstruatiefase

De menstruatiefase duurt gemiddeld drie tot zeven dagen. Deze fase begint op de eerste dag dat de vrouw bloed verliest. Gedurende deze fase zijn de geslachtshormonen op het laagste niveau.

De folliculaire fase

De folliculaire fase wordt gestart in de hypothalamus, die een signaal afgeeft aan de hypofyse om het hormoon FSH af te geven. FSH stimuleert de follikels in de eierstokken om te groeien en oestradiol te produceren. Oestradiol bevordert de verdikking van het baarmoederslijmvlies en ondersteunt de verdere ontwikkeling van de follikels. Het baarmoederslijmvlies wordt dikker door de stijging van het oestradiol. Zodra het oestradiolniveau voldoende is, geven de eierstokken een signaal af naar de hypofyse om de productie van LH te vergroten, dit luidt de ovulatiefase in.

De ovulatiefase

In de ovulatiefase zijn de niveaus van oestradiol en testosteron op zijn hoogst. Tijdens deze fase rijpen de follikels verder en komt het ei ((oöcyt) vrij.

Vanaf de geboorte van de vrouw bevatten de eierstokken onrijpe follikels, die maandelijks rijpen onder invloed van de hormonen. De rijpe follikels maken het ei vrij in een proces dat de ovulatie of eisprong wordt genoemd.. Dit gebeurt ongeveer veertien dagen na de eerste menstruatie. Het vrijgekomen eitje reist via de eileiders naar de baarmoeder in de hoop bevrucht te worden. Het overgebleven deel van het follikel vormt het corpus luteum, dat functioneert als hormonale klier voor de productie van progesteron.

De luteale fase

In de luteale fase neemt de hoeveelheid progesteron toe. Dit hormoon bereidt het baarmoederslijmvlies voor op een mogelijke zwangerschap. Als het eitje niet wordt bevrucht, dalen de hormoonniveau's wat de menstruatie op gang zet. Deze fase begint direct na de ovulatie en duurt tot aan de nieuwe menstruatie, waarna de gehele cyclus zich herhaalt.

GnRh

GnRh wordt geproduceerd in de hypothalamus. De hoeveelheid die wordt geproduceerd, wordt beïnvloed door de niveaus van oestrogeen en -/ of progesteron, die de afgifte van GnRH kunnen remmen. GnRh bevordert de afgifte van het FSH en de LH.

FSH

FSH wordt geproduceerd in de lobus anterior van de hypofyse. Het hormoon wordt gestimuleerd door GnRh en geremd door inhibine, oestrogeen en/of progesteron. FSH stimuleert de ontwikkeling van de follikels, de productie van oestrogeen en de rijping van de eicellen.

Oestrogeen

Het hormoon oestrogeen, voornamelijk oestradiol, wordt geproduceerd door de follikelcellen van de ovaria en het corpus luteum. Daarnaast wordt het in kleinere mate door de bijnieren aangemaakt. Het hormoon wordt gestimuleerd door FSH. Oestradiol stimuleert de afgifte van LH bij hoge concentraties, zorgt voor het behouden en de vorming van secundaire geslachtskenmerken en seksueel gedrag, stimuleert het herstel en de groei van het endometrium en remt de afgifte van het GnRh.

LH

LH wordt ook geproduceerd in de lobus anterior van de hypofyse. Het wordt gestimuleerd door GnRH en de afgifte van oestrogeen. Het speelt een cruciale rol bij:

- Het stimuleren van de ovulatie.
- Het bevorderen van de vorming van het corpus luteum.
- Het bevorderen van de afgifte van progesteron.

Progesteron

Progesteron wordt geproduceerd door het corpus luteum. Het wordt gestimuleerd door LH. Het hormoon stimuleert de groei van het endometrium, de afgifte van klierproducten en remt de afgifte van het GnRh. (Martini & Bartholomew, 2017)

Testosteron

Testosteron wordt geproduceerd in de ovaria en de bijnieren. Het wordt gestimuleerd door LH en zorgt voor het behoud van de secundaire geslachtskenmerken, seksueel gedrag en remt de afgifte van GnRh (Martini & Bartholomew, 2017) (*Testosteron - Alles Over het Mannelijk Geslachtshormoon - Hormonen.nl*, 2019).

Serotonine

Serotonine wordt geproduceerd in de darmen en de hersenen, de hersenstam. Het wordt in de hersenen gestimuleerd door het aminozuur tryptofaan. Tryptofaan wordt omgezet in serotonine door enzymatische reacties. Het wordt vervolgens afgegeven aan verschillende hersengebieden, zoals de neocortex, basale ganglia, temporaal-limbische gebieden, hypothalamus, cerebellum en de

hersenstam. Serotonine wordt in de synaps opgenomen voor afbraak of hergebruik (Neurotransmitter: Serotonine, z.d.).

De lever

De lever is zelf geen hormoon, maar speelt een cruciale rol in hormonale balans. De lever helpt bij de afbraak van steroïdhormonen zoals cortisol en zet deze om in metabolieten, die via de urine het lichaam verlaten. Wanneer de lever overbelast raakt (bijvoorbeeld door een ophoping van hormonen), kan dit de leverfunctie verstoren, wat mogelijk leidt tot een vergrote lever.

Naast het bio-energetisch model is het van belang dat het respiratoire model, oftewel de veneuze en arteriële aan- en afvoer, optimaal functioneert. Ook het biomechanische model speelt een rol, waarbij de lever in staat moet zijn om te bewegen binnen zijn glijvlakken zonder belemmeringen die de normale functie verstoren. Ten slotte moet het neurologische model vrij toegankelijk zijn, zodat de aansturing van de lever optimaal blijft (Theys, 2023).

De darmen

De darmen spelen een cruciale rol in de verwerking, afbraak en afgifte van hormonen. Voor een goede verwerking van afvalstoffen is het belangrijk dat de slijmvliezen in de darmen optimaal functioneren. De slijmvliezen zorgen voor de filtratie van onder andere hormonen, bacteriën en toxines. Wanneer dit proces niet goed verloopt, kan er een teveel aan stoffen in de bloedbaan terechtkomen, wat kan leiden tot verstoringen in het lichaam.

De darmflora heeft ook invloed op de hormonale balans. Sommige darmbacteriën breken oestrogeen, progesteron en testosteron af. De darmbacterie estrobloom speelt een belangrijke rol in ontgifting van oestrogeen in het lichaam. Wanneer er een overmaat van deze darmbacteriën aanwezig is, kan dit ertoe leiden dat er teveel hormonen worden afgebroken, wat resulteert in een tekort van het betreffende hormoon. Dit kan de hormoonproductie verder stimuleren, maar wanneer deze niet tijdig meer afgebroken worden, ontstaat er een verstoord microbiom gecombineerd met een disbalans in de hormoonhuishouding. (Theys, 2023).

De bijnier

De bijnier speelt een belangrijke rol bij de aanmaak van testosteron, oestrogeen en cortisol. Aangezien deze hormonen in verschillende delen van de bijnier worden aangemaakt, is het belangrijk om te weten dat de bijnier uit verschillende delen bestaat namelijk het merg, oftewel medulla, en de schors, oftewel cortex. Het bijnierschors bestaat uit drie lagen, daarnaast hebben de bijnieren een bescherm laag van vetweefsel en een bijnierkapsel.

In de binnenste laag van de bijnierschors worden testosteron en oestrogeen geproduceerd. In de middelste laag wordt cortisol aangemaakt. Zoals eerder beschreven, wordt cortisol afgebroken door de lever. Wanneer er een verstoring optreedt, zoals een teveel aan cortisol, kan dit invloed hebben op de leverfunctie en de verdere processen in het lichaam (Levarne, z.d.).

Bijlage 4. Quality of life scale

INSTRUCTIONS FOR SCORING THE QUALITY OF LIFE SCALE

This form of the Quality of **Life Scale (QOLS)** has 16 items rather than the 15 found in the original Flanagan version. Item #16, "Independence, doing for yourself" was added after a qualitative study indicated that the instrument had content validity in chronic illness groups but that it needed an item that reflected the importance to these people of remaining independent and able to care for themselves.

The instrument is scored by summing the items to make a total score. Subjects should be encouraged to fill out every item even if they are not currently engaged in it. (e.g. they can be satisfied even if they do not currently participate in organizations. Or they can be satisfied about not having children.) Missing data can be treated by entering the mean score for the item.

If you wish to compare scores in your groups with any scores that have been published, please be aware that most of the Burckhardt references published so far use the 15 item scale. More recent and forthcoming publications all use the 16 item scale. So be sure to check the methods section of the reference before comparing your means to published ones.

If you have further questions, please write to me or call.

Carol S. Burakhardt, PhD, RN	phone - (503) 494-3895
Professor of Mental Health Nursing	FAX - (503) 494-3691
School of Nursing - SNMH	e-mail - burckhac@ohsu.edu
Oregon Health Sciences University	
3181 SW Sam Jackson Park Road	
Portland, OR 97201-3098	

References

Burckhardt CS, Woods SL, Schultz AA, Ziebarth DM (1989). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. *Research in Nursing and Health*, 12, 347-354.

Burckhardt, CS, Clark SR, Bennett RM (1993). Fibromyalgia and quality of life: A comparative analysis. *Journal of Rheumatology*, 20, 475-479.

Flanagan JC (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33, 138-147.

Flanagan JC (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.

QUALITY OF LIFE SCALE (QOL)

Please read each item and circle the number that best describes how satisfied you are at this time. Please answer each item even if you do not currently participate in an activity or have a relationship. You can be satisfied or dissatisfied with not doing the activity or having the relationship.

		Delighted	Pleased	Mostly Satisfied	Mixed	Mostly Dissatisfied	Unhappy	Terrible
1.	Material comforts home, food, conveniences, financial security	7	6	5	4	3	2	1
2.	Health - being physically fit and vigorous . . .	7	6	5	4	3	2	1
3.	Relationships with parents, siblings & other relatives- communicating, visiting, helping . . .	7	6	5	4	3	2	1
4.	Having and rearing children	7	6	5	4	3	2	1
5.	Close relationships with spouse or significant other	7	6	5	4	3	2	1
6.	Close friends	7	6	5	4	3	2	1
7.	Helping and encouraging others, volunteering, giving advice	7	6	5	4	3	2	1
8.	Participating in organizations and public affairs	7	6	5	4	3	2	1
9.	Learning- attending school, improving understanding, getting additional knowledge . .	7	6	5	4	3	2	1
10.	Understanding yourself - knowing your assets and limitations - knowing what life is about . .	7	6	5	4	3	2	1
11.	Work - job or in home	7	6	5	4	3	2	1
12.	Expressing yourself creatively	7	6	5	4	3	2	1
13.	Socializing - meeting other people, doing things, parties, etc	7	6	5	4	3	2	1
14.	Reading, listening to music, or observing entertainment	7	6	5	4	3	2	1
15.	Participating in active recreation	7	6	5	4	3	2	1
16.	Independence, doing for yourself	7	6	5	4	3	2	1

(Quality Of Life Scale (QOLS) - Resource Library, z.d.)

Bijlage 5. RAND 36 – SF36. Nederlandse versie

In dit deel van de vragenlijst wordt naar uw gezondheid gevraagd. Wilt u elke vraag beantwoorden door het juiste hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

1. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid ?

uitstekend	☐
zeer goed	☐
goed	☐
matig	☐
slecht	☐

2. *In vergelijking met een jaar geleden*, hoe zou u *nu* uw gezondheid in het algemeen beoordelen ?

veel beter dan een jaar geleden	☐
iets beter dan een jaar geleden	☐
ongeveer hetzelfde als een jaar geleden	☐
iets slechter dan een jaar geleden	☐
veel slechter dan een jaar geleden	☐

3. De volgende vragen gaan over dagelijks bezigheden. Wordt u door uw gezondheid *op dit moment* beperkt bij deze bezigheden ? Zo ja, in welke mate ?

	ja, ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, helemaal niet beperkt
a. Forse inspanning zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten	☐	☐	☐
b. Matige inspanning zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen	☐	☐	☐
c. Tillen of boodschappen dragen	☐	☐	☐
d. Een paar trappen oplopen	☐	☐	☐
e. Eén trap oplopen	☐	☐	☐
f. Buigen, knielen of bukken	☐	☐	☐
g. Meer dan een kilometer lopen	☐	☐	☐
h. Een halve kilometer lopen	☐	☐	☐
i. Honderd meter lopen	☐	☐	☐
j. Uzelf wassen of aankleden	☐	☐	☐

4. Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden ?

ja nee

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| a. | U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden | ☐ | ☐ |
| b. | U heeft minder bereikt dan u zou willen | ☐ | ☐ |
| c. | U was beperkt in het soort werk of soort bezigheden | ☐ | ☐ |
| d. | U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning) | ☐ | ☐ |

5. Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), *de afgelopen 4 weken* één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden ?

ja nee

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| a. | U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden | ☐ | ☐ |
| b. | U heeft minder bereikt dan u zou willen | ☐ | ☐ |
| c. | U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent | ☐ | ☐ |

6. In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u *de afgelopen 4 weken* belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen ?

helemaal niet	☐
enigszins	☐
nogal	☐
veel	☐
heel erg veel	☐

7. Hoeveel pijn had u *de afgelopen 4 weken* ?

geen	☐
heel licht	☐
licht	☐
nogal	☐
ernstig	☐
heel ernstig	☐

8. In welke mate heeft pijn u *de afgelopen vier weken* belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk) ?

helemaal niet	☐
een klein beetje	☐
nogal	☐
veel	☐
heel erg veel	☐

9. Deze vragen gaan over hoe u zich *de afgelopen 4 weken* heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

Hoe vaak gedurende *de afgelopen 4 weken* :

	voort- durend	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
a. Voelde u zich levenslustig ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Voelde u zich erg zenuwachtig ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Voelde u zich kalm en rustig ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Voelde u zich erg energiek ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Voelde u zich neerslachtig en somber ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Voelde u zich uitgeblust ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h. Voelde u zich gelukkig ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Voelde u zich moe ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende *de afgelopen 4 weken* uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd ?

voortdurend	☐
meestal	☐
soms	☐
zelden	☐
nooit	☐

(www.meetinstrumentenzorg.nl, z.d.)

Bijlage 6. PMSIS

PREMENSTRUAL SYMPTOMS IMPACT SURVEY

This survey asks you questions about how your premenstrual symptoms impact things you do every day. Premenstrual symptoms refer to symptoms that occur 5–7 days before the onset of your menstrual period and go away when your menstrual period begins or shortly thereafter. Please indicate your experiences during your last premenstrual period.

You are the expert on how premenstrual symptoms affect what you are able to do and how you feel. Please select the answer that best describes the impact of your premenstrual symptoms on your daily activities. If you are not sure about a question, please give the best answer you can. Thank you for completing this survey!

For each of the following questions, please mark an ☐ in the one box that best describes your answer.

1. During your last premenstrual period, how much of the time did you feel frustrated because of your premenstrual symptoms?

None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

2. During your last premenstrual period, how much of the time did you have mood swings (e.g., suddenly felt sad or angry) because of your premenstrual symptoms?

None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

3. During your last premenstrual period, how much of the time did your premenstrual symptoms limit your ability to concentrate on work or daily activities?

None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

4. During your last premenstrual period, how often did you get tense (e.g., anxiety, muscular tightness) because of your premenstrual symptoms?

Never	Rarely	Sometimes	Often	Very Often
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

5. During your last premenstrual period, how much of the time did your premenstrual symptoms leave you too tired to do work or daily activities?

None of the time	A little of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

6. During your last premenstrual period, how often did your premenstrual symptoms keep you from socializing?

Never	Rarely	Sometimes	Often	Very Often
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

(Wallenstein et al., 2008)

Bijlage 7. Premenstrual syndrome quality of life scale

Premenstrual Syndrome Quality of Life Scale	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree Nor Disagree	Agree	Strongly Agree
<i>During the premenstrual period;</i>					
1. I have difficulty with daily activities due to fatigue.					
2. My fatigue prevents me from working at the workplace, studying, or doing household chores.					
3. My social activities are negatively affected by an insufficient level of self-confidence.					
4. I can't accomplish what I want due to my depressive mood.					
5. I am unable to accomplish many tasks due to a lack of concentration.					
6. I feel bedridden because of my low energy level.					
7. I envy those who do not experience premenstrual syndrome.					
8. I am tired of experiencing these symptoms every month.					
9. I find it frustrating to have to take medication for premenstrual symptoms treatment.					
10. Changes in my sleep pattern negatively affect my energy level throughout the day.					
11. As a result of feeling weak, I am less active during the day.					
12. A change in my sleep pattern results in a lack of concentration.					
13. Feeling over exhausted negatively affects my overall happiness.					
14. My daily activities are negatively affected by the pain I feel.					
15. I have trouble managing stress at work or school, which prevents me from performing well.					
16. I have trouble expressing myself correctly during arguments because I feel intense guilt.					
17. Sexual desire changes in me.					
18. The pain I experience is forcing me to seek medical aid (head, abdomen, etc.).					
19. Concentration problems or memory issues cause me to lose focus while working or studying.					
20. Emotional fluctuations affect my relationship with my spouse or partner.					
21. A quick emotional reaction and tendency to crying negatively impact my life.					
22. My breast sensitivity or pain makes me uncomfortable.					

(HadaviBavili & İlçioğlu, 2024)

Bijlage 8. WH-QoL

The women's quality of life questionnaire. This questionnaire allows for the assessment of QOL in women. To score, ^a Items are reverse scored. [P] items contribute to the Physical domain, [Y] items contribute to the Psychological domain, [C] are Social domain items, and [S] are Spiritual domain items. Domain scores reflect endorsement totals weighted one point each. After reverse scoring, larger values are indicative of higher QOL

Title: The women's quality of life questionnaire

Please answer "YES" or "NO" to the following questions based on how you have felt during the last week of your life. Mark "N/A" if the question does not apply to you (for example, if it asks about children, but you have none).

	Question	Answer		
		Yes	No	N/A
1 ^a	I have had to stay in bed or a chair for most of the day most days. [P]			
2 ^a	I have been limited in doing either my work or other daily activities. [P]			
3 ^a	I have had pain on a regular basis. [P]			
4	My health has been excellent. [P]			
5 ^a	I have avoided contact with my friends and relatives. [P]			
6 ^a	Pain has interfered with my daily activities. [P]			
7 ^a	I have been very nervous. [P]			
8 ^a	I have worried that I am losing my health. [P]			
9 ^a	I have worried about things happening to my relatives or friends without good reason. [P]			
10 ^a	I have frequently felt anxious. [Y]			
11 ^a	I've often felt tense. [Y]			
12 ^a	I've often felt irritable. [Y]			
13 ^a	I've felt depressed. [Y]			
14	I have been happy, satisfied, or pleased with my personal life. [S]			
15	I have felt emotionally stable and sure of myself. [S]			
16 ^a	I have had difficulty coping with my children. [C]			
17 ^a	My partner and I have had difficulty talking about anything. [C]			
18 ^a	My partner and I have not been getting along as well as we usually do. [C]			
19 ^a	Physical or emotional problems have interfered with my family life. [C]			
20 ^a	I have had real problems interacting with my family. [C]			
21 ^a	Because of my physical or emotional condition, I have had trouble meeting the needs of my family. [C]			
22 ^a	I've felt that I might harm my children. [C]			
23 ^a	I have had more than the usual number of arguments with people. [C]			
24	I have felt peaceful. [S]			
25 ^a	I have had trouble feeling peace of mind. [Y]			
26	I have felt a sense of harmony with myself. [S]			
27	I felt close to my partner (or the person who is my main support). [C]			
28	I was satisfied with my sex life. [C]			
29 ^a	I have felt sad. [Y]			
30	I was able to enjoy life. [S]			
31	I was content with the quality of my life. [S]			
32	My general outlook was good. [S]			
33 ^a	I have had difficulty performing the work or other activities that I usually do (for example, it took extra effort). [Y]			
34 ^a	I have felt downhearted and blue. [Y]			
35 ^a	I have felt worn out. [Y]			
36 ^a	I have been in pain. [P]			
37 ^a	I have been under or felt that I was under strain, stress, or pressure. [Y]			
38	I have been proud of how I've been coping with life. [S]			
39	I accepted myself. [S]			
40	I have been a happy person. [S]			

Source to be cited with any use of this tool: Gehlert et al. (2006) J Clinical Epidemiology 59: 525–533.

(Kathleen M. et al 2010)

Bijlage 9. EQ-5D

*Deze vragenlijst is met toestemming verkregen via de website van customer.euroqol.org

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje dat het best past bij uw gezondheid VANDAAG.

MOBILITEIT

- Ik heb geen problemen met lopen ☐
- Ik heb een beetje problemen met lopen ☐
- Ik heb matige problemen met lopen ☐
- Ik heb ernstige problemen met lopen ☐
- Ik ben niet in staat om te lopen ☐

ZELFZORG

- Ik heb geen problemen met mijzelf wassen of aankleden ☐
- Ik heb een beetje problemen met mijzelf wassen of aankleden ☐
- Ik heb matige problemen met mijzelf wassen of aankleden ☐
- Ik heb ernstige problemen met mijzelf wassen of aankleden ☐
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden ☐

DAGELIJKSE ACTIVITEITEN (bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten ☐
- Ik heb een beetje problemen met mijn dagelijkse activiteiten ☐
- Ik heb matige problemen met mijn dagelijkse activiteiten ☐
- Ik heb ernstige problemen met mijn dagelijkse activiteiten ☐
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren ☐

PIJN / ONGEMAK

- Ik heb geen pijn of ongemak ☐
- Ik heb een beetje pijn of ongemak ☐
- Ik heb matige pijn of ongemak ☐
- Ik heb ernstige pijn of ongemak ☐
- Ik heb extreme pijn of ongemak ☐

ANGST / SOMBERHEID

- Ik ben niet angstig of somber ☐

Ik ben een beetje angstig of somber

☐

Ik ben matig angstig of somber

☐

Ik ben erg angstig of somber

☐

Ik ben extreem angstig of somber

☐

De beste gezondheid die u zich kunt voorstellen

100

UW GEZONDHEID VANDAAG =

90

85

80

75

70

65

60

55

50

45

40

35

30

25

20

15

10

5

0

- We willen weten hoe goed of slecht uw gezondheid VANDAAG is.

- Deze meetschaal loopt van 0 tot 100.

- 100 staat voor de beste gezondheid die u zich kunt voorstellen.
0 staat voor de slechtste gezondheid die u zich kunt voorstellen.

- Markeer een X op de meetschaal om aan te geven hoe uw gezondheid VANDAAG is.

- Noteer het getal waarbij u de X heeft geplaatst in onderstaand vakje.

De slechtste
gezondheid die u
zich kunt
voorstellen

Bijlage 10. WHQoL-BREF

Instructies

Wij vragen van u om in deze vragenlijst aan te geven wat u vindt van uw kwaliteit van leven, gezondheid en andere levensgebieden. **Beantwoord alstublieft alle vragen.** Als u onzeker bent over het antwoord dat u wilt geven op een vraag, **kies dan het antwoord** dat het meest toepasselijk lijkt. Dit kan vaak uw eerste reactie zijn.

Houd uw normen, hoop, genoegens en zorgen in gedachten. We vragen u te denken aan uw leven in **de afgelopen twee weken**. Bijvoorbeeld, denkend aan de laatste twee weken, zou een vraag kunnen luiden:

		Helemaal niet	Weinig	Middelmatig	Veel	Een extreme hoeveelheid
	Krijgt u het soort steun dat u nodig heeft, van anderen?	1	2	3	4	5

U moet het cijfer omcirkelen dat het beste past bij hoeveel steun u in de afgelopen twee weken van anderen heeft gekregen. Dus u zou het cijfer 4 omcirkelen, als u veel steun van anderen hebt gekregen, op de volgende manier.

		Helemaal niet	Weinig	Middelmatig	Veel	Een extreme hoeveelheid
	Krijgt u het soort steun dat u nodig heeft, van anderen?	1	2	3	4	5

U moet het cijfer 1 omcirkelen als u van anderen helemaal niet de steun heeft gekregen waar u behoefte aan had in de afgelopen twee weken. Leest u alstublieft elke vraag, ga uw gevoelens na en omcirkel voor elke vraag het cijfer van de schaal dat het beste bij u past.

		Erg slecht	Tamelijk slecht	Goed noch slecht	Tamelijk goed	Erg goed
1	Hoe zou u uw kwaliteit van leven inschatten?	1	2	3	4	5

		Erg ontevreden	Tamelijk ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Tamelijk tevreden	Erg tevreden
2	Hoe tevreden bent u met uw gezondheid	1	2	3	4	5

IN DE VOLGENDE VRAGEN WORDT GEVRAAGD IN WELKE, MATE (HOEVEEL) U IN DE AFGELOPEN TWEE WEKEN BEPAALDE DINGEN HEBT ERVAREN.

		Helemaal niet	Weinig	Middel- matig	Zeer veel	Een extre- me hoe- veelheid
3	In welke mate vindt u dat pijn u afhoudt van wat u moet doen?	1	2	3	4	5
4	Hoeveel behoefte hebt u aan medische behandeling om in uw dagelijkse leven te kunnen functioneren?	1	2	3	4	5
5	Hoeveel geniet u van het leven?	1	2	3	4	5
6	In welke mate voelt u dat uw leven betekenisvol is?	1	2	3	4	5

IN DE VOLGENDE VRAGEN WORDT GEVRAAGD NAAR DE MATE WAARIN U IN DE AFGELOPEN TWEE WEKEN BEPAALDE DINGEN HEEFT ERVAREN OF IN STAAT WAS TE DOEN

		Helemaal niet	Bijna niet	Gemiddeld	Behoorlijk	Helemaal
7	Hoe goed kunt u zich concentreren?	1	2	3	4	5
8	Hoe veilig voelt u zich in uw dagelijkse leven?	1	2	3	4	5
9	Hoe gezond is uw omgeving	1	2	3	4	5

10	Hebt u genoeg energie voor het leven van alledag?	1	2	3	4	5
11	Kunt u uw lichamelijke uiterlijk accepteren?	1	2	3	4	5
12	Hebt u genoeg geld om in uw behoeften te voorzien?	1	2	3	4	5
13	Hoe beschikbaar voor u is de informatie, die u nodig hebt in uw dagelijkse leven	1	2	3	4	5
14	Hebt u mogelijkheden tot recreatie?	1	2	3	4	5

IN DE VOLGENDE VRAGEN WORDT GEVRAAGD NAAR HOE TEVREDEN OF ONTEVREDEN U IN DE AFGELOPEN TWEE WEKEN BENT GEWEEST MET DE VERSCHILLENDE ASPECTEN VAN UW LEVEN

		Erg ontevreden	Tamelijk ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Tevreden	Erg tevreden
15	Hoe tevreden bent u met uw slaap?	1	2	3	4	5
16	Bent u tevreden met uw vermogen om alledaagse activiteiten te verrichten?	1	2	3	4	5
17	Bent u tevreden met uw werkvermogen?	1	2	3	4	5
18	Bent u tevreden met uzelf?	1	2	3	4	5
19	Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke relaties?	1	2	3	4	5
20	In welke mate bent u tevreden met uw seksuele leven?	1	2	3	4	5
21	Hoe tevreden bent u met de steun die u krijgt van uw vrienden?	1	2	3	4	5
22	Bent u tevreden met uw leefomstandigheden?	1	2	3	4	5
23	Hoe tevreden bent u niet uw toegang tot gezondheidsdiensten?	1	2	3	4	5
24	Hoe tevreden bent u met uw vervoer?	1	2	3	4	5

		Erg slecht	Tamelijk slecht	Goed noch slecht	Tamelijk goed	Erg goed
25	Hoe goed kunt u zich verplaatsen?	1	2	3	4	5

DE VOLGENDE VRAAG VERWIJST NAAR HOE VAAK U BEPAALDE DINGEN HEBT GEVOELD OF ERVAREN, BUVOORBEELD DE STEUN VAN UW FAMILIE OF VRIENDEN OF NEGATIEVE ERVARINGEN. ZOALS ZICH ONVEILIG VOELEN.

		Nooit	Zelden	Redelijk vaak	Zeer vaak	Altijd
26	Hoe vaak heeft u negatieve gevoelens, zoals een sombere stemming, wanhoop, angst, depressie?	1	2	3	4	5

(Meetinstrumenten in de zorg, 2019)

Bijlage 11. PREM

Wat vindt u van de zorg van [naam zorgverlenerspraktijk]?

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met deze [zorgverlenerspraktijk] en de behandeling die u hier kreeg. De vragen gaan over de [zorgverlener] die u het **meest heeft behandeld**

U kunt deze vragenlijst anoniem invullen; niemand weet welke antwoorden u geeft. Het wel of niet meedoen heeft geen gevolg voor de zorg die u krijgt. Wilt u alstublieft alle vragen invullen? Als u een vraag niet kunt beantwoorden, kies dan 'niet van toepassing (n.v.t.)

	Nee, helemaal niet							Ja, helemaal			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NVT
1. Nam de [zorgverlener] u serieus?											
2. Had u vertrouwen in de deskundigheid van de [zorgverlener]?											
3. Bepaalde u samen met de [zorgverlener] het doel van de begeleiding of behandeling?											
4. Besprak de [zorgverlener] steeds de voortgang en de resultaten van de behandeling/begeleiding met u?											
5. Gaf de [zorgverlener] duidelijke uitleg en informatie (bijvoorbeeld bij adviezen en/of oefeningen thuis)											
6. Was de praktijk telefonisch of via e-mail goed bereikbaar?											
	Heel slecht							Heel goed			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NVT
7. Hoe beoordeelt u het (voorlopige) effect van uw behandeling/begeleiding?											

Algemene beoordeling

8. Zou u deze [zorgverlener] aanbevelen bij andere mensen met dezelfde klachten of gezondheidsaandoening?

Een 0 betekent dat u de zorgverlener zeker niet zou aanbevelen. Een 10 betekent dat u de zorgverlener zeker wel zou aanbevelen.

- ☐ 0 Zeker niet
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Zeker wel

9. Waarover zou u de [zorgverlener] of praktijk een compliment willen geven?

(Let op: vermeld alstublieft geen namen, om de gegevens anoniem te houden.)

- ☐ Ik heb als compliment:

- ☐ Ik heb geen compliment
- ☐ Weet ik niet

10. Wat zou de [zorgverlener] of praktijk volgens u beter kunnen doen?

(Let op: vermeld alstublieft geen namen, om de gegevens anoniem te houden.)

- ☐ Ik heb als verbeterpunt:

- ☐ Ik heb geen verbeterpunt
- ☐ Weet ik niet

Over uzelf

De volgende vragen gaan over uzelf.

We zien dat de scores van mensen verschillen (leeftijd, opleidingsniveau, algemene gezondheid). Om de resultaten van verschillende praktijken toch zo eerlijk mogelijk te kunnen vergelijken, hebben we onderstaande informatie nodig. De antwoorden op deze vragen worden anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Ze zijn niet zichtbaar voor uw zorgverlener.

11. Wat is uw leeftijd?

- ☐ Jonger dan 12 jaar
- ☐ 12 t/m 15 jaar
- ☐ 16 t/m 24 jaar
- ☐ 25 t/m 34 jaar
- ☐ 35 t/m 44 jaar
- ☐ 45 t/m 54 jaar
- ☐ 55 t/m 64 jaar
- ☐ 65 t/m 74 jaar
- ☐ 75 t/m 79 jaar
- ☐ 80 jaar of ouder

12. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

(Een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift. Als uw opleiding er niet bij staat, kies dan de opleiding die uw opleiding het best benadert.)

- ☐ Geen opleiding
- ☐ Lager onderwijs
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs
- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs
- ☐ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs
- ☐ Hoger beroepsonderwijs
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs

13. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

(NVO et al., 2023)

Bijlage 12. GPE 7-puntsschaal

Global perceived effect (GPE-DV) / Globaal ervaren effectscore (GEE)

Hudak PL & Wright JG. 2000

Wij willen u verzoeken één vraag te beantwoorden waarmee we uw mening met betrekking tot de mate van ervaren herstel willen meten.

- 1) In welke mate bent u sinds het begin van de behandeling hersteld van uw klachten? (één antwoord aanvinken).

Mate van herstel:

- ☐ heel veel beter (1)
- ☐ veel beter (2)
- ☐ iets (enigszins) beter (3)
- ☐ hetzelfde (4)
- ☐ iets (enigszins) slechter (5)
- ☐ veel slechter (6)
- ☐ heel veel slechter (7)

(Meetinstrumenten in de zorg, 2023)

Bijlage 13. GPE 7 puntsschaal 2 items

Global perceived effect (GPE-DV) / Globaal ervaren effectscore (GEE)

Hudak PL & Wright JG. 2000

Wij willen u verzoeken de onderstaande 2 vragen te beantwoorden waarmee we uw mening met betrekking tot de verkregen behandeling willen meten.

- 1) In welke mate bent u sinds het begin van de behandeling hersteld van uw klachten? (één antwoord aanvinken).

Mate van herstel:

- ☐ heel veel beter (1)
- ☐ veel beter (2)
- ☐ iets (enigszins) beter (3)
- ☐ hetzelfde (4)
- ☐ iets (enigszins) slechter (5)
- ☐ veel slechter (6)
- ☐ heel veel slechter (7)

- 2) Hoe tevreden bent u over uw behandeling? (één antwoord aanvinken).

- ☐ Absoluut tevreden
- ☐ Zeer tevreden
- ☐ Enigszins tevreden
- ☐ Niet tevreden noch ontevreden
- ☐ Enigszins ontevreden
- ☐ Ernstig ontevreden
- ☐ Absoluut ontevreden

(Meetinstrumenten in de zorg, 2023)

Bijlage 14. GPE 9-puntsschaal

Global perceived effect (GPE-DV) / Globaal ervaren effectscore (GEE)

In welke mate zijn uw klachten veranderd ten opzichte van de periode voor de behandeling.

De klachten zijn nu dan voor de behandeling.

- ☐ Heel veel beter
- ☐ Veel beter
- ☐ Matig beter
- ☐ Iets (enigszins) beter
- ☐ Hetzelfde
- ☐ Iets (enigszins) slechter
- ☐ Matig slechter
- ☐ Veel slechter
- ☐ Heel veel slechter

(Meetinstrumenten in de zorg, 2023)

Bijlage 15. GPE-4

Global Perceived Effect (GPE-4)

score

In welke mate bent u sinds het begin van de behandeling hersteld van uw klachten? De klachten zijn nu _____ dan voor de behandeling.

- ☐ heel veel beter
- ☐ veel beter
- ☐ iets (enigszins) beter
- ☐ hetzelfde
- ☐ iets (enigszins) slechter
- ☐ veel slechter
- ☐ heel veel slechter

Eén antwoord mogelijk. Antwoord is verplicht in te vullen.

(Meetinstrumenten in de zorg, 2023)

Bijlage 16. GPE dagelijkse activiteiten

Invulformulier GPE-dagelijkse activiteiten

Cliënt	Meetinstrument
Naam: Dhr/ Mw _____	Fysiotherapeut: _____
Geboortedatum: _____	Datum: _____
	Tijdstip: _____
	Bijzonderheden: _____

(Omcirkel één antwoord.)

1. In welke mate zijn uw mogelijkheden om (dagelijkse) activiteiten uit te voeren veranderd sinds het begin van de behandeling door uw fysiotherapeut?

<u>Heel veel</u> verbeterd	1
<u>Veel</u> verbeterd	2
<u>Iets (enigszins)</u> verbeterd	3
<u>Hetzelfde</u> gebleven	4
<u>Iets (enigszins)</u> verslechterd	5
<u>Veel</u> verslechterd	6
<u>Heel veel</u> verslechterd	7

Categorie: ____

Normwaarden

-

Interpretatie en bijzonderheden

Bijlage 17. IPQ-K

Ziekteperceptie vragenlijst IPQ-K

Omcirkel alstublieft bij elke vraag het getal dat uw mening het beste weergeeft

1. Hoeveel beïnvloedt uw ziekte uw leven?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
helemaal										zeer veel	
geen invloed										invloed	

2. Hoe lang denkt u dat uw ziekte zal duren?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
een zeer										mijn hele	
korte tijd										leven	

3. Hoeveel controle vindt u dat u heeft over uw ziekte?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
helemaal										zeer veel	
geen controle										controle	

4. Hoeveel denkt u dat uw behandeling kan helpen bij uw ziekte?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
helemaal										zeer	
niet										veel	

5. Hoe sterk ervaart u klachten door uw ziekte?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
helemaal										veel ernstige	
geen klachten										klachten	

6. Hoe bezorgd bent u over uw ziekte?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
helemaal										zeer	
niet bezorgd										bezorgd	

7. In welke mate vindt u dat u uw ziekte begrijpt?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
helemaal										zeer veel	
geen begrip										begrip	

8. Hoeveel invloed heeft de ziekte op uw stemming? (Bijvoorbeeld: maakt de ziekte u boos, bang, van streek of somber?)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
helemaal										zeer veel	
geen invloed										invloed	

9. Noem s.v.p. de drie belangrijkste factoren die naar uw opvatting uw ziekte hebben veroorzaakt, in volgorde van belangrijkheid.

De belangrijkste oorzaken voor mij zijn:

1.
2.
3.

(Meetinstrumenten in de zorg, 2024b)

Bijlage 18 NPRS

Numeric Pain Rating Scale

Selecteer het cijfer dat het best de ernst van uw pijn weergeeft.

Hoe hevig was uw pijn (gemiddeld) de afgelopen week (7 dagen)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
geen enkele pijn									meest voorstelbare pijn	

Selecteer het cijfer dat het best de ernst van uw pijn weergeeft.

Hoe hevig was uw pijn op de slechtste momenten in de afgelopen week (7 dagen)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
geen enkele pijn									meest voorstelbare pijn	

(www.meetinstrumentenzorg.nl, z.d.-a)

Bijlage 19. PSK

Instructie voor de afnemer.

Doel

De PSK kan worden toegepast om inzicht te krijgen in de activiteiten waar een patiënt moeite mee heeft als gevolg van zijn klachten..

De gekozen activiteiten kunnen u en de patiënt ondersteunen bij het vaststellen van de specifieke hulpvraag en het opstellen van der behandeldoelen en daarmee richting geven aan het behandelplan voor deze individuele patiënt. De PSK kan gedurende een behandeling meerdere keren gescoord worden. Het verschil in score tussen het begin, tussentijds en aan het einde van de behandeling kan aan de patiënt en u inzicht geven in de behaalde vooruitgang.

Gebruikersinstructie

De PSK bestaat uit twee delen: het inventariseren en vervolgens scoren van patiëntspecifieke activiteiten.

1. Het inventariseren

Aan de patiënt wordt gevraagd activiteiten te benoemen waarin hij/zij in het dagelijks leven hinder van ondervindt, c.q. moeite mee heeft door zijn of haar klachten of aandoening, en die hij/zij wil verbeteren met de therapie. Wanneer de patiënt geen activiteiten kan benoemen is het mogelijk om een activiteitenlijst als voorbeeld voor te leggen, dit hoeft echter niet. De patiënt selecteert de 3 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten (mag ook meer of minder). Deze moeten voor hem/haar persoonlijk relevant zijn, dit betekent dat de patiënt deze activiteiten regelmatig uitvoert en hij/zij er hinder van ondervindt.

2. Het scoren

De geselecteerde activiteiten worden gescoord op: de hoeveelheid moeite die het hem/haar kost om deze activiteit uit te voeren op een 11 punts-schaal, waarbij 0 = geen enkele moeite en 10= onmogelijk.

Doelgroep

De PSK is bij verschillende (chronische) patiëntcategorieën te gebruiken. Het principe is telkens hetzelfde maar de voorbeeld activiteitenlijst varieert per patiëntencategorie. Voor de doelgroepen chronische lage rugpijn, hartpatiënten, M. Parkinson, Claudicatio Intermittens en chronisch enkelletsel zijn voorbeeld activiteitenlijsten gemaakt. Maar u kunt de PSK ook voor andere aandoeningen gebruiken.

Uitvoering

Laat de patiënt zo specifiek mogelijk de activiteit beschrijven en zoveel mogelijk kwantificeren in tijd, gewicht etc. Bijvoorbeeld bij het poetsen: "moeite met lang (> 10 minuten) gebukt staan". Wanneer de patiënt moeite heeft met het 'bedenken' van kan gaan wat zijn specifieke probleemactiviteiten zijn. Bij de tweede afspraak volgt dan de definitieve selectie.

Patiënten waarbij de pijnklachten voorop staan, hebben vaak moeite met het scoren van activiteiten en neigen tot het scoren van de mate van pijn. De moeite met uitvoering van de betreffende activiteit moet echter gescoord worden.

Patiënten mogen geen activiteiten selecteren die ze vermijden omdat van deze het effect niet kan worden geëvalueerd.

Toelichting voor de patiënt

Uw klachten hebben invloed op de activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet en moeilijk te vermijden zijn. De gevolgen van deze klachten zijn voor iedereen verschillend. Elk persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door de behandeling.

Probeer de activiteiten te benoemen waar u de afgelopen week door uw klachten moeilijkheden mee had. We vragen u activiteiten te benoemen die **u heel belangrijk vindt** en die u het liefst zou **zien verbeteren** in de **komende weken**.

PSK scoreformulier

Naam:

Datum:

Benoem de **3 belangrijkste activiteiten** (moeilijk uitvoerbaar en vaak voorkomend) er rangschik ze naar mate van belangrijkheid:

1.

2.

3.

Extra:

Invulvoorbeeld

Activiteit: wandelen

Scoort u **0**, dan kost het wandelen u **geen enkele moeite**

geen enkele moeite (0) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **onmogelijk**

Scoort u **10**, dan is het wandelen **onmogelijk** voor u

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (10) **onmogelijk**

Score van de eerste 3 activiteiten

Activiteit 1:

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **onmogelijk**

Activiteit 2:

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **onmogelijk**

Activiteit 3:

Hoe moeilijk was het voor u in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele moeite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **onmogelijk**

(Meetinstrumenten in de zorg, 2022)

Bijlage 20. PDI

Pain Disability Index

Pollard 1984

Geautoriseerde vertaling Pijn Kennis Centrum, academisch ziekenhuis Maastricht
1999

De onderstaande vragen zijn gemaakt om de invloed van uw pijnklachten op uw leven te meten. We willen graag weten in welke mate de pijn u beperkt in het uitvoeren van allerlei dagelijkse activiteiten, die u normaliter zou willen doen. Beantwoord elke vraag door de gemiddelde invloed van de pijn op de activiteit in te vullen. Dus niet als de pijn het hevigste is of juist het minste.

Voor elke vraag moet u het cijfer omcirkelen wat voor de mate van beperking of hinder bij het uitvoeren van deze activiteit het beste weergeeft. Een score van 0 betekent dat u helemaal geen beperkingen of hinder bij het uitvoeren ervaart, en een score van 10 betekent dat het onmogelijk is om de activiteit uit te voeren.

1. Familiere en huishoudelijke verantwoordelijkheden

Deze categorie houdt activiteiten in die te maken hebben met huishoudelijke werkzaamheden in en rond het huis (b.v. tuinieren e.d.) en verplichtingen ten aanzien van andere familieleden (b.v. kinderen naar school brengen e.d.).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
geen beperkingen volledig beperkt

2. Recreatie

Deze categorie omvat activiteiten zoals hobby's, sport en andere vrije tijdsbestedingen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

geen beperkingen volledig beperkt

3. Sociale activiteiten

Deze categorie heeft te maken met samen met vrienden en/of familie uit te voeren activiteiten, zoals feestjes, theater of concertbezoek, uit eten gaan en andere sociale gelegenheden.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

geen beperkingen volledig beperkt

4. Beroep

Deze categorie omvat activiteiten die geheel of gedeeltelijk te maken hebben met uw beroep. Ook niet-betaald werk, zoals huishouden of vrijwilligers werk, hoort hierbij.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

geen beperkingen volledig beperkt

5. Sexuele activiteiten

Deze categorie vraagt naar de invloed op de frequentie en de kwaliteit van uw sexleven.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
geen beperkingen volledig beperkt

6. Zelfverzorging

Deze categorie omvat activiteiten op het gebied van persoonlijke verzorging en onafhankelijke kunnen uitvoeren van allerlei dagelijkse activiteiten (b.v. douchen, aankleden, autorijden)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
geen beperkingen volledig beperkt

7. Basale levensbehoeftes

Deze categorie omvat activiteiten die de vitale levensfuncties omvatten, zoals eten, slapen en ademen.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
geen beperkingen volledig beperkt

(Meetinstrumenten in de zorg, 2021)

Bijlage 21. VAS

Visual Analogue Scale (VAS)

Hayes & Patterson, 1921

Naam:	Geb. dat.:
Datum van afname:	

Wij willen u verzoeken dadelijk één vraag te beantwoorden waarmee we uw pijnintensiteit willen meten.

Plaats een verticale streep op de lijn die het best de ernst van uw pijn weergeeft.

Hoe hevig was uw pijn gemiddeld de afgelopen week (7 dagen)?

Geen enkele pijn (0 mm)	_____	Meest voorstelbare pijn (100 mm)
--------------------------------	-------	---

Hoe hevig was uw pijn op de slechtste momenten in de afgelopen week (7 dagen)?

Geen enkele pijn (0 mm)	_____	Meest voorstelbare pijn (100 mm)
--------------------------------	-------	---

Toevoeging: Bij de scoring moet de VAS-lijn 10 cm lang zijn. De therapeut leest de score van de patiënt af met een liniaal.

(Meetinstrumenten in de zorg, 2022b)

Bijlage 22. Interview 1 Martine Maertzdorf

Gezien de coderingstekst klein is leest u eerst het interview en daarna ziet u de codering.

Donderdag 12 september 2024, 10.00 uur

Digitale vergadering, afgenomen door Martine Bosman (spreker 1)

Martine Maertzdorf is osteopaat bij Vrouwenosteopathie in Utrecht en docente abdomen bij College Sutherland Amsterdam. Zij heeft onder andere de nascholingen Womens Health in Osteopathy (R. Molinary) en osteopathie in het bereik van het kleine bekken (R.K. Muts) gevolgd, zie <https://www.vrouwenosteopathie.nl/over-martine/>

Behandelt u patiënten met PMS in de praktijk?

Ja heel vaak.

In welke frequentie?

Ja, dagelijks in mijn praktijk. Ik denk dat drie vierde van mijn patiënten wel PMS gerelateerde klachten hebben, dat wil niet zeggen dat het specifiek PMS is. Houd maar op de helft tot drie vierde van mijn patiënten.

Ik wijk even van de vragenlijst af. Je zegt, ik heb een vrouwenpraktijk, kun je daar wat over vertellen?

Wat daar de aanleiding toe is en wat daar je specialisaties in zijn?

Ja, ik heb de opleiding in Londen gedaan voor Women's Health Osteopathy. En daarnaast heb ik de Pelvis Minor van Rob Muts gedaan, heb ik een opleiding van Renzo Molinari, nog los over pelvis minor gedaan en heb ik bij Phante Rhei nog een stuk vrouwenosteopathie gedaan. En aan de hand daarvan heb ik dus zoveel opleidingen inmiddels, dat ik heb besloten om me helemaal te focussen op vrouwenosteopathie. Niet alleen vrouwen, want ook mannen, dus het gaat me meer om pelvis minor, bekken gerelateerd en hormoon gerelateerd. En dat geldt natuurlijk ook voor mannen. Dat kun je niet altijd goed weergeven (omschrijven, benoemen) dus vandaar dat ik hem heb neergezet als vrouwenosteopathie, zodat mensen weten dat het gaat om puberteit, hormoon gerelateerde klachten fertiliteit gerelateerde klachten, na en tijdens de zwangerschap, na de bevalling en alle klachten daaromheen.

Verklaart ook waarom je zo een groot percentage of zo'n groot aandeel van de patiënten in de praktijk met PMS gerelateerde klachten bij jou komen?

Inderdaad als je dit vergelijkt met de doorsnee dat ik niet op een gemiddelde zit.

Dat is ook de reden dat wij jou en ook nog een aantal andere osteopaten hebben gevraagd met die specialisatie in vrouwengezondheid. Het geven van scholingen op dat vlak, om de expertfunctie die jullie hebben te gebruiken (als input voor dit onderzoek).

De patiënten die met PMS komen, hebben zij allemaal de reguliere diagnose PMS gekregen of benoemen zij het als PMS klachten?

Ik heb eigenlijk zelden dat mensen het woord PMS gebruiken. Dat is een woord wat patiënten zelf vaak niet gebruiken, ze komen met: ik heb klachten rondom de menstruatie, of mijn menstruatie is zo pijnlijk of zo langdurig, of ik ervaar er zoveel klachten mee, of ik heb zoveel last van hormonen in vergelijking met anderen. Dat is wat ze eigenlijk noemen. En van daaruit is het doorvragen van oké, welke symptomen heb je dan? Het is zelden dat mensen in mijn praktijk, regulier die stempel krijgen.

Goed om te weten, om dat mee te nemen. Je vertelde er net al over. Wat voor symptomen ervaren deze patiënten?

De patiënten die bij mij met menstruatie gerelateerde klachten komen, laat ik het zo even zeggen: is heftig bloeden, die langdurig bloeden, zeer veel pijn tijdens de menstruatie of vlak voor de menstruatie, onregelmatige cyclus. Ik moet natuurlijk de endometriose groep erbuiten (dit interview)

houden. Eigenlijk met name dat, dus onregelmatige cyclus, heftig bloeden, teveel bloeden, langdurig bloeden en pijn. Ik denk dat dat het belangrijkste zijn. Oh en de moodswings. De psychische impact van de hormonen op hun lijf.

En zie je dat dan juist wat meer tijdens de luteale fase terug, dus tussen ovulatie en menstruatie? want dat is in ieder geval wat ik lees over PMS, als je naar de reguliere diagnose kijkt?

Met name dat. Ik kwam op een gegeven moment een heel mooi filmpje op TikTok tegen, maar die legde het heel simplistisch voor mannen uit, hoe die hormonen gedurende de cyclus invloed hebben op vrouwen. Dat ze inderdaad een down periode hebben, dat ze een hele erge up periode hebben en een overgangperiode. Dat is echt onder invloed van hormonen en die zie je gewoon continu in die cyclus terugkomen.

En die vond ik heel typerend, vlak voor of tijdens de menstruatie hebben vrouwen die chocola nodig, willen ze vertroeteld worden en op een bankje zitten. Zodra dat (de menstruatie) is afgelopen, dan krijgen ze hun energie burst, met name rondom de ovulatie zitten ze in zo een high.

Gaan we langzaam richting de meetinstrumenten zelf. Wat vind je van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie?

Wat zijn meetinstrumenten? Eerst een vraag terug, want ik snap deze vraag niet.

Meetinstrumenten zijn voornamelijk formulieren waarmee je dingen kunt vastleggen. Hoe gaat het met je, wat zijn je klachten, wat zijn je ervaringen, wat zijn de resultaten. Zodat je echt de voortgang kunt vastleggen van de behandeling van het proces van iemand?

Ja, maar dat is toch een dossier?

Dat zou een dossier zou kunnen zijn, de meetinstrumenten daarbij.

Een meetinstrument vind ik, dat ga je mijns inziens gebruiken op het moment dat je bepaalde patiëntengroep of klachten groep gaat monitoren en gaat vergelijken met een andere groep, dus dan denk ik dan ben je al met een onderzoek bezig. Ik gebruik geen meetinstrumenten in dat opzicht. Ik hou een dossier bij en binnen dat dossier kan ik bepaalde vragen continu terug laten komen zoals: wat is hun VAS score of dat soort dingen.

Als voorbeeld, ik heb een patiënt met urine incontinentie en dan gebruik ik haar benamingen daarvoor om het te vergelijken. Dus de eerste keer komt ze en dan zegt ze: een luier kan het nog niet tegenhouden en het stroomt eruit, op een gegeven moment zegt ze: Ik heb aan 3 grote maandverbanden genoeg en de laatste behandeling, zegt ze, mini inlegkruisje per dag is genoeg. Ik ga haar referentiekader gebruiken als meetinstrument hoe de behandeling gaat? Ik ga geen meetinstrumenten gebruiken die wetenschappelijk neer zijn gezet omdat patiënten niets mee kunnen over het algemeen. En daarnaast heb ik nog nooit meetinstrumenten aangereikt gekregen vanuit mijn beroepsvereniging die ik zou kunnen gebruiken. Het enige wat ik weet wat zij gebruiken is als jij digitale dossiervorming voert, dat zij (de beroepsvereniging) dan zeggen: voer een keer bijvoorbeeld endometriose in en dan zie je al je patiënten met endometriose. Maar ik doe niet aan digitale dossiervorming. Ik heb papieren dossiers. Dus ik gebruik mijn eigen interferentie kader, wat voor die patiënt passend is en dat hou ik bij in mijn dossier. Kun je daar iets mee?

Ja, ik wil wel vragen, want je geeft aan van ik gebruik geen meetinstrumenten die zijn uitgereikt vanuit de beroepsvereniging. Worden er dan geen meetinstrumenten uitgereikt, of worden ze wel uitgereikt maar gebruik jij ze niet/zijn ze niet passend voor jou?

Nee, dat zei ik, Ik heb ze nooit gekregen. Ik zou niet weten of de beroepsvereniging ze heeft.

En als ze ze hebben, dan zou ik ze eerst eventjes willen bekijken en toetsen of dat werkbaar is voor (mij). Ik heb denk ik een wat meer amicale benadering met mijn patiënt. Je kunt een hele professionele patiënt therapeut relatie hebben. Ik zit wat lager dan de rang daarin met een patiënt als dat past met mijn relatie met een patiënt.

Het enige meetinstrument wat ik echt gebruik is de VAS score.

Dat is meteen de volgende vraag: gebruik je meetinstrumenten binnen de osteopathie? Dan gebruik je dus de VAS score als pijnscore?

De pijnscore gebruik ik absoluut. En daarnaast gebruik ik de testen zoals we die tijdens opleiding hebben gehad. Voor mij is een mobiliteits dysfunctie of een endo- of exorotatie dysfunctie ook de

referentiekaders die ik gebruik en die ik neerzet in mijn dossiers om te kijken wat de voortgang is van de behandeling.

Je vertelde bij de vorige vraag: ik gebruik het referentiekader van de patiënt om daarin met hun dezelfde taal te spreken, de voortgang te zien en dat gebruik ik als vastlegging in het dossier. En ik begrijp nu dat je daarnaast de VAS score voor de pijn gebruikt en dus de mobiliteitstesten zoals geleerd tijdens de opleiding?

Ja, maar dat vind ik geen meetinstrument, voor mij is dat gewoon onderzoek en behandeling. Als jij het hebt over een meetinstrument noemde jij net formulieren en vragenlijsten. En ik deel geen formulieren / vragenlijsten uit aan mijn patiënt, dus als jij dat meetinstrument noemt, dat heb ik niet. Als jij onderzoek en behandeling ook een meetinstrument noemt, zoals we die op school aangereikt hebben gekregen, die gebruik ik wel. Vandaar dat ik jouw vraag over meetinstrument niet gebruik niet begrijp, omdat die van mij niet gekaderd is.

Ja, helder. Dan komt de vraag, hoe meet je de effectiviteit van de behandeling bij patiënten met PMS? Hoor wel wat elementen terug (in het gesprek tot nu toe). maar ik wil jou graag in jouw bewoording deze vraag laten beantwoorden.

De effectiviteit meet ik aan de hand van (de) vragen die ik herhaal, die ik de eerste keer heb gesteld: Hoe gaat het? Hoe lang duurt je cyclus? Hoeveel bloedverlies heb je? Hoeveel tampons gebruik je? Wat voor mentale ervaring heb je tijdens je menstruatie? En die herhaal ik twee of drie behandelingen later weer om dat te kunnen vergelijken.

Ik doe dat veel in gespreksvorm. Ik ben niet een osteopaat die sec de vragen stelt, ik ga aan het bureau zitten en ik praat met ze: Hoe ging het? Hoe vond je de behandeling vorige keer? Heb je zelf gemerkt dat er iets verandert? We zijn nu twee à drie cycli verder, merk je verschil tijdens je cyclus? merk je dat het zwaarder is, minder zwaar? Meer pijn, minder pijn? Dus ik doe het meer in een gespreksvorm.

Helemaal duidelijk. Volgende vraag, ben je bekend met meetinstrumenten voor de kwaliteit van het leven, zoals de QoL, Quality of Life of de WHQoL-BREF vragenlijsten?

Quality of Life heb ik inderdaad wel eens gelezen en gezien.

Volgende vraag, heb je deze instrumenten wel eens gebruikt?

Nee, ik vind ze te klinisch en te wetenschappelijk voor binnen....ik wou zeggen een osteopathiepraktijk, maar laat ik het persoonlijk houden: binnen mijn osteopathiepraktijk.

Volgende vraag, ben je bekend met Prens: Patient Reported Experience Measures?

Ik zou hier ja op moeten antwoorden aangezien ik ook docent ben, maar ik zeg: nee. Het wordt vaak gebruikt binnen de docentengroep. Maar ik snap het niet de Prens en Proms en ik weet dat de beroepsverenigingen het er de hele tijd over heeft, maar ik begrijp ze niet. Ik weet niet wat ze ermee willen.

Dus je weet wel dat ze bestaan? Want de volgende vraag is dan: heb je deze weleens gebruikt? En dezelfde vraag over de PROMS, ben je er bekend mee? Heb je ze wel eens gebruikt? Want als ik....

Ik heb nooit begrijpbare, prettige voorbeelden gehad van wat Prens en Proms zijn. Ik weet wel dat ze het erover hebben over de ervaring van de patiënt en wat de resultaten van osteopathie behandelingen op de patiënt zijn. Maar dat is mijn eigen interpretatie ervan, want het volgt me altijd te wetenschappelijk uitgelegd, waardoor ik de vertaling naar de praktijk nog niet heb kunnen maken. Altijd eerlijk, want dit hoor ik als docent natuurlijk niet te zeggen.

Dat snap ik, de laatste vraag van dit, van de vragenlijst die we op voorhand hadden toegestuurd, welke toevoegingen of aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie in combinatie met meetinstrumenten?

Maak ze veel laagdrempeliger en beter toepasbaar binnen de vriendelijkheid van de praktijk.

Als verduidelijking: wat minder wetenschappelijk, dit woord heb ik je een paar keer horen gebruiken. Is dat wat je (hier) bedoelt?

Ja, minder klinisch, minder wetenschappelijk dus dat de patiënt niet zit en een lijstje moet invullen. Op het moment dat mensen een vragenlijst invullen, dan gaan ze uit hun lijf en in hun hoofd. En op het moment dat ze uit hun lijf in hun hoofd gaan, dan gaan ze heel erg in het mentale zitten. Binnen osteopathie gaat het juist over het contact met het lichaam, wat voelen ze met hun lichaam? En hoe

kunnen wij hun lichaam behandelen, omdat wij in deze maatschappij al ontzettend in ons hoofd zitten. Dus ik probeer ze daar juist uit te halen, naar hun lijf te halen, maar die vragen halen hen terug naar hun hoofd. Dus als het vragen zijn die ik ze kan stellen die hen bij hun ervaring met hun lijf houdt, dan zou ik de meetinstrumenten kunnen gebruiken. En de vragenlijsten zijn vaak heel zakelijk opgesteld.

Ik kan wel met de woorden te klinisch, te wetenschappelijk..

Niet binnen de belevingswereld van de patiënt van dat moment. Het moet binnen de belevingswereld van de patiënt van dat moment zijn, zodat de patiënt laagdrempelig in verbinding kan blijven met therapeut en hun lichaam.

We hebben als extra vraag: Welke toevoeging of aanbeveling heb jij nog met betrekking tot osteopathie en PMS?

Ik denk dat meer osteopaten op hun website duidelijk mogen maken dat de behandeling van een lichaam ook invloed heeft op de hormoonhuishouding en we dus daar iets mee kunnen doen.

Geldt dat voor elke osteopaat of voor de osteopaten die zich meer richten of specialiseren op vrouwengezondheid?

In principe geldt het voor iedere osteopaat. Alleen niet iedere osteopaat zal zich er bewust van zijn. Wanneer wij het lichaam behandelen, al is het alleen maar een enkel, dan behandelen we een totaal lichaam. En met het behandelen van een enkel verandert er iets in het hele, bijvoorbeeld, in de hele statiek van het lichaam waardoor ook er zoveel aanpassingen kunnen zijn, in de stroming, fluïda, congestie dat je uiteindelijk zelfs een fysiologisch verschil kan gaan merken wat invloed kan hebben op de hormoonhuishouding. Alleen er zullen osteopaten zijn, die zich daar niet altijd bewust van zijn. Want wij behandelen een lichaam in totaal.

Mensen die zich meer richten op vrouwengezondheid/vrouwenosteopathie zullen zich er veel bewuster van zijn en kunnen dus de behandelingen meer toespitsen hierop.

En, daarnaast denk ik dat het belangrijk is dat, als wij ons meer gaan richten op PMS behandelingen, dat we de samenwerking met de mesologie niet vergeten en dat we die wat meer af en toe mogen stimuleren. Dus niet alleen de voeding van de patiënt en de gezondheid van de patiënt benadrukken, maar ook dat er andere wegen zijn om mensen meer... qua mineraal huishouding en vitamine en hormoonhuishouding... dat mesologie daarbij kan bijdragen.

Het laatste jaar (van de opleiding) ga je bezig met de integratie van alle vakken en het gaat erom, in het laatste jaar leer je de rode draad te zien. Ga je zien dat als jij een sacrum behandelt, dat het invloed heeft op het bekken, op de wervelkolom en dus op het craniosacraal-systeem en dus op die pelvis minor bijvoorbeeld, en dus op de beweeglijkheid van het middenrif en dus zelfs op thorax en extremiteiten. Die hele integratie krijg je en dat dat de psyche van de patiënt kan beïnvloeden.

Maar laten we eventjes die mesologie er ook weer bij pakken, want dat heeft invloed op fysiologie op, permeabiliteit van het lichaam, op opname van voedingsstoffen. En dus moeten we dat weer op het einde weer terug bij pakken, zodat we uiteindelijk als osteopaat binnen de praktijk, dit als geheel gaan zien.....maar zeker binnen de vrouwengezondheid is die combinatie zo belangrijk. Vrouwen hebben een schommelend systeem door hormonen, door de fases waar we in ons leven doorheen gaan en zeker in de periode van PMS denk ik dat die combinatie zo belangrijk is. Dat zou wat meer benadrukt mogen worden.

Ik zou het mooi vinden als je in je thesis ergens van: Er is nog veel meer wat op die PMS klachten positieve invloed heeft en juist de samenwerking met zou ik het prachtig vinden als dat ergens terug komt. En ik wil je thesis graag hebben.

Nou, dat komt sowieso goed. Hij moet ook in de bieb, wil je hem digitaal toegezonden krijgen?

Ja. Maar goed, je hebt nog een vraag.

Ja, nog een laatste vraag: Welke diagnoses vergelijkbaar met PMS zie je in de praktijk? Dus mensen met klachten, met het idee van (PMS of hormoongerelateerde klachten) maar hebben dan bijvoorbeeld een andere diagnose daaraan zitten?

Je mag eigenlijk (deze vraag) zo niet stellen, want wij stellen geen diagnoses. Nee, ik zie wel dat mensen binnenkomen met PMS klachten of naar de huisarts gaan met PMS klachten die uiteindelijk ander onderliggend lijden hebben die sterk verwantschap hebben met PMS. En dat zijn endometriose, prikkelbaar darm syndroom, PCOS, en hypertonie van de bekkenbodem als gevolg van

traumatische gebeurtenissen, richting vaginisme en die gaat namelijk ook vaak in een cyclus mee. Dus ik zet niet het woord diagnose erop, dat doe ik nooit. Nee, ik zeg alleen tegen mensen dat ik het vermoeden heb op andere dingen die misschien hiermee te maken hebben, of die in het plaatje zou kunnen zetten of die verwacht kunnen worden met.

Daar haal ik vooral voor mezelf uit dat ik de vraag anders moet stellen, want ik bedoelde inderdaad geenszins: welke diagnose plakken wij erop? Wij richten ons met name op PMS, het is voor ons ook belangrijk om te weten hè; wat lijkt erop, wat komt er bij in de buurt, wat zie je ook voorbijkomen?

Dus het leert mij dat ik de vraag anders moet gaan stellen, je bent namelijk de eerste.

Ja, en het is nog eentje, sowieso straks voor je thesis is het natuurlijk belangrijk, daar vallen mensen over. En nog eentje op het moment dat de cyclus niet heel erg regelmatig is, dan kan het zijn dat een onderliggend lijden van allergie of voedingsintolerantie, en de opvlammingen daarvan dus verwacht kunnen worden met PMS klachten. Kijk, als jij een regelmatige cyclus hebt, dan kom je daar wel achter. Maar als jij geen regelmatige cyclus hebt, dan wordt het soms lastig van: Wat is wat?

En zijn de mensen dan wel bekend met de allergie dan wel voedingsintolerantie, of is dat...

Nee, niet altijd. En daarom is doorvragen zo belangrijk, daarom hou ik niet van strakke meetinstrumenten, ik wil kunnen doorvragen op dat wat mijn patiënt mij geeft en daarop door kunnen gaan en dieper, verder kunnen gaan. En om op jouw meetinstrument namelijk terug te komen: het kan ook zijn dat ik merk dat bij een patiënt er mogelijk iets aan de hand is, maar dat de patiënt daar terughoudendheid of zwijgen opzet. En ik wil dat voor oreren, want het heeft vaak een reden waarom de patiënt iets bewust of onbewust niet vertelt en dan komt dat vanzelf wel. Vandaar mijn amicale houding en laagdrempelige houding binnen mijn praktijk. Bij vrouwenosteopathie kom je namelijk heel veel tegen, daar kom je heel veel trauma op tegen.

Daar kan ik me iets bij voorstellen en dat daarin juist wellicht ook een veilige, geborgen setting. Is dat ook wat je bedoelt met een wat laagdrempeliger, vriendschappelijke?

Ja, veiligheid staat bij mij op nummer een twee en drie.

Oh en welke ook, maar dat ligt eraan of jij je PMS alleen vóór zwangerschap neerzet: er zijn mensen die hebben een zwangerschap ondergaan, hebben een abortus en curettage gehad en die houden klachten na curettage die kunnen lijken op PMS, en verward kunnen worden daarmee.

Er zijn vele vormen van curettage inderdaad.

Daar weet ik niet veel van, dus ook daar is voor mij ook een wereld om op in te lezen en verder mee te nemen.

Dit zijn in ieder geval alle vragen die ik wilde stellen, waarvan nou alle vragen op de laatste twee na ook in de thesis worden opgenomen in het stuk. De andere twee is voor ons ook om extra nog informatie op te nemen en aan de hand daarvan gaan we dat verwerken of niet.

Waarom zou je het deel daarvan niet alsnog verwerken? Juist waar PMS mee gerelateerd zou kunnen worden.

Je bedoelt ander onderliggend lijden?

Ja ja ja, is het ander onderliggend lijden of waar wordt PMS weleens mee verward?

Ja, de differentiaaldiagnostiek nou, dat zit ook in onze thesis. We hebben deze twee vragen op voorhand niet meegestuurd omdat we dit stuk sec gericht op de meetinstrument willen hebben. En al schrijvende heen zijn deze twee vragen ook opgekomen, dus we hebben ze nu eventjes houden we ze erbuiten en aan de hand van wie we allemaal spreken en de reacties kunnen we altijd nog zeggen: de vragenlijst is wat langer geworden en nemen ze dan wel mee, want wat je zegt en daar heb je ook gelijk in, dit is waardevolle informatie.

Zijn er ook meetinstrumenten voor PMS?

Wij hebben nog geen specifieke instrumenten voor PMS gevonden in alle literatuurstudies.

Ja, ik vind ze ook nooit, ik krijg ze nooit toegereikt. Ik zou niet weten waar ik ze moet zoeken, dus over alle dingen inderdaad zijn er voor mij geen meetinstrumenten. Geen enkele, zelfs endometriose niet.

Helemaal helder. Goed, wil ik graag dit officiële gedeelte van het interview afsluiten, tenzij je nog vragen toevoegingen hebt?

Nee

Wil ik je in ieder geval ontzettend bedanken voor je tijd en je toelichting

Interview 1 Martine Maertzdorf

Donderdag 12 september 2024, 10.00 uur

Digitale vergadering, afgenomen door Martine Bosman (spreker 1)

Martine Maertzdorf is osteopaat bij Vrouwenosteopathie in Utrecht en docente abdomen bij College Sutherland Amsterdam. Zij heeft onder andere de nascholingen Womens Health in Osteopathy (R. Molinary) en osteopathie in het bereik van het kleine bekken (R.K. Muts) gevolgd, zie <https://www.vrouwenosteopathie.nl/over-martine/>

Behandelt u patiënten met PMS in de praktijk?

Ja heel vaak.

In welke frequentie?

Ja, dagelijks in mijn praktijk. Ik denk dat drie vierde van mijn patiënten wel PMS gerelateerde klachten hebben, dat wil niet zeggen dat het specifiek PMS is. Houd maar op de helft tot drie vierde van mijn patiënten.

Ik wijk even van de vragenlijst af. Je zegt, Ik heb een vrouwenpraktijk, kun je daar wat over vertellen?

Wat daar de aanleiding toe is en wat daar je specialisaties in zijn?

Ja, ik heb de opleiding in Londen gedaan voor Women's Health Osteopathy. En daarnaast heb ik de Pelvis Minor van Rob Muts gedaan, heb ik een opleiding van Renzo Molinari, nog los over pelvis minor gedaan en heb ik bij Phante Rhei nog een stuk vrouwenosteopathie gedaan. En aan de hand daarvan heb ik dus zoveel opleidingen inmiddels, dat ik heb besloten om me helemaal te focussen op vrouwenosteopathie. Niet alleen vrouwen, want ook mannen, dus het gaat me meer om pelvis minor, bekken gerelateerd en hormoon gerelateerd. En dat geldt natuurlijk ook voor mannen. Dat kun je niet altijd goed weergeven (omschrijven, benoemen) dus vandaar dat ik hem heb neergezet als vrouwenosteopathie, zodat mensen weten dat het gaat om puberteit, hormoon gerelateerde klachten fertiliteit gerelateerde klachten, na en tijdens de zwangerschap, na de bevalling en alle klachten daaromheen.

Verklaart ook waarom je zo een groot percentage of zo'n groot aandeel van de patiënten in de praktijk met PMS gerelateerde klachten bij jou komen?

Inderdaad als je dit vergelijkt met de doorsnee dat ik niet op een gemiddelde zit.

Dat is ook de reden dat wij jou en ook nog een aantal andere osteopaten hebben gevraagd met die specialisatie in vrouwengezondheid. Het geven van scholingen op dat vlak, om de expertfunctie die jullie hebben te gebruiken (als input voor dit onderzoek).

De patiënten die met PMS komen, hebben zij allemaal de reguliere diagnose PMS gekregen of benoemen zij het als PMS klachten?

Ik heb eigenlijk zelden dat mensen het woord PMS gebruiken. Dat is een woord wat patiënten zelf vaak niet gebruiken, ze komen met: ik heb klachten rondom de menstruatie, of mijn menstruatie is zo pijnlijk of zo langdurig, of ik ervaar er zoveel klachten mee, of ik heb zoveel last van hormonen in vergelijking met anderen. Dat is wat ze eigenlijk noemen. En van daaruit is het doorvragen van oké, welke symptomen heb je dan? Het is zelden dat mensen in mijn praktijk, regulier die stempel krijgen.

Goed om te weten, om dat mee te nemen. Je vertelde er net al over. Wat voor symptomen ervaren deze patiënten?

De patiënten die bij mij met menstruatie gerelateerde klachten komen, laat ik het zo even zeggen: is heftig bloeden, die langdurig bloeden, zeer veel pijn tijdens de menstruatie of vlak voor de menstruatie, onregelmatige cyclus. Ik moet natuurlijk de endometriose groep erbuiten (dit interview) houden. Eigenlijk met name dat, dus onregelmatige cyclus, heftig bloeden, teveel bloeden, langdurig bloeden en pijn. Ik denk dat dat het belangrijkste zijn. Oh en de moodswings. De psychische impact van de hormonen op hun lijf.

6:1 J...

patienten in praktijk: ja

6:2 I...

frequentie: dagelijks

6:3 De patië...

diagnose PMS

6:4 Goed om...

klachten: bloeden: veel, lang

klachten: onregelmatigheid

klachten: pijn

klachten: stemmingswissel...

En zie je dat dan juist wat meer tijdens de luteale fase terug, dus tussen ovulatie en menstruatie? want dat is in ieder geval wat ik lees over PMS, als je naar de reguliere diagnose kijkt?

Met name dat. Ik kwam op een gegeven moment een heel mooi filmpje op TikTok tegen, maar die legde het heel simplistisch voor mannen uit, hoe die hormonen gedurende de cyclus invloed hebben op vrouwen. Dat ze inderdaad een down periode hebben, dat ze een hele erge up periode hebben en een overgangperiode. Dat is echt onder invloed van hormonen en die zie je gewoon continu in die cyclus terugkomen.

En die vond ik heel typerend, vlak voor of tijdens de menstruatie hebben vrouwen die chocola nodig, willen ze vertroeteld worden en op een bankje zitten. Zodra dat (de menstruatie) is afgelopen, dan krijgen ze hun energie burst, met name rondom de ovulatie zitten ze in zo een high.

Gaan we langzaam richting de meetinstrumenten zelf. Wat vind je van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie?

Wat zijn meetinstrumenten? Eerst een vraag terug, want ik snap deze vraag niet.

Meetinstrumenten zijn voornamelijk formulieren waarmee je dingen kunt vastleggen. Hoe gaat het met je, wat zijn je klachten, wat zijn je ervaringen, wat zijn de resultaten. Zodat je echt de voortgang kunt vastleggen van de behandeling van het proces van iemand?

Ja, maar dat is toch een dossier?

Dat zou een dossier zou kunnen zijn, de meetinstrumenten daarbij.

Een meetinstrument vind ik, dat ga je mijns inziens gebruiken op het moment dat je bepaalde patiëntengroep of klachten groep gaat monitoren en gaat vergelijken met een andere groep, dus dan denk ik dan ben je al met een onderzoek bezig. Ik gebruik geen meetinstrumenten in dat opzicht. Ik hou een dossier bij en binnen dat dossier kan ik bepaalde vragen continu terug laten komen zoals: wat is hun VAS score of dat soort dingen.

Als voorbeeld, ik heb een patiënt met urine incontinentie en dan gebruik ik haar benamingen daarvoor om het te vergelijken. Dus de eerste keer komt ze en dan zegt ze: een luiertje kan het nog niet tegenhouden en het stroomt eruit, op een gegeven moment zegt ze: ik heb aan 3 grote maandverbanden genoeg en de laatste behandeling, zegt ze, mini inlegkruisje per dag is genoeg. Ik ga haar referentiekader gebruiken als meetinstrument hoe de behandeling gaat? Ik ga geen meetinstrumenten gebruiken die wetenschappelijk neer zijn gezet omdat patiënten niets mee kunnen over het algemeen. En daarnaast heb ik nog nooit meetinstrumenten aangereikt gekregen vanuit mijn beroepsvereniging die ik zou kunnen gebruiken. Het enige wat ik weet wat zij gebruiken is als jij digitale dossiervorming voert, dat zij (de beroepsvereniging) dan zeggen: voer een keer bijvoorbeeld endometriose in en dan zie je al je patiënten met endometriose. Maar ik doe niet aan digitale dossiervorming. Ik heb papieren dossiers. Dus ik gebruik mijn eigen interferentie kader, wat voor die patiënt passend is en dat hou ik bij in mijn dossier. Kun je daar iets mee?

Ja, ik wil wel vragen, want je geeft aan van ik gebruik geen meetinstrumenten die zijn uitgereikt vanuit de beroepsvereniging. Worden er dan geen meetinstrumenten uitgereikt, of worden ze wel uitgereikt maar gebruik jij ze niet/zijn ze niet passend voor jou?

Nee, dat zei ik, ik heb ze nooit gekregen. Ik zou niet weten of de beroepsvereniging ze heeft.

En als ze ze hebben, dan zou ik ze eerst eventjes willen bekijken en toetsen of dat werkbaar is voor (mij). Ik heb denk ik een wat meer amicale benadering met mijn patiënt. Je kunt een hele professionele patiënt therapeut relatie hebben. Ik zit wat lager dan de rang daarin met een patiënt als dat past met mijn relatie met een patiënt.

Het enige meetinstrument wat ik echt gebruik is de VAS score.

Dat is meteen de volgende vraag: gebruik je meetinstrumenten binnen de osteopathie? Dan gebruik je dus de VAS score als pijnscore?

De pijnscore gebruik ik absoluut. En daarnaast gebruik ik de testen zoals we die tijdens opleiding hebben gehad. Voor mij is een mobiliteits dysfunctie of een endo- of exorotatie dysfunctie ook de referentiekaders die ik gebruik en die ik neerzet in mijn dossiers om te kijken wat de voortgang is van de behandeling.

6:5 I...	☐ gebruik meetinstrument in...
6:6 ik...	☐ meten effecten behandeli...
6:7 E...	☐ beroepsvereniging
6:10...	☐ dossier
6:8...	☐ VAS score: ja
6:9	☐ dossier
	☐ meten effecten behandeli...

Je vertelde bij de vorige vraag: ik gebruik het referentiekader van de patiënt om daarin met hun dezelfde taal te spreken, de voortgang te zien en dat gebruik ik als vastlegging in het dossier. En ik begrijp nu dat je daarnaast de VAS score voor de pijn gebruikt en dus de mobiliteitstesten zoals geleerd tijdens de opleiding?

Ja, maar dat vind ik geen meetinstrument, voor mij is dat gewoon onderzoek en behandeling. Als jij het hebt over een meetinstrument noemde jij net formulieren en vragenlijsten. En ik deel geen formulieren / vragenlijsten uit aan mijn patiënt, dus als jij dat meetinstrument noemt, dat heb ik niet. Als jij onderzoek en behandeling ook een meetinstrument noemt, zoals we die op school aangereikt hebben gekregen, die gebruik ik wel. Vandaar dat ik jouw vraag over meetinstrument niet gebruik niet begrijp, omdat die van mij niet gekaderd is.

Ja, helder. Dan komt de vraag, hoe meet je de effectiviteit van de behandeling bij patiënten met PMS? Hoor wel wat elementen terug (in het gesprek tot nu toe). maar ik wil jou graag in jouw bewoording deze vraag laten beantwoorden.

De effectiviteit meet ik aan de hand van (de) vragen die ik herhaal, die ik de eerste keer heb gesteld: Hoe gaat het? Hoe lang duurt je cyclus? Hoeveel bloedverlies heb je? Hoeveel tampons gebruik je? Wat voor mentale ervaring heb je tijdens je menstruatie? En die herhaal ik twee of drie behandelingen later weer om dat te kunnen vergelijken. Ik doe dat veel in gespreksvorm. Ik ben niet een osteopaat die sec de vragen stelt, ik ga aan het bureau zitten en ik praat met ze: Hoe ging het? Hoe vond je de behandeling vorige keer? Heb je zelf gemerkt dat er iets verandert? We zijn nu twee à drie cycli verder, merk je verschil tijdens je cyclus? merk je dat het zwaarder is, minder zwaar? Meer pijn, minder pijn? Dus ik doe het meer in een gespreksvorm.

Helemaal duidelijk. Volgende vraag, ben je bekend met meetinstrumenten voor de kwaliteit van het leven, zoals de QoL, Quality of Life of de WHQoL-BREF vragenlijsten?

Quality of Life heb ik inderdaad wel eens gelezen en gezien.

Volgende vraag, heb je deze instrumenten wel eens gebruikt?

Nee, ik vind ze te klinisch en te wetenschappelijk voor binnen....ik wou zeggen een osteopathiepraktijk, maar laat ik het persoonlijk houden: binnen mijn osteopathiepraktijk.

Volgende vraag, ben je bekend met Prens: Patient Reported Experience Measures?

Ik zou hier ja op moeten antwoorden aangezien ik ook docent ben, maar ik zeg: nee. Het wordt vaak gebruikt binnen de docentengroep. Maar ik snap het niet de Prens en Proms en ik weet dat de beroepsverenigingen het er de hele tijd over heeft, maar ik begrijp ze niet. Ik weet niet wat ze ermee willen.

Dus je weet wel dat ze bestaan? Want de volgende vraag is dan: heb je deze weleens gebruikt? En dezelfde vraag over de PROMS, ben je er bekend mee? Heb je ze wel eens gebruikt? Want als ik....

Ik heb nooit begrijpbare, prettige voorbeelden gehad van wat Prens en Proms zijn. Ik weet wel dat ze het erover hebben over de ervaring van de patiënt en wat de resultaten van osteopathie behandelingen op de patiënt zijn. Maar dat is mijn eigen interpretatie ervan, want het volgt me altijd te wetenschappelijk uitgelegd, waardoor ik de vertaling naar de praktijk nog niet heb kunnen maken. Altijd eerlijk, want dit hoor ik als docent natuurlijk niet te zeggen.

Dat snap ik, de laatste vraag van dit, van de vragenlijst die we op voorhand hadden toegestuurd, welke toevoegingen of aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie in combinatie met meetinstrumenten?

Maak ze veel laagdrempeliger en beter toepasbaar binnen de vriendelijkheid van de praktijk.

Als verduidelijking: wat minder wetenschappelijk, dit woord heb ik je een paar keer horen gebruiken. Is dat wat je (hier) bedoelt?

Ja, minder klinisch, minder wetenschappelijk dus dat de patiënt niet zit en een lijstje moet invullen. Op het moment dat mensen een vragenlijst invullen, dan gaan ze uit hun lijf en in hun hoofd. En op het moment dat ze uit hun lijf in hun hoofd gaan, dan gaan ze heel erg in het mentale zitten. Binnen osteopathie gaat het juist over het contact met het lichaam, wat voelen ze met hun lichaam? En hoe

6:11 De effectiv...

- ◇ dossier
- ◇ meten effecten behandeli...
- ◇ meten effecten behandeli...

6:12...

6:13...

6:14...

- ◇ QoL bekend: ja
- ◇ QoL gebruik: nee
- ◇ PREM bekend: nee

6:15...

- ◇ PREM gebruik: nee
- ◇ PROM bekend: ja
- ◇ PROM gebruik: nee

6:16...

- ◇ aanbeveling osteopathie e...

kunnen wij hun lichaam behandelen, omdat wij in deze maatschappij al ontzettend in ons hoofd zitten. Dus ik probeer ze daar juist uit te halen, naar hun lijf te halen, maar die vragen halen hen terug naar hun hoofd. Dus als het vragen zijn die ik ze kan stellen die hen bij hun ervaring met hun lijf houdt, dan zou ik de meetinstrumenten kunnen gebruiken. En de vragenlijsten zijn vaak heel zakelijk opgesteld.

Ik kan wel met de woorden te klinisch, te wetenschappelijk..

Niet binnen de belevingswereld van de patiënt van dat moment. Het moet binnen de belevingswereld van de patiënt van dat moment zijn, zodat de patiënt laagdrempelig in verbinding kan blijven met therapeut en hun lichaam.

We hebben als extra vraag: Welke toevoeging of aanbeveling heb jij nog met betrekking tot osteopathie en PMS?

Ik denk dat meer osteopaten op hun website duidelijk mogen maken dat de behandeling van een lichaam ook invloed heeft op de hormoonhuishouding en we dus daar iets mee kunnen doen.

Geldt dat voor elke osteopaat of voor de osteopaten die zich meer richten of specialiseren op vrouwengezondheid?

In principe geldt het voor iedere osteopaat. Alleen niet iedere osteopaat zal zich er bewust van zijn. Wanneer wij het lichaam behandelen, al is het alleen maar een enkel, dan behandelen we een totaal lichaam. En met het behandelen van een enkel verandert er iets in het hele, bijvoorbeeld, in de hele statiek van het lichaam waardoor ook er zoveel aanpassingen kunnen zijn, in de stroming, fluida, congestie dat je uiteindelijk zelfs een fysiologisch verschil kan gaan merken wat invloed kan hebben op de hormoonhuishouding. Alleen er zullen osteopaten zijn, die zich daar niet altijd bewust van zijn. Want wij behandelen een lichaam in totaal.

Mensen die zich meer richten op vrouwengezondheid/vrouwenosteopathie zullen zich er veel bewuster van zijn en kunnen dus de behandelingen meer toespitsen hierop.

En, daarnaast denk ik dat het belangrijk is dat, als wij ons meer gaan richten op PMS behandelingen, dat we de samenwerking met de mesologie niet vergeten en dat we die wat meer af en toe mogen stimuleren. Dus niet alleen de voeding van de patiënt en de gezondheid van de patiënt benadrukken, maar ook dat er andere wegen zijn om mensen meer... qua mineraal huishouding en vitamine en hormoonhuishouding... dat mesologie daarbij kan bijdragen.

Het laatste jaar (van de opleiding) ga je bezig met de integratie van alle vakken en het gaat erom, in het laatste jaar leer je de rode draad te zien. Ga je zien dat als jij een sacrum behandelt, dat het invloed heeft op het bekken, op de wervelkolom en dus op het craniosacraal-systeem en dus op die pelvis minor bijvoorbeeld, en dus op de beweeglijkheid van het middenrif en dus zelfs op thorax en extremiteiten. Die hele integratie krijg je en dat dat de psyche van de patiënt kan beïnvloeden.

Maar laten we eventjes die mesologie er ook weer bij pakken, want dat heeft invloed op fysiologie op, permeabiliteit van het lichaam, op opname van voedingsstoffen. En dus moeten we dat weer op het einde weer terug bij pakken, zodat we uiteindelijk als osteopaat binnen de praktijk, dit als geheel gaan zien.....maar zeker binnen de vrouwengezondheid is die combinatie zo belangrijk. Vrouwen hebben een schommelend systeem door hormonen, door de fases waar we in ons leven doorheen gaan en zeker in de periode van PMS denk ik dat die combinatie zo belangrijk is. Dat zou wat meer benadrukt mogen worden.

Ik zou het mooi vinden als je in je thesis ergens van: Er is nog veel meer wat op die PMS klachten positieve invloed heeft en juist de samenwerking met zou ik het prachtig vinden als dat ergens terug komt. En ik wil je thesis graag hebben.

Nou, dat komt sowieso goed. Hij moet ook in de bieb, wil je hem digitaal toegezonden krijgen?

Ja. Maar goed, je hebt nog een vraag.

Ja, nog een laatste vraag: Welke diagnoses vergelijkbaar met PMS zie je in de praktijk? Dus mensen met klachten, met het idee van (PMS of hormoongerelateerde klachten) maar hebben dan bijvoorbeeld een andere diagnose daaraan zitten?

Je mag eigenlijk (deze vraag) zo niet stellen, want wij stellen geen diagnoses. Nee, ik zie wel dat mensen binnenkomen met PMS klachten of naar de huisarts gaan met PMS klachten die uiteindelijk

6:17 We hebben als extra...

aanbeveling osteopathie e...

aanbeveling osteopathie e...

6:18 E...

aanbeveling osteopathie e...

samenwerken met andere...

6:19 H...

aanbeveling osteopathie e...

6:20 Maar laten w...

aanbeveling osteopathie e...

meegeven aan thesis: mes...

samenwerken met andere...

6:21 ik zie wel...

differential diagnoses: en...

differential diagnoses: hy...

differential diagnoses: PC...

differential diagnoses: PDS

ander onderliggend lijden hebben die sterk verwantschap hebben met PMS. En dat zijn endometriose, prikkelbaar darm syndroom, PCOS, en hypertonie van de bekkenbodem als gevolg van traumatische gebeurtenissen, richting vaginisme en die gaat namelijk ook vaak in een cyclus mee. Dus ik zet niet het woord diagnose erop, dat doe ik nooit. Nee, ik zeg alleen tegen mensen dat ik het vermoeden heb op andere dingen die misschien hiermee te maken hebben, of die in het plaatje zou kunnen zetten of die verwacht kunnen worden met.

Daar haal ik vooral voor mezelf uit dat ik de vraag anders moet stellen, want ik bedoelde inderdaad geenszins: welke diagnose plakken wij erop? Wij richten ons met name op PMS, het is voor ons ook belangrijk om te weten hē; wat lijkt erop, wat komt er bij in de buurt, wat zie je ook voorbijkomen? Dus het leert mij dat ik de vraag anders moet gaan stellen, je bent namelijk de eerste.

Ja, en het is nog eentje, sowieso straks voor je thesis is het natuurlijk belangrijk, daar vallen mensen over. En nog eentje op het moment dat de cyclus niet heel erg regelmatig is, dan kan het zijn dat een onderliggend lijden van allergie of voedingsintolerantie, en de opvlammingen daarvan dus verwacht kunnen worden met PMS klachten. Kijk, als jij een regelmatige cyclus hebt, dan kom je daar wel achter. Maar als jij geen regelmatige cyclus hebt, dan wordt het soms lastig van: Wat is wat?

En zijn de mensen dan wel bekend met de allergie dan wel voedingsintolerantie, of is dat...

Nee, niet altijd. En daarom is doorvragen zo belangrijk, daarom hou ik niet van strakke meetinstrumenten, ik wil kunnen doorvragen op dat wat mijn patiënt mij geeft en daarop door kunnen gaan en dieper, verder kunnen gaan. En om op jouw meetinstrument namelijk terug te komen: het kan ook zijn dat ik merk dat bij een patiënt er mogelijk iets aan de hand is, maar dat de patiënt daar terughoudendheid of zwijgen opzet. En ik wil dat voor oreren, want het heeft vaak een reden waarom de patiënt iets bewust of onbewust niet vertelt en dan komt dat vanzelf wel. Vandaar mijn amicale houding en laagdrempelige houding binnen mijn praktijk. Bij vrouwenosteopathie kom je namelijk heel veel tegen, daar kom je heel veel trauma op tegen.

Daar kan ik me iets bij voorstellen en dat daarin juist wellicht ook een veilige, geborgen setting. Is dat ook wat je bedoelt met een wat laagdrempeliger, vriendschappelijke?

Ja, veiligheid staat bij mij op nummer een twee en drie.

Oh en welke ook, maar dat ligt eraan of jij je PMS alleen vóór zwangerschap neerzet: er zijn mensen die hebben een zwangerschap ondergaan, hebben een abortus en curettage gehad en die houden klachten na curettage die kunnen lijken op PMS, en verward kunnen worden daarmee.

Er zijn vele vormen van curettage inderdaad.

Daar weet ik niet veel van, dus ook daar is voor mij ook een wereld om op in te lezen en verder mee te nemen.

Dit zijn in ieder geval alle vragen die ik wilde stellen, waarvan nou alle vragen op de laatste twee na ook in de thesis worden opgenomen in het stuk. De andere twee is voor ons ook om extra nog informatie op te nemen en aan de hand daarvan gaan we dat verwerken of niet.

Waarom zou je het deel daarvan niet alsnog verwerken? Juist waar PMS mee gerelateerd zou kunnen worden.

Je bedoelt ander onderliggend lijden?

Ja ja ja, is het ander onderliggend lijden of waar wordt PMS weleens mee verward?

Ja, de differentiaaldiagnostiek nou, dat zit ook in onze thesis. We hebben deze twee vragen op voorhand niet meegestuurd omdat we dit stuk sec gericht op de meetinstrument willen hebben. En al schrijvende heen zijn deze twee vragen ook opgekomen, dus we hebben ze nu eventjes houden we ze erbuiten en aan de hand van wie we allemaal spreken en de reacties kunnen we altijd nog zeggen: de vragenlijst is wat langer geworden en nemen ze dan wel mee, want wat je zegt en daar heb je ook gelijk in, dit is waardevolle informatie.

Zijn er ook meetinstrumenten voor PMS?

Wij hebben nog geen specifieke instrumenten voor PMS gevonden in alle literatuurstudies.

Ja, ik vind ze ook nooit, ik krijg ze nooit toegereikt. Ik zou niet weten waar ik ze moet zoeken, dus over alle dingen inderdaad zijn er voor mij geen meetinstrumenten. Geen enkele, zelfs endometriose

niet.

Helemaal helder. Goed, wil ik graag dit officiële gedeelte van het interview afsluiten, tenzij je nog vragen toevoegingen hebt?

Nee

Wil ik je in ieder geval ontzettend bedanken voor je tijd en je toelichting

6:21

6:22...

◇ differentiaal diagnoses: an...

◇ differentiaal diagnoses: vo...

6:23...

◇ differentiaal diagnoses: kla...

Bijlage 23. Interview 2 Paula Vasconcelos

Gezien de coderingstekst klein is leest u eerst het interview en daarna ziet u de codering.

Aan het einde is op verzoek van Paula een toevoeging opgenomen.

Donderdag 12 september 2024, 17.00 uur

Digitale vergadering, afgenomen door Martine Bosman (spreker 1)

Paula Vasconcelos is osteopaat bij het Integraal medisch Centrum en docente MFA (myofasciaal, tensegrity, GOT) bij College Sutherland Amsterdam, tevens betrokken bij de nascholing Pelvis Minor.

Vraag één, behandel je patiënten met PMS in je praktijk?

Zeker.

Met welke frequentie is dat ongeveer?

Wekelijks met die klachten, of als bij klachten. Veel patiënten komen en nemen dat 'for granted' dat ze dat hebben, dan benoemen zij het erbij.

Niet realiserend dat het klachten zijn en dat er verbetering mogelijk is.

Ja precies, ze komen meestal met een andere klacht, maar als je dan over de cyclus gaat.

Ja en zijn dat echt patiënten die dan de reguliere diagnose PMS hebben gekregen, of vooral of ook mensen die met klachten gelijk aan PMS komen?

Nou ja, niet echt regulier. Alleen bij endometriose, meestal wel een reguliere diagnose PMS erbij.

Welke symptomen ervaren deze patiënten die bij jou komen?

Nou stemmingswisselingen, opgeblazen gevoel, hoofdpijn, strakke borsten, vocht vasthouden. En sommige ook strakke benen, hè? Bovenbenen, ook vocht vasthouden

Oké helder, wat vind je van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie?

Het heeft twee kanten. Ja, osteopathie is een mooi breed vak, heel persoonlijk zijn voor de patiënt zo wie hij is en zich presenteert. Minder in een protocol, of in een lijst komen van: oh, als je dat hebt, dan dus dit. En meetinstrumenten kunnen dat een beetje ook indiceren, dat er een bepaald protocol uit kan komen. Ik vind het een beetje gevaarlijk, ik vind dat we daar goed mee moeten omgaan, zodat het vak blijft, zoals het is.

Helder dan is de vraag, gebruik jij meetinstrumenten bij je vak, bij de osteopathie?

Nou niet nee, een instrument, wat bestaat. Een meetinstrument is dus ook hoe een patiënt in zijn lijf voelt. Echt verbeteringen en weer relativeren met de invloed van wat hebben zij meegemaakt. Hoe voelen zij zich in hun lijf. Maar ik heb niet een meetinstrument: de PREMS, of de PROMS, of de vragenlijsten.

Hoe meet/vraag/ beoordeel je, bekijk je de voortgang?

Ik zeg altijd drie behandelingen in een korte tussentijd, dat betekent voor mij vier weken tussen of maximaal zes.. En na drie behandelingen moet er iets echt veranderd zijn. Als het dan aangeslagen is, dan ga ik weer verdubbelen naar twee of drie maanden. Mijn doel hier is dat je twee, maximaal drie keer per jaar komt. Ja, het begint dus kort bij elkaar en dan met langere tussenmomenten blijven komen voor de onderhoud.

Je geeft aan na twee, drie keer moet er verbetering zijn, moet het aanslaan? Is dat dan op basis van wat de patiënt vertelt, en/of is dat ook op basis van wat jij meet of waarneemt bij ze?

Ja, je eerste gevoel: Wat heb jij ervaren, de eerste behandeling. En ja, hoe de deze voelt ook na drie keer behandelen.

En inderdaad de patiënt, hoe die zich voelt algeheel, maar ook naar zijn klachten toe, de specifieke klachten.

Oké. Dan is de volgende vraag, hoe meet je de effectiviteit van de behandeling? Maar ik denk dat dat is wat je nu zegt, toch van na twee, drie keer evalueren, moet het beter zijn, op basis van wat de patiënt verteld en op basis van wat jij waarneemt in het weefsel en van daaruit gaan we verder en gaan we langere tussen periodes...

Ja.

Ja helder, ben je bekend met meetinstrumenten zoals The Quality of Life?

Nou, ik heb die vragenlijsten nooit gezien. Maar ik weet dat het bestaat, van de World Health Organisation ook eentje. Ja. Maar ik ben niet met de vragenlijsten bezig eigenlijk.

Nee helder, datzelfde gaat over de PREMS en de PROMS. Ik hoorde dat je net al zeggen, maar in het kader van de volgorde van het interview vraag ik nog een keer: ben je bekend met de PREMS?

Ja, maar gebruik ik niet. En het is nu ook een tijd waar mensen zoveel vragenlijsten krijgen voor dit of dat.. Ik vind dat bijna niet meer te doen, voor alles wordt een sterretje gevraagd, twee sterretjes, drie sterretjes. Ik denk dat het (in) deze tijd moeilijk is om dat door te voeren steeds.

De PROMS is misschien iets beter, want het is iets meer, hoe voelt de patiënt algeheel in zijn zijn, ook emotioneel of pijn of iets, hè?

In de PREMS, is meer inderdaad hoe de zorg beter kan, dus voor ons, dat (is) denk ik wel moeilijker, want zoveel bedrijven vragen van ons. Zoveel sterren geven. Ja.

OK en dat betekent ook: je kent de PROM wel. Je zegt dat gaat iets meer over het gehele welzijn van de patiënt en ook die gebruik je niet toch?

Nee, maar gebruik ik niet zodanig met PROMS zelf hè, maar wel met mijn eigen vragenlijsten, zeg waar ik met de patiënt in de anamnese.

Stel je daar altijd dezelfde vragen in de anamnese: heb je een vaste lijst of doe je dat op hoe het loopt, ervaring?

Eerst die geschreven anamnese, dus eigenlijk die lijst die zij zelf invullen, de klachten en alle tracta door en de geschiedenis, dat is je basis. die neem ik met hun door, en daarna ga ik dieper vragen, hoe het kan ontstaan, wat heb je meegemaakt, of zijn er ook andere redenen? De elementen die niet in de vragenlijst staan, die ga je proberen uit te zoeken van, hoe ziet dat het echt, wat is de echte vraag van de patiënt?

Ja, en bij de vervolgspraak of na die twee, drie afspraken in een korte periode: stel je dan dezelfde vragen of vraag je daar gewoon naar terug?

Nou dan kijk je, kijk ik weer terug van oké, hoe zijn wij begonnen, hoe zijn we nu, hoe is dat nu? En een beetje wat is er gebeurt tussen die periode ook en wat heeft invloed op de situatie?

Welke toevoegingen of aanbevelingen heb je betrekking? Heb je met betrekking tot osteopathie en meetinstrumenten?

Aan de ene kant is het ook heel belangrijk om de informatie te hebben van regulier van deze tijd allemaal, wat er wordt gedaan, en hoe het wordt gedacht, en dat wij dat weten van regulier. En dat wij ook heel duidelijk zijn in onze manier van benaderen van gezondheid. Door onderzoeken, door te lezen, zoals jullie ook doen, dan ga je ook dat hele systeem uitvinden, hoe werkt het regulier. Dat is belangrijker voor de osteopathie om dat te weten, als je het ook in praktijk zou brengen, kun je zien wat osteopathie kan toevoegen, dus zonder dat het een protocol is, meer twee visies naast elkaar, wat de een doet en wat de ander doet. om de gezondheid van de patiënt.

Ja, dus het zou jouw wens zijn, als ik het goed begrijp: Jij zegt, het is goed dat we weten dat wij als osteopaten weten hoe men regulier dingen bekijkt, dingen meet zodat we weten dat het bestaat en dat we elkaars taal kunnen spreken. En het is belangrijk dat wij zelf ook het vak blijven (doen) en dat we juist naast elkaar kunnen bestaan.

Ja.

Helder, ja, goed punt. Hadden wij in de tussentijd stiekem nog een paar extra vragen bedacht, Paula. Oké nou.

Twee hoor, van nee valt mee. Welke toevoeging of aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie en PMS?

Blijf breed kijken, ook fysiologisch kijken. Ik denk dat mesologie ook een hele goede aanvulling is, en dat het samen heel goed kan helpen. En dat je samen, met de patiënt ook fysiologisch kijkt, met de mesoloog bespreekt: wat heb jij gevonden, wat heb ik gevonden?

Ik denk dat dat een hele goede aanvulling is.

Ja is dat ook een van de redenen dat je ook in Amsterdam werkt, waarbij het allemaal zo mooi bij elkaar is, de verschillende disciplines?

Zeker, dat was mijn eerste motivatie om daar te gaan ja, de mogelijkheid te hebben om te bespreken en met elkaar echt (te bespreken) welke lijn ja, dan leren we heel veel van en daar kunnen we heel veel aan de patiënt aanbieden.

Ja helder, nog een laatste vraag: welke diagnoses die lijken op PMS zie je bij jou in de praktijk voorbijkomen? Je noemde net al endometriose bijvoorbeeld, nog anderen?

Ja PCOS dat is ook een andere. Ja, soms mensen ook met de darmproblematiek hè? Die komen ook, met echt zelfs een PDS, zo ook dat het varieert tijdens/voor de cyclus, hè? Dat het obstipatie of diarree, en dat wordt hormonaal ook een beetje... Dus daar komen ook klachten die daar op lijken, maar uit een ander systeem.

Ja, mensen die ook heel veel stress ervaren in hun leven, die kunnen ook in die periode ook. allerlei klachten ontwikkelen, maar veel meer een stresssysteem.

Ja nogmaals het verteringssysteem, de PDS, het vetvertering systeem, dat de lever ook het laatste is waardoor ook klachten ontstaan.

Dat is los van PDS klachten, deze de vetverteringsproblematiek en de belasting van de lever? Is dat een ander of is dat hetzelfde?

Ik denk dat ik kan meespelen, ja de lever kan zeker meespelen bij de PDS, conditie van de lever is belangrijk. En mineraalhuishouding, is ook iets mesologisch maar het heeft ook veel met het stresssysteem te maken. Kijk of ze die rust kan brengen, of kunnen opvangen in die tijd. Endometriose, dan zijn die klachten echt heel prominent, hè?

Ja, ik ben er niet goed in thuis, is dat name rondom de ovulatie, de klachten?

Nee, het zijn echt tijdens de menstruatie zelf, mensen kunnen echt verlamd zijn..er zijn verschillende gradaties, het kan heel erg opspelen.

Ja, er is nog een hele wereld te ontdekken voor mij, maar eerst maar eens graag het huis bouwen, eerst het fundament. Ja, de thesis vind ik al een heel mooie... dakkapel denk ik?.

Heel goed, en dan begint het.

Dit waren de formele vragen die ik die ik had staan, zijn er verder nog dingen waarvan jij zegt: dat vind ik belangrijk dat je dat meeneemt In de thesis ,of in het verslag van ons gesprek?

Ja, blijf breed kijken. Dus inderdaad een fysiologische kant, embryologische kant, de leefstijl meenemen, de sociale en economische factoren die misschien ook meespelen bij iemand. Blijf breed, en kader dat in het lijf. Een beetje PMS kan erbij horen, maar die kwaliteit van leven, hoe mensen ermee leven, dat is ook belangrijk. En hoe je hun bewust kan maken van: wat kun je hieraan doen, ook in je omgeving, met je leefstijl, dat kan ook zeker invloed hebben.

Ja. Oké nou dan stop ik in ieder geval de opname.

Paula heeft na het afnemen van het interview en na het ontvangen van het uitgewerkte interview contact gezocht. Ze wil graag toevoegingen doen aan het interview. Omdat het niet passend is om in een getranscribeerd interview achteraf aanpassingen te doen aan de inhoud, is overeengekomen om dat hieronder op te nemen.

Het spreekt voor zich dat dit verzoek van Paula gehonoreerd wordt, zodat dit waardevolle interview behouden kan blijven voor dit onderzoek en deze thesis.

Paula heeft in het interview woorden willen geven aan wat zij in de praktijk ervaart, bij het teruglezen vindt zij dat dat niet goed gelukt is. Zij vind het, zonder deze toevoeging, geen waarde voor het vak of dit onderzoek.

Wanneer een patiënt op vervolgsconsult komt, bespreekt Paula naast de klacht altijd deze lijst van vijf factoren van invloed:

1. hoeveelheid beweging in het dagelijks leven (sporten, of algemeen lopen, wandelen, fietsen)
2. voeding (variatie, intolerantie, dieet, bewuste omgang)
3. Stoelgang (frequentie, consistentie, neigingen)
4. slaappatroon (in slaap komen, doorslapen, duur, hoe wakker worden)

5. balans spanning en ontspanning (omgang met stress)

Zij heeft zich met de toegestuurde vragen voorbereid op het interview. De twee laatste vragen waren nieuw, zij heeft zich daar niet op kunnen voorbereiden en voegt toe bij de vraag over de diagnoses dat zaken als hypo- en hyperthyroïdie, PMDD ook in de praktijk voorkomen. Bij problemen rondom de vertering wil zij toevoegen dat deze onder invloed van de hormoonstommelingen kunnen optreden/exacerberen.

Met deze toevoeging kan het interview behouden worden voor het onderzoek.

Interview 2 Paula Vasconcelos

Donderdag 12 september 2024, 17.00 uur

Digitale vergadering, afgenomen door Martine Bosman (spreker 1)

Paula Vasconcelos is osteopaat bij het Integraal medisch Centrum en docente MFA (myofasciaal, tensegrity, GOT) bij College Sutherland Amsterdam, tevens betrokken bij de nascholing Pelvis Minor.

Vraag één, behandel je patiënten met PMS in je praktijk?

Zeker.

Met welke frequentie is dat ongeveer?

Wekelijks met die klachten, of als bij klachten. Veel patiënten komen en nemen dat 'for granted' dat ze dat hebben, dan benoemen zij het erbij.

Niet realiserend dat het klachten zijn en dat er verbetering mogelijk is.

Ja precies, ze komen meestal met een andere klacht, maar als je dan over de cyclus gaat.

Ja en zijn dat echt patiënten die dan de reguliere diagnose PMS hebben gekregen, of vooral of ook mensen die met klachten gelijk aan PMS komen?

Nou ja, niet echt regulier. Alleen bij endometriose, meestal wel een reguliere diagnose PMS erbij.

Welke symptomen ervaren deze patiënten die bij jou komen?

Nou stemmingswisselingen, opgeblazen gevoel, hoofdpijn, strakke borsten, vocht vasthouden. En sommige ook strakke benen, hè? Bovenbenen, ook vocht vasthouden

Oké helder, wat vind je van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie?

Het heeft twee kanten. Ja, osteopathie is een mooi breed vak, heel persoonlijk zijn voor de patiënt zo wie hij is en zich presenteert. Minder in een protocol, of in een lijst komen van: oh, als je dat hebt, dan dus dit. En meetinstrumenten kunnen dat een beetje ook indiceren, dat er een bepaald protocol uit kan komen. Ik vind het een beetje gevaarlijk, ik vind dat we daar goed mee moeten omgaan, zodat het vak blijft, zoals het is.

Helder dan is de vraag, gebruik jij meetinstrumenten bij je vak, bij de osteopathie?

Nou niet nee, een instrument, wat bestaat. Een meetinstrument is dus ook hoe een patiënt in zijn lijf voelt. Echt verbeteringen en weer relativeren met de invloed van wat hebben zij meemaakt. Hoe voelen zij zich in hun lijf. Maar ik heb niet een meetinstrument: de PREMS, of de PROMS, of de vragenlijsten.

Hoe meet/vraag/beoordeel je, bekijk je de voortgang?

Ik zeg altijd drie behandelingen in een korte tussentijd, dat betekent voor mij vier weken tussen of maximaal zes.. En na drie behandelingen moet er iets echt veranderd zijn. Als het dan aangeslagen is, dan ga ik weer verduubelen naar twee of drie maanden. Mijn doel hier is dat je twee, maximaal drie keer per jaar komt. Ja, het begint dus kort bij elkaar en dan met langere tussenmomenten blijven komen voor de onderhoud.

Je geeft aan na twee, drie keer moet er verbetering zijn, moet het aanslaan? Is dat dan op basis van wat de patiënt vertelt, en/of is dat ook op basis van wat jij meet of waarneemt bij ze?

Ja, je eerste gevoel: Wat heb jij ervaren, de eerste behandeling. En ja, hoe de deze voelt ook na drie keer behandelen.

En inderdaad de patiënt, hoe die zich voelt algeheel, maar ook naar zijn klachten toe, de specifieke klachten.

Oké. Dan is de volgende vraag, hoe meet je de effectiviteit van de behandeling? Maar ik denk dat dat is wat je nu zegt, toch van na twee, drie keer evalueren, moet het beter zijn, op basis van wat de patiënt verteld en op basis van wat jij waarneemt in het weefsel en van daaruit gaan we verder en gaan we langere tussenperiodes...

Ja.

81...	♦	patienten in praktijk: ja
82...	♦	frequentie: wekelijks
83...	♦	diagnose PMS
84...	♦	klachten: gespannen borst...
	♦	klachten: hoofdpijn
	♦	klachten: opgeblazen gev...
	♦	klachten: stemmingswissel...
	♦	klachten: vocht vasthouden
86...	♦	gebruik meetinstrument in...
85 Het he...	♦	mening meetinstrument: ri...
87 E...	♦	meten effecten behandeli...
	♦	meten effecten behandeli...
	♦	meten effecten behandeli...

Ja helder, ben je bekend met meetinstrumenten zoals The Quality of Life?

Nou, ik heb die vragenlijsten nooit gezien. Maar ik weet dat het bestaat, van de World Health Organisation ook eentje. Ja. Maar ik ben niet met de vragenlijsten bezig eigenlijk.

Nee helder, datzelfde gaat over de PREMS en de PROMS. Ik hoorde dat je net al zeggen, maar in het kader van de volgorde van het interview vraag ik nog een keer: ben je bekend met de PREMS?

Ja, maar gebruik ik niet. En het is nu ook een tijd waar mensen zoveel vragenlijsten krijgen voor dit of dat.. Ik vind dat bijna niet meer te doen, voor alles wordt een sterretje gevraagd, twee sterretjes, drie sterretjes. Ik denk dat het (in) deze tijd moeilijk is om dat door te voeren steeds.

De PROMS is misschien iets beter, want het is iets meer, hoe voelt de patiënt algeheel in zijn zijn, ook emotioneel of pijn of iets, hè?

In de PREMS, is meer inderdaad hoe de zorg beter kan, dus voor ons, dat (is) denk ik wel moeilijker, want zoveel bedrijven vragen van ons. Zoveel sterren geven. Ja.

OK en dat betekent ook: je kent de PROM wel. Je zegt dat gaat iets meer over het gehele welzijn van de patiënt en ook die gebruik je niet toch?

Nee, maar gebruik ik niet zodanig met PROMS zelf hè, maar wel met mijn eigen vragenlijsten, zeg waar ik met de patiënt in de anamnese.

Stel je daar altijd dezelfde vragen in de anamnese: heb je een vaste lijst of doe je dat op hoe het loopt, ervaring?

Eerst die geschreven anamnese, dus eigenlijk die lijst die zij zelf invullen, de klachten en alle tracti door en de geschiedenis, dat is je basis. die neem ik met hun door, en daarna ga ik dieper vragen, hoe het kan ontstaan, wat heb je meegemaakt, of zijn er ook andere redenen? De elementen die niet in de vragenlijst staan, die ga je proberen uit te zoeken van, hoe ziet dat het echt, wat is de echte vraag van de patiënt?

Ja, en bij de vervolgspraak of na die twee, drie afspraken in een korte periode: stel je dan dezelfde vragen of vraag je daar gewoon naar terug?

Nou dan kijk je, kijk ik weer terug van oké, hoe zijn wij begonnen, hoe zijn we nu, hoe is dat nu? En een beetje wat is er gebeurt tussen die periode ook en wat heeft invloed op de situatie?

Welke toevoegingen of aanbevelingen heb je betrekking? Heb je met betrekking tot osteopathie en meetinstrumenten?

Aan de ene kant is het ook heel belangrijk om de informatie te hebben van regulier van deze tijd allemaal, wat er wordt gedaan, en hoe het wordt gedacht, en dat wij dat weten van regulier. En dat wij ook heel duidelijk zijn in onze manier van benaderen van gezondheid. Door onderzoeken, door te lezen, zoals jullie ook doen, dan ga je ook dat hele systeem uitvinden, hoe werkt het regulier. Dat is belangrijker voor de osteopathie om dat te weten, als je het ook in praktijk zou brengen, kun je zien wat osteopathie kan toevoegen, dus zonder dat het een protocol is, meer twee visies naast elkaar, wat de een doet en wat de ander doet. om de gezondheid van de patiënt.

Ja, dus het zou jouw wens zijn, als ik het goed begrijp: Jij zegt, het is goed dat we weten dat wij als osteopaten weten hoe men regulier dingen bekijkt, dingen meet zodat we weten dat het bestaat en dat we elkaars taal kunnen spreken. En het is belangrijk dat wij zelf ook het vak blijven (doen) en dat we juist naast elkaar kunnen bestaan.

Ja.

Helder, ja, goed punt. Hadden wij in de tussentijd stiekem nog een paar extra vragen bedacht, Paula. Oké nou.

Twee hoor, van nee valt mee. Welke toevoeging of aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie en PMS?

Blijf breed kijken, ook fysiologisch kijken. Ik denk dat mesologie ook een hele goede aanvulling is, en dat het samen heel goed kan helpen. En dat je samen, met de patiënt ook fysiologisch kijkt, met de mesoloog bespreekt: wat heb jij gevonden, wat heb ik gevonden?

Ik denk dat dat een hele goede aanvulling is.

8:8...	☐ QoL bekend: ja
	☐ QoL gebruik: nee

8:10...	☐ PREM mening	8:9:1...	☐ PREM bekend: ja
			☐ PREM gebruik: nee

8:11...	☐ PROM bekend: ja
	☐ PROM gebruik: nee

8:12 Eerst...	☐ meten effecten behandel...
	☐ meten effecten behandel...

8:13...	☐ dossier
---------	----------------------------------

8:14 Aan de ene K...	☐ aanbeveling osteopathie e...
	☐ aanbeveling osteopathie e...
	☐ samenwerken met andere...

8:15...	☐ aanbeveling osteopathie e...
	☐ aanbeveling osteopathie e...
	☐ aanbeveling osteopathie e...
	☐ samenwerken met andere...

Ja is dat ook een van de redenen dat je ook in Amsterdam werkt, waarbij het allemaal zo mooi bij elkaar is, de verschillende disciplines?

Zeker, dat was mijn eerste motivatie om daar te gaan ja, de mogelijkheid te hebben om te bespreken en met elkaar echt (te bespreken) welke lijn ja, dan leren we heel veel van en daar kunnen we heel veel aan de patiënt aanbieden.

Ja helder, nog een laatste vraag: welke diagnoses die lijken op PMS zie je bij jou in de praktijk voorbijkomen? Je noemde net al endometriose bijvoorbeeld, nog anderen?

Ja PCOS dat is ook een andere. Ja, soms mensen ook met de darmproblematiek hè? Die komen ook, met echt zelfs een PDS, zo ook dat het varieert tijdens/voor de cyclus, hè? Dat het obstipatie of diarree, en dat wordt hormonaal ook een beetje... Dus daar komen ook klachten die daar op lijken, maar uit een ander systeem.

Ja, mensen die ook heel veel stress ervaren in hun leven, die kunnen ook in die periode ook allerlei klachten ontwikkelen, maar veel meer een stresssysteem.

Ja nogmaals het verteringssysteem, de PDS, het vetvertering systeem, dat de lever ook het laatste is waardoor ook klachten ontstaan.

Dat is los van PDS klachten, deze de vetverteringsproblematiek en de belasting van de lever? Is dat een ander of is dat hetzelfde?

Ik denk dat ik kan meespelen, ja de lever kan zeker meespelen bij de PDS, conditie van de lever is belangrijk. En mineraalhuishouding, is ook iets mesologisch maar het heeft ook veel met het stresssysteem te maken. Kijk of ze die rust kan brengen, of kunnen opvangen in die tijd.

Endometriose, dan zijn die klachten echt heel prominent, hè?

Ja, ik ben er niet goed in thuis, is dat name rondom de ovulatie, de klachten?

Nee, het zijn echt tijdens de menstruatie zelf, mensen kunnen echt verlamd zijn...er zijn verschillende gradaties, het kan heel erg opspelen.

Ja, er is nog een hele wereld te ontdekken voor mij, maar eerst maar eens graag het huis bouwen, eerst het fundament. Ja, de thesis vind ik al een heel mooie... dakkapel denk ik?

Heel goed, en dan begint het.

Dit waren de formele vragen die ik die ik had staan, zijn er verder nog dingen waarvan jij zegt: dat vind ik belangrijk dat je dat meeneemt In de thesis ,of in het verslag van ons gesprek?

Ja, blijf breed kijken. Dus inderdaad een fysiologische kant, embryologische kant, de leefstijl meenemen, de sociale en economische factoren die misschien ook meespelen bij iemand. Blijf breed, en kader dat in het lijf. Een beetje PMS kan erbij horen, maar die kwaliteit van leven, hoe mensen ermee leven, dat is ook belangrijk. En hoe je hun bewust kan maken van: wat kun je hieraan doen, ook in je omgeving, met je leefstijl, dat kan ook zeker invloed hebben.

Ja. Oké nou dan stop ik in ieder geval de opname.

8:16...  samenwerken met andere...

8:17 Ja PCOS dat is o...  differentiaal diagnoses: an...
 differentiaal diagnoses: en...
 differentiaal diagnoses: PC...
 differentiaal diagnoses: PDS
 differentiaal diagnoses: str...
 differentiaal diagnoses: ve...

8:18 Ja, blijf...  meegeven aan thesis: bree...
 meegeven aan thesis: leefs...
 meegeven aan thesis: men...

Bijlage 24. Interview 3 Lieselot Theys

Gezien de coderingstekst klein is leest u eerst het interview en daarna ziet u de codering.

Donderdag 12 september 2024, 19.15 uur

Digitale vergadering, afgenomen door Martine Bosman (spreker 1)

Lieselot Theys is gynaecologisch osteopaat, onderdeel van Balance Institute, auteur, spreker en trainster op het gebied van vrouwengezondheid. <https://lieselottheys.be/>

Beginnen we met vraag één, behandel je patiënten met PMS in de praktijk?

Jazeker, en ja, frequent, ik denk het wel. Als ik dat zou moeten inschatten, want ik heb eventjes gekeken in mijn agenda naar de reden van afspraken en dat komt toch op zes vrouwen op de tien die aangeven: hormonale balans, maar ja, leken bedoeld met hormonen, altijd cyclus gebonden hormonen, of PMS of premenstrueel. Maar ik merk wel op, dat als ik die mensen bekijk, het niet altijd om PMS gaat. Dus, maar dat zij wel denken PMS te hebben maar ik haal er ook bijvoorbeeld een endometriose uit of PMDD. Dus ik denk dat als je mij zou vragen, wat zijn nu de echte PMS ers, puur PMS, dat dat misschien wel drie of vier op tien zouden zijn in mijn praktijk.

Vraag ik het aan mijn collega's die niet gespecialiseerd zijn in vrouwengezondheid, al zien ze eentje per week of eentje per maand, dus dat is wel een groot verschil. Afhankelijk van die praktijk geldt dat natuurlijk hè ja, maar dat is ja, dagelijks. Ik behandel twintig patiënten per dag, drie dagen per week. Dus ja, tel maar uit en dat zijn er zo acht per dag, driemaal per week. Ja, ja, dat zullen allemaal vervolgconsulten zijn, dan staat mijn hoofd echt 'paraplu', want dan heb ik veertien uur gewerkt. Maar ja, ik doe dat expres, ik kies dat zo drie dagen, veertien uur om dan de andere twee dagen echt om vier uur bij de kindjes te kunnen zijn, want anders ben je elke dag tot zes uur bezig en dan heb je die kindjes nooit gezien, hè? Ja, dat is een beetje mijn eigen keuze.

Ja, ik heb ook als voorbereiding ..de Podcast 'Spreekuur met dokter Servaas' (geluisterd), dus daar hoorde ik je dat ook vertellen, dat ik denk: ja mooi dat je zo die keuze kunt maken.

Jawel, dat is wel leuk als zelfstandige, hè?

Wordt aan gewerkt dat ik ook zover kom.

Even kijken welke symptomen ervaren de patiënten met PMS?

Je kan ze een beetje opdelen, de meesten vertellen voornamelijk hun fysieke symptomen en hetgeen die dan het meest voorkomt, is vermoeidheid, een opgeblazen gevoel, ja en dan toch wel zeurende of doffe pijn klachten hoor. Maar ja, daar beginnen mijn alarmbellen af te gaan van: is het dan wel zeker PMS. En inderdaad, de hoofdpijn is ook een die wel durft terug te komen. Ik denk dat dat een beetje de meest voorkomende zijn en dan minder voorkomend, maar toch wel frequent is: acne, gespannen borsten, en lage rugspieren.

En als ik dan de emotionele bekijk en dan zeggen ze altijd praktisch allemaal: stemmingswisselingen effectief wel aanwezig en heb je een beetje de drie groepen: Ofwel zijn ze vrij neerslachtig, verdrietig en down, ofwel zijn ze eerder, beschrijven ze zichzelf als Godzilla, prikkelbaar, snel geïrriteerd ofwel zelfs deze twee allebei. Dus dat is effectief wel heel hard schommelen van prikkelbaar en snel alles binnen pakken, maar ook snel weer alles eruit willen schreeuwen. Dat is een beetje hetgeen die mentaal naar voren komt bij mij. Ik wil daar onmiddellijk bij zeggen: dat zou alleen bij PMS zo niet mogen he, maar bij PMS mag dat een (klein) beetje zolang het dan nog steeds aanvoelt alsof dat dat in golfjes is. Maar als mensen beginnen beschrijven van, ik ben twee weken super fijn en twee weken echt Godzilla en suïcidale gedachten en dan zitten we mogelijk met een PMDD casus dus hè? En niet meer met PMS, ofwel de hele extreme vorm van PMS kan ook nog altijd maar dat is voor mij een directe kanttekening van gaat het eigenlijk nog wel puur om PMS?

Ja, die zitten dicht tegen elkaar aan, waarbij dan de psychische component veel groter, veel zwaarder is bij PMDD?

Ja en het is geen hormonaal probleem, hè? PMS is effectief een hormonaal probleem, waarbij dat hoofdzakelijk oestrogeendominantie is: dus ofwel een teveel aan oestrogeen, ofwel een tekort aan

progesteron, of de twee.

Bij PMDD gaat het eigenlijk over een probleem met de receptoren in de hersenen, waarbij.. want bij iedereen wordt progesteron, wordt GABA, de neurotransmitter in je hoofd en die GABA gaat dan aan een receptor hangen. Bij PMDD gaat de GABA..de progesteron wordt gemaakt en die wordt GABA, en die GABA gaat op de receptor hangen, maar die receptor doet het omgekeerde: dus waar dat progesteron GABA wordt en GABA uw rem en uw filter en rust moet zijn, gaat bij die mensen GABA op de receptor zitten en die worden,

Godzilla. Die worden helemaal tureluur en dat is eigenlijk bij PMDD het probleem. En de mensen met een worst case scenario hebben er nog een keer PMS bovenop, waardoor dat dan helemaal in de knoei geraakt. Dus het zit daar wel een behoorlijk verschil op. En probleem is, bij PMDD kan je het nog niet meten in onderzoeken, dus het is altijd een beetje gokken van: zitten we met een heel doorgedreven vorm van PMS of, zou het misschien mogelijk PMDD kunnen zijn, dat is zeker als osteopaat niet gemakkelijk.

Ja, vooral dat het zo complex is dat het hele hormonale of het systeem goed loopt, totdat het op de receptor zit en dat het dan een andere afslag neemt, dat je niet zegt: Goh progesteron gaat het niet om maar GABA of er is geen receptor om die GABA te ontvangen of iets, dat loopt allemaal. En dan neemt het een andere afslag.

Ja, volgens de nieuwste onderzoeken hè? Want de onderzoeken die 5 jaar oud zijn, die zeggen we al dat het gaat om een tekort van GABA. Maar de nieuwste onderzoeken tonen eigenlijk aan dat er wel GABA is en dat zijn dan ook de mensen die dus.. Ik heb een beetje de twee en ik ben er nog altijd niet uit hoe dat komt, maar adviseer ik soms om GABA te nemen, en de helft is daar super goed mee en de andere helft niet.

En dan vermoed ik dat degene die daar goed mee zijn, dat dan misschien dan toch geen echte PMDD was, maar meer een doorgedreven vorm van PMS. En dat degene waarnaar, waar ze dat bij GABA eigenlijk zeggen, of degene die zeggen aan pure progesteron, die soms voorgeschreven wordt door de dokter: ik word daar nog meer suïcidaal van. Dat je dan eigenlijk echt wel kunt stellen, dat zal wel PMDD zijn.

Maar beetje zoals alles in de vrouwengezondheid, het is nog labiel, hè? Voor hetzelfde geldt zeggen over 5 jaar weer iets helemaal anders.

Zit er zo een verschil in, in hoeverre de onderzoeken zijn?

Echt, ja dat is frustrerend. Dan denk je: ik weet alles en dan verandert het allemaal.

Ja, en het is zo een ondergeschoven kindje. Het was laatst bij ons in het nieuws dat de huisartsen eerst niet voornemens waren om de richtlijn van pijnbestrijding bij het plaatsen van een spiraal aan te passen, terwijl er wel eerst dus geluiden waren vanuit Amerika dat dat heel heftig is, dus dat er aanvullende pijnbestrijding meer is dan... volgens mij wordt er geadviseerd twee paracetamol te slikken voordat je de ingreep krijgt. Toen kwam dat bericht uit Amerika, zei ze nou, het valt hier wel mee. Na een hoop heisa. Inmiddels zegt ze, ja, we gaan hem toch aanpassen.

Ja en dan is het eigenlijk een heel leuk weetje: Je cervix sluit door paracetamol in.

Ja, moet ik nou lachen of huilen?

Ja, dat is echt, ik hoop lachen, eigenlijk is het diclofenac of een NSAID of ibuprofen. Dat zijn eigenlijk de zaken die dan een beetje kunnen helpen en dat zet meer de cervix open.

Ja, dat is door mee te volgen in het OK, in het operatiekwartier bij een gynaecoloog die dat eigenlijk zei: mijn collega's die paracetamol aanraden die zijn zot en dan heeft hij die studies getoont, wat de fysiologie is van een paracetamol, die doet eigenlijk vaatconstrictie, dus de cervix sluit. En dan staat dat toch in de richtlijnen, dat is ongeloof. Maar goed, ja, kijk.

Ik weet gewoon niet wat ik moet zeggen. Je weet zoveel en we kunnen, we kunnen alle kanten op.

We hebben toch voor onze thesis een redelijk strikte vragenlijst meegekregen. Maar er is nog een hele wereld te winnen, Laten we het zo zeggen.

Ja zeker

De volgende vraag die ik wil stellen is, wat vind je van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie?

Wat bedoel je met meetinstrumenten, een vragenlijst of zo, of ja?

Ja, zoals ze ook in de volgende vragen voorkomen over de Quality of Life, de PREM, de PROM, die vragenlijsten, wat vind je daarvan?

Ja, ik vind dat heel goed. Als je het praktisch geregeld krijgt dan als osteopaat in de praktijk, kan het een enorme meerwaarde zijn. Ik gebruik mijn eigen vragenlijsten, geen gevarieerde, ze zijn wel gebaseerd op gevalideerde, maar ik denk dat dat wel een grote meerwaarde is, zeker in het geval van vrouwengezondheid, zitten heel vaak met meerdere vage klachten. En mensen vergeten soms, als het hele behandelplan start wat hun klachten allemaal waren. Dus dan kunnen ze opeens een half jaar verder zijn, want bij PMS moet je altijd geduld hebben, want hormonen reageren traag. Dus als je een behandelplan opstart moet je eigenlijk al een paar maanden hetzelfde plan volgen om te weten of het nu aan het aanslaan is of niet. En dan kunnen klachten zo heel rustig verdwijnen en dan hebben de mensen het niet altijd door dat ze eigenlijk al van de helft van hun klachten af zijn. En als ze dan zo gepinpoint zijn op één iets, dan kunnen ze juist het gevoel hebben van: er is niks veranderd, terwijl ik van alles van moeite aan het doen ben in mijn levensstijl, terwijl dat er eigenlijk wel al veel is veranderd, dus gewoon al daar vind ik het wel mooi meegenomen.

Nu het grootste meetinstrument die ik gebruik, is een cyclus dagboek.

Dus totaal geen gevalideerd iets, maar op basis in België dus, is dat Sensiplan, maar zo heb je de fertility awareness methode. Dat is een methode waarbij je jouw temperatuur meet en jouw slijm bekijkt om eigenlijk te weten wanneer je vruchtbaar bent of niet. Maar ik gebruik die methode als meetinstrument niet in het kader van fertiliteit, maar in het kader van het bijhouden van alle klachten.

En eigenlijk op basis daarvan, laat ik de mensen een score op tien geven als ze bijvoorbeeld zeggen: prikkelbaarheid, hoofdpijn en opgeblazen gevoel. En ze geven een score op tien en eigenlijk houden die dan gewoon de maanden dat we bezig zijn telkens hun scores bij.

Op die manier heb je eigenlijk voor uzelf als osteopaat onmiddellijk de invloed van de cyclus zelf, de kleur van bloed, de hoeveelheid spotting die er voordien is, wat trouwens ook een PMS klacht kan zijn. Bruinverlies als spotting voor uw menstruatie.

Want de kleur van haar bloed vertelde op zich ook al heel erg veel, dat is eigenlijk voor mij het voornaamste meetinstrument.

Dus Quality of Life: ja, maar ik ga het eigenlijk een beetje bekijken in één, want anders zijn de mensen tien verschillende vragenlijsten die gevalideerd zijn aan het invullen.

Dan zit u al een half uur in de consult verder, of ze moeten het thuis doen, maar dan snappen ze de vraag niet, dus ik heb zo eigenlijk een beetje mijn eigen formulier samengesteld. Het is wel echt een grote meerwaarde zie ik. Bij iemand die komt voor twee klachten: nee. Of iemand waarvan je ziet daar zit uiteindelijk toch endometriose onder of zo, dan neemt u een heel ander plan aan blijven een heel andere wending, dan zie ik daar minder het nut van in, maar zo die mensen die zeven, acht PMS gerelateerde klachten vertellen is dat echt mooi meegenomen.

En pak je die er elke behandeling bij of elke paar keer?

Hoe ik te werk ga: de mensen boeken drie afspraken kort op elkaar waarbij je de eerste keer dan vaak het hele grote verhaal en de complexe problematiek, ondertussen zijn wij vaak al een uur bezig, drie kwartier met de anamnese en dan een kwartier dat ik zeg: dit wordt nu jouw to-do: hou een cyclus dagboek bij ga bloed onderzoek gaan doen bij de arts. Bekijk al eens dit of luister eens die podcast of lees dat hoofdstuk in mijn boek. Omdat ze soms niet door hebben dat er bepaalde klachten, effectieve klachten zijn. Bijvoorbeeld spotting net voor de menstruatie, of klontervorming in het bloed. Ze hebben niet altijd door dat dat abnormaal is, dus hoe meer info dat ze dan meekrijgen van: daar moet ik op letten. Hoe gericht ik aan de slag kan.

De tweede afspraak dat ze komen hebben ze al die info meestal al mee, behalve het bloedonderzoek, maar dan doe ik er nog niks mee, dan ga ik eigenlijk gewoon ene keer puur osteopathisch werken en dat is letterlijk algemeen, cranio-sacraal, biomechanisch, visceraal gewoon ja, het lichaam optimaliseren zodat het optimaal kan functioneren, maar wel de grootste focus op het SSB. De primaire craniale letsels in het kader van hypothalamus, hypofyse.

En dan de derde keer dat ze komen, Dat is dan tien dagen later, herevalueer ik efkes: zijn er zaken teruggekomen in de osteopathie en wat vertelde ons dat dan, op mechanisch vlak? En als dat niet zo is, dan begin ik eigenlijk met: oké nu heb jij een cyclus dagboek bijgehouden, heb je dat bijgehouden en dit, wat vertelt ons dat? En dan geef ik heel gericht voedingsadvies mee of eventueel supplementen vanuit de orthomoleculaire opleidingen of dergelijke.

En dan gaan die mensen drie maanden aan de slag. En zie, als er geen groot mechanisch probleem is, staat nu dat dat heiligbeen continu echt in een schuine as/een letsel vormt en dat was de tweede keer weer zo, of dat SSB is weer zo en je voelt van ja, die persoon zal klemmen of dergelijke, dan volg ik het iets nauwer op. Dan ga ik ze misschien maandelijks zien, maar als eigenlijk het gros van het mechanische goed zit, dan zijn die drie maanden aan de slag en pas na drie maanden gaan we het opnieuw bekijken. En dan neem ik er eigenlijk eerst hun klachten bij, op basis van de klachten die weg zijn en de klachten die nog overschieten, kijk ik: pas dit nog altijd in het PMS verhaal, want iemand kan opgeblazen zijn door de hormonen, maar dat kan even goed een spijsverteringsprobleem zijn die gewoon getriggerd wordt door de hormonen. Dan kan het zijn dat ik zeg van: oké, Dit is niet meer het verhaal PMS, dan gaan we het over een heel andere boeg gooien, dan gaan we op darmgezondheid beginnen te werken bijvoorbeeld.

Dat is een beetje hoe dat ik het doe, dus kijk ik iedere keer naar: nee, want soms pak ik echt de pure osteopathie voor. En in de andere gevallen is het echt op basis van het cyclus dagboek en de vragenlijsten dat ik dan meer mijn advies meegeef aan de mensen.

Dan zeg ik ook ja, zolang.. dat is ook al in een onderzoek naar boven gekomen: dat mensen met PMS gevoeliger zijn voor stress, niet enkel in de luteale fase, maar ook in de folliculaire fase, die tonen altijd verhoogde stress scores. Maar mensen die chronische stress hebben zijn ook kwetsbaarder om PMS te krijgen, dus daar zit een enorme correlatie. Ja, dat is iemand die totaal niet slaapt en geen bioritme heeft, dan moet je niet aan de hormonen beginnen, hè? Dan moet je eerst de basis, ja ja.

Als ik het ook goed begrijp is: aan het begin, heb je een intensief traject met een intake, klachten in beeld brengen, ook osteopatisch onderzoeken, eerste aanzet geven. En dan na drie maanden is eigenlijk ook het moment: oké, hoe sta je er nu voor? Dat is jouw grote terugkijk moment.

Ja, de meeste adviezen in het begin zijn echt heel basic en dat is die levensstijl pijlers erbij: Slaapomgeving, ontspan jij, hoe ziet jouw werk eruit? En bij sommige mensen zeg ik gewoon, ga elke dag een half uur wandelen gewoon om het een beetje beter te krijgen dan de blanco waar ze staan. Om dan pas drie maand later te kijken, ja vaak zijn de helft van de klachten weg en kunnen dan gaan kijken: Oké, je hebt nu nog echt dat bruinverlies voor jouw menstruatie, dat is een progesteron tekort en dan kunnen we eventueel gaan inzetten op die progesteron aanmaken en zo gaan we dan eigenlijk aan de slag.

Ik meen ergens gelezen te hebben dat ongeveer 3 maanden duurt ook voordat je hormoonhuishouding aanpast aan de omstandigheden?

Osteopathie werkt sneller, in dat opzicht als je een mechanisch component erbij pakt, neurologie, vascularisatie: dat is onmiddellijk resultaat, als je het goed gedaan hebt.

Maar als je werkt via levensstijl en voedingsadvies en suppletie, dan zit je eigenlijk te werken op die follikels en op de aanmaak daarvan, en op het hormonale systeem en op het aanmaak van de hormonen. Nu, de aanmaak van de hormonen die reageren wel wat trager, maar de mensen kunnen dat wel merken: zie ik in de praktijk achter (na) twee drie weken.

Maar als je het echt hebt op de follikelrijping en dus eigenlijk de eisprong, dan moet je al 100 dagen geduld hebben, want een follikel rijpt 100 dagen.

Daarom werk ik bijna altijd in de ritmes van drie cycli. Gewoon al daarvan, dan heb je zeker die follikel mee en tegelijkertijd zodanig dat ze altijd al een cyclus hebben van rechter eierstok, eentje van linker eierstok en om dan te voorkomen dat er daar juist toevallig een anovulatoire cyclus heeft in gezeten die altijd een keer zich kan voeren en dan ja, een beetje interfereert in de resultaten pak ik er altijd een derde (cyclus) bij.

Oké helder, mijn volgende vraag was, gebruik je meetinstrumenten binnen de osteopathie? Dan denk ik dat het: Ja is, je eigen vragenlijst?

Ja, maar eigenlijk altijd echt van... ik wil niet refereren met de vragenlijst van Lieselot, maar dat is eigenlijk gewoon de cyclus kaarten van een fertility wellness methode gecombineerd met een gevalideerde Quality of Life en VAS scores op de klachten. Dat is eigenlijk een beetje de combi van allen. Ik werk heel nauw samen met levensstijl artsen, dat zijn artsen die de focus meer op de preventie leggen en de functional medicine leggen. En ik ga eigenlijk altijd het gaan aftoetsen in het bloedonderzoek ook. Maar dat kan natuurlijk een osteopaat niet, dus dan heb je echt de arts nodig. En ik heb de indruk, want ik heb ook patiënten uit Nederland, dat Nederland daar een beetje moeilijker in is om de hormonen getest te krijgen via de huisarts. Je hebt al bijna de doorverwijzing naar een specialist nodig, in België is dat precies nog iets gemakkelijker.

Oké, oké, Dat is goed om te weten, mooi dat het toegankelijker is.

Ja, het is een uitdaging om de cyclus hormonen in een bloedonderzoek te gaan interpreteren. Maar als je het kan, is het een enorme meerwaarde. En ik heb er zo al heel vaak problemen uitgehaald waarvan dat ik denk: deze is echt niet meer voor ons, dit moet echt naar de specialist. Maar als ze nooit getest worden op hormonen dan weet je het niet, he?

En, die moeten nu naar de endocrinoloog sturen, of naar een specialist sturen als huisarts, als ze niet eens de test mochten doen om te weten of de persoon naar de endocrinoloog moet.

Of je moet doorverwijzen. Ja, hoe kom je er dan? Ja, goeie vraag.

Je vertelde dat je een eigen vragenlijst hebt, Als ik het goed heb zei jij van ja, ik werk dus met een cycluskaart gewoon eentje die bestaat en gevalideerde Quality of Life en de VAS score?

Ja.

En die voeg je eigenlijk samen?

Ja.

Ja helder, dat hebben we dan beantwoord. Met dit antwoord en ook wat je eerder vertelde van: ik hou na de eerste intensieve start hou ik die periode van drie maanden ertussen. Dat is ook hoe je de effectiviteit meet van je behandeling bij PMS?.

Dus ja, je bent zeker bekend met meetinstrumenten zoals de Quality of Life. En ja, die gebruik jij ja.

Ja klopt.

Ja helemaal goed, top. Ben je bekend met de PREM?

Nee, want ik had dat opgezocht door uw vragenlijst te bekijken. En het is wel zo dat ik al die vragen die ze zo stellen, of als voorbeeldje geven van: heeft de patiënt het goed begrepen, dan is er voldoende inzicht geweest en voelt hij haar gehoord en op haar gemak? Daar let ik enorm op, maar ik heb het wel nog nooit aan mijn patiënten bevraagd, dus ik denk wel dat dat er misschien in de toekomst zal gaan bijkomen. Want dat is wel hetgeen dat ik het meeste als commentaar in de praktijk krijg, dat mensen aanhouden als ze bijvoorbeeld zitten en ze doen hun intake en ze vragen aan mij: wat wilt u weten? Ik antwoord dan altijd gewoon heel droog: alles, vertel maar. En dan beginnen die vaak gewoon te wenen en ik verschiet er altijd van. Dat zijn vrouwen die gewoon niet gewend zijn van eigenlijk gewoon eens op hun gemak hun verhaal te mogen doen en dat alleen al, geven heel veel mensen aan, geeft soms al de rust van: ik mag een keer allemaal vertellen en een zorgverlener neemt mij nu serieus. En ook al kan ik dan zeggen van: dit is niets ernstigs, dus je hoeft er niet mee te zitten, maar we gaan er wel aan werken. Dit is vaak al helend genoeg. We halen enorm veel stress weg, dus ja, vind ik het wel, ik zou eigenlijk zeggen: de artsen zouden beter zo een vragenlijst beginnen te gebruiken. Ik denk dat wij ons osteopaten dat sowieso al goed doen, maar het is wel een keer goed, ik ga er toch een keer doen, een keer steekproefsgewijs die vragenlijsten bij toepassen om dat toch een keer te bekijken van: zijn de mensen die zich het meest gehoord voelen, ook het meest geholpen, dat is wel een keer tof om te weten.

Nou, ik ben benieuwd.

Ja kan wel, ik zal het over een paar maandjes laten weten.

Ja, dat zou mooi zijn. Ben je bekend dan met de PROM?

Dat heb ik dan ook op gezocht, maar hetzelfde: ik heb het dus nog niet gebruikt. Ik haal het een beetje uit die vragenlijst, die ik heb opgesteld. Ja, ik check altijd in van: welke klachten zijn er nog, welke klachten zijn er niet meer? Maar ik heb het inderdaad nog nooit via de patiënt zelf bevraagd, omdat ik er een beetje van overtuigd ben dat zij het vergeten als ze het niet meer hebben.

Ja dus op het moment dat jij ze zelf duidelijk de vraag stelt of de metingen naast elkaar legt, dat je dan zegt: hé, ik zie verschil, dat dan de realisatie komt.

Ja, moest ik gaan vragen om het zelf te gaan te gaan noteren ,of zelf te gaan opschrijven, dat zij er gewoon niet meer aan denken. En een therapeut collega van mij, die zei onlangs van: eigenlijk Lieselot mag je dat niet doen. Omdat als mensen het vergeten zijn dat ze die klacht hadden, dan is het net goed, want het is weg. Je mag het niet opnieuw in het geheugen gaan inprenten en dan dacht ik: Oei, ja.

Ik snap ergens wel dat er collega's zijn, aan de andere kant denk ik, als ik ook voor mezelf spreek , als ik klachten heb en ze nemen langzaam af, dan ben je je er niet per se bewust van dat ze wegzakken. En pas als iemand zegt: Hé, je gaf eerder dit of dit aan, dat je denkt: oh ja, dat is weg, dus het kan ook een hele positieve impuls geven.

Ja, het kan positief zijn, in dat opzicht, als dan je die outcome gaat bekijken en gaat meten, ik denk dat dat een patiënt of dat de PREMS meer geloofwaardige en correcte info zouden geven aan de therapeut als de PROMS. Dat is mijn visie erop, en dus die toets ik af, hier in de praktijk: maar waar ik bij de Prem denk: dit is heel goede feedback voor u als osteopaat.

Bij de PROM zou ik dat niet standaard doen, want als mensen het effectief... Stel dat er iemand hier komt en je zegt, hoe gaat het en die zegt: goed. Moet je dan de tien klachten nog een keer gaan overlopen, van: weet je nog dat je dit, en dit, en dit, en dat? Maar als iemand zegt: het is kei slecht, want ik heb nog altijd hoofdpijn, dan kan het soms goed zijn, want ik kan zeggen, ja, maar hoe is het met al de rest (andere klachten). Dus ja, dan zit je natuurlijk niet gestandaardiseerd. Dus, bekend mee: ja, maar ik gebruik het niet.

Ja, helder. Even kijken, welke toevoeging of aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie en meetinstrumenten?

Als het in het kader is van PMS, dan denk ik dat het voor de osteopaten een enorme meerwaarde is om een cyclus te gaan bijhouden via een dagboek, via een journal. Ik heb mezelf gedaan, ik heb dat wel zelf moeten leren, want we leren dat niet in onze basisopleiding osteopathie, maar dat geeft mij heel vaak veel meer info dan mijn osteopathische onderzoek in het kader van PMS. Dus vind ik het een enorme aanbeveling om echt niet te denken aan de meetinstrumenten, maar eigenlijk echt te leren om bijvoorbeeld van die FAM, fertility awareness (method), om echt een cyclus in kaart te kunnen brengen of dat patiënten te kunnen aanleren. Dat vind ik wel een enorme meerwaarde. En het tweede aanbeveling zou zijn, je blijft in een subjectieve sfeer toch nog altijd. Mensen die zich heel lang al niet gehoord hebben gevoeld, hebben de neiging om te gaan overdrijven in de hoop dat de therapeut ze gaat geloven, terwijl dat eigenlijk niet nodig is. En als je dan ook werkt met zo een subjectiever meetinstrumenten, dan ga je heel snel de vraag stellen van: ja, maar is dat dan niet iets ernstigs en zouden we misschien denken als osteopaat: het is niet meer voor ons. Dus het is altijd goed, vind ik dan, om bijvoorbeeld die samenwerking met de reguliere zorg te hebben om het ook een keer te kunnen effectief in het bloed objectief te gaan checken en te gaan afmeten, want het is al gebeurd dat mensen zoveel klachten hebben dat je denkt van: oei. Maar als al die formele waarden vrij oké staan dan in het bloed, dan weet je: ik zit veilig als osteopaat om daar nu mee aan de slag te gaan. Staat die oestrogeen torenhoog, dan moet je al beginnen nadenken en bang zijn: dan hebben we misschien toch efkes de reguliere zorg ook nodig, bijkomstig. Dat is wel één grote aanbeveling, omdat, ik merk in de praktijk haal ik er echt nog, in de eerste lijn heel veel mensen uit die eigenlijk met een onderliggend probleem zitten, die wij dan als osteopaat hebben moeten opmerken, is dat misschien een beetje onze verantwoordelijkheid om daar eigenlijk ook wat te shiften en niet zomaar

te vertrouwen zoals iemand met rugpijn komt, van: ja, dat is al allemaal bekeken en de beeldvorming is gedaan, dus dat zal wel niks zijn. Dat bij hormonale klachten eigenlijk als osteopaat, echt van nul af aan dus bekijken en heel kritisch moet zijn. Dat is mijn aanbeveling.

Ja, dus het cyclus dagboek bijhouden, het bloedonderzoek en dus altijd van nul af aan bekijken. Zelf het volledige verhaal

Ja echt die differentiaaldiagnostiek en niet rap gaan denken van: hup, die patiënt denkt dat het PMS is dus ik ga ook al mee in het PMS verhaal. Echt nog de differentiaaldiagnostiek op zich gaan doen, meer dan ergens anders bij een andere klacht.

En dat haakt redelijk aan op de twee vragen die we stiekem hierna nog hadden bedacht. Als je eenmaal aan het schrijven bent, kom je toch dingen tegen. Nou, ik denk dat je net één van de vragen die we hadden dus: welke toevoegingen of aanbeveling heb je met betrekking tot osteopathie in combinatie met PMS? Maar die beantwoord je eigenlijk, denk ik: cyclus dagboek, bloedonderzoek en altijd breed kijken en goed je differentiaaldiagnostiek doen. Dus dat is helemaal top en de andere vraag, toch mooi, die sluit hier wel op aan: welke diagnoses vergelijkbaar met PMS zie je in de praktijk? Vind ik ook eigenlijk wel mooi dat je ook zegt, blijf goed je differentiaaldiagnostiek doen, dus dat vind ik al een mooie start, maar je komt van alles tegen?

Ja want eigenlijk op zich differentiaaldiagnostiek, als we kijken en echt dan het hormonale luikje, dan kunnen zowel een snelwerkende als een traag werkende schildklier die een PMS-achtige klachten veroorzaken, een chronische stress verhaal, dus de bijnier eigenlijk ook.

PMDD kan wel een onderliggend probleem zijn dat het geen PMS is, maar PMDD. Endometriose, en dan PCOS maar daar zie je vaak de combo van de twee, dat het een beetje PCOS verhaal is met PMS. Als u nu zegt van welke differentiaaldiagnostiek lijkt het meest op PMS, dan is dat PMDD en endometriose. Maar vaak zit er wel omwille van hormonale disbalans, dat daar vaak nog een andere hormonale disbalans bij zit, dan zit de PCOS er niet ver vanaf.

Dat en ja, prikkelbare darm. Want een prikkelbare gaat ook reageren op de hormonen en dan kan het cyclisch lijken, terwijl het eigenlijk echt wel om de darm gaat. Ja, ik denk dat dat de meest voorkomende zijn.

Ik heb vandaag nog twee andere osteopaten geïnterviewd en zij geven eigenlijk dezelfde antwoorden (op deze vraag) dus dat vind ik heel leuk om terug te zien. Ik ben van de week zelf begonnen met het stukje differentiaal diagnostiek op PMS, goh, wat zou je kunnen verwachten, heb ik het eigenlijk even grofweg uit mijn hoofd hardop nadenkend gedaan, dus nog geen literatuur erbij nageslagen. Ik was ook nog niet zo ver in jouw boek. Ik dacht, daar moet ik ook nog even de hoofdstukken met de oestrokeendominantie en alles doorgaan kijken wat ik daar vind, maar dan kom je toch grofweg al op deze uit. Alleen de PCOS had ik zelf niet bedacht, maar toen iemand vandaag dat zei, dacht ik: ja natuurlijk.

Ja, maar ja, dat komt dan, eigenlijk vaak, dat de PMS het gevolg is van de PCOS. Je hebt geen eisprong, dus je hebt minder progesteron, en er werd gezegd van PCOS. Het is dan vooral het mannelijke hormonen wat te vinden is, maar als iemand een verhoogd testosteron heeft en ook verhoogd vetweefsel heeft, is er verhoogde aromatase en wordt de testosteron veel sneller omgezet in oestrogeen en zo kun je oestrokeendominantie op uw verhoogde testosteron krijgen. En als er dan onvoldoende eisprong is, ook die blijft uit, heb je een progesteron tekort, dus je komt op oestrokeendominantie uit; relatief of absoluut, en dan hebben we het ook met vlagen hè? Dus ja, dit is er wel vaker en mensen hebben het niet altijd door, dat ze PCOS hebben. En zeker niet als ze al tien jaar lang de (anticonceptie)pil hebben gepakt. Daar kan ik nog drie uur over babbelen.

Ja, dat geloof ik helemaal. Dit is in ieder geval het einde van de vragenlijst die ik had, inclusief de twee bonusvragen. Zijn er nog dingen waarvan je zegt: dat vind ik belangrijk dat je dat opneemt in het verslag van ons gesprek, in de thesis dat ik hierin meeneem?

Ik denk dat je eigenlijk al vrij tot in zijn totaal bezig bent, ja. Ik kan niet nog iets bedenken.

OKé, dat is helemaal goed, dankjewel.

Interview 3 Lieselot Theys

Donderdag 12 september 2024, 19.15 uur

Digitale vergadering, afgenomen door Martine Bosman (spreker 1)

Lieselot Theys is gynaecologisch osteopaat, onderdeel van Balance Institute, auteur, spreker en trainster op het gebied van vrouwgezondheid. <https://lieselottheys.be/>

Beginnen we met vraag één, behandel je patiënten met PMS in de praktijk?

Jazeker, en ja, frequent, ik denk het wel. Als ik dat zou moeten inschatten, want ik heb eventjes gekeken in mijn agenda naar de reden van afspraken en dat komt toch op zes vrouwen op de tien die aangeven: hormonale balans, maar ja, leken bedoeld met hormonen, altijd cyclus gebonden hormonen, of PMS of premenstrueel. Maar ik merk wel op, dat als ik die mensen bekijk, het niet altijd om PMS gaat. Dus, maar dat zij wel denken PMS te hebben maar ik haal er ook bijvoorbeeld een endometriose uit of PMDD. Dus ik denk dat als je mij zou vragen, wat zijn nu de echte PMS ers, puur PMS, dat dat misschien wel drie of vier op tien zouden zijn in mijn praktijk. Vraag ik het aan mijn collega's die niet gespecialiseerd zijn in vrouwengezondheid, al zien ze eentje per week of eentje per maand, dus dat is wel een groot verschil. Afhankelijk van die praktijk geldt dat natuurlijk hè ja, maar dat is ja, dagelijks. Ik behandel twintig patiënten per dag, drie dagen per week. Dus ja, tel maar uit en dat zijn er zo acht per dag, driemaal per week. Ja, ja, dat zullen allemaal vervolgsconsulten zijn, dan staat mijn hoofd echt 'paraplu', want dan heb ik veertien uur gewerkt. Maar ja, ik doe dat expres, ik kies dat zo drie dagen, veertien uur om dan de andere twee dagen echt om vier uur bij de kindjes te kunnen zijn, want anders ben je elke dag tot zes uur bezig en dan heb je die kindjes nooit gezien, hè? Ja, dat is een beetje mijn eigen keuze.

Ja, ik heb ook als voorbereiding ..de Podcast 'Spreekuur met dokter Servaas' (geluisterd), dus daar hoorde ik je dat ook vertellen, dat ik denk: ja mooi dat je zo die keuze kunt maken.

Jawel, dat is wel leuk als zelfstandige, hè?

Wordt aan gewerkt dat ik ook zover kom.

Even kijken welke symptomen ervaren de patiënten met PMS?

Je kan ze een beetje opdelen, de meesten vertellen voornamelijk hun fysieke symptomen en hetgeen die dan het meest voorkomt, is vermoeidheid, een opgeblazen gevoel, ja en dan toch wel zeurende of doffe pijn klachten hoor. Maar ja, daar beginnen mijn alarmbellen af te gaan van: is het dan wel zeker PMS. En inderdaad, de hoofdpijn is ook een die wel durft terug te komen. Ik denk dat dat een beetje de meest voorkomende zijn en dan minder voorkomend, maar toch wel frequent is: acne, gespannen borsten, en lage rugspieren.

En als ik dan de emotionele bekijk en dan zeggen ze altijd praktisch allemaal: stemmingswisselingen effectief wel aanwezig en heb je een beetje de drie groepen: Ofwel zijn ze vrij neerslachtig, verdrietig en down, ofwel zijn ze eerder, beschrijven ze zichzelf als Godzilla, prikkelbaar, snel geïrriteerd ofwel zelfs deze twee allebei. Dus dat is effectief wel heel hard schommelen van prikkelbaar en snel alles binnen pakken, maar ook snel weer alles eruit willen schreeuwen. Dat is een beetje hetgeen die mentaal naar voren komt bij mij. Ik wil daar onmiddellijk bij zeggen: dat zou alleen bij PMS zo niet mogen he, maar bij PMS mag dat een (klein) beetje zolang het dan nog steeds aanvoelt alsof dat dat in golfjes is. Maar als mensen beginnen beschrijven van, ik ben twee weken super fijn en twee weken echt Godzilla en suïcidale gedachten en dan zitten we mogelijk met een PMDD casus dus hè? En niet meer met PMS, ofwel de hele extreme vorm van PMS kan ook nog altijd maar dat is voor mij een directe kanttekening van gaat het eigenlijk nog wel puur om PMS?

Ja, die zitten dicht tegen elkaar aan, waarbij dan de psychische component veel groter, veel zwaarder is bij PMDD?

Ja en het is geen hormonaal probleem, hè? PMS is effectief een hormonaal probleem, waarbij dat hoofdzakelijk oestrogeendominantie is: dus ofwel een teveel aan oestrogeen, ofwel een tekort aan progesteron, of de twee.

91 B... ☒ patiënten in praktijk: ja

92 Dus ik den... ☒ frequentie: dagelijks

93 fysieke sy... ☒ klachten: acne
☒ klachten: gespannen borst...
☒ klachten: hoofdpijn
☒ klachten: lage rugspieren
☒ klachten: opgeblazen gev...
☒ klachten: pijn
☒ klachten: vermoeidheid

95 Maa... ☒ differentiaal diagnoses: P...

94 stemmingswissel... ☒ klachten: agressie
☒ klachten: down
☒ klachten: prikkelbaarheid
☒ klachten: stemmingswissel...

Bij PMDD gaat het eigenlijk over een probleem met de receptoren in de hersenen, waarbij.. want bij iedereen wordt progesteron, wordt GABA, de neurotransmitter in je hoofd en die GABA gaat dan aan een receptor hangen. Bij PMDD gaat de GABA..de progesteron wordt gemaakt en die wordt GABA, en die GABA gaat op de receptor hangen, maar die receptor doet het omgekeerde: dus waar dat progesteron GABA wordt en GABA uw rem en uw filter en rust moet zijn, gaat bij die mensen GABA op de receptor zitten en die worden, Godzilla. Die worden helemaal tureluur en dat is eigenlijk bij PMDD het probleem. En de mensen met een worst case scenario hebben er nog een keer PMS bovenop, waardoor dat dan helemaal in de knoei geraakt. Dus het zit daar wel een behoorlijk verschil op. En probleem is, bij PMDD kan je het nog niet meten in onderzoeken, dus het is altijd een beetje gokken van: zitten we met een heel doorgedreven vorm van PMS of, zou het misschien mogelijk PMDD kunnen zijn, dat is zeker als osteopaat niet gemakkelijk.

Ja, vooral dat het zo complex is dat het hele hormonale of het systeem goed loopt, totdat het op de receptor zit en dat het dan een andere afslag neemt, dat je niet zegt: Goh progesteron gaat het niet om maar GABA of er is geen receptor om die GABA te ontvangen of iets, dat loopt allemaal. En dan neemt het een andere afslag.

Ja, volgens de nieuwste onderzoeken hè? Want de onderzoeken die 5 jaar oud zijn, die zeggen we al dat het gaat om een tekort van GABA. Maar de nieuwste onderzoeken tonen eigenlijk aan dat er wel GABA is en dat zijn dan ook de mensen die dus.. Ik heb een beetje de twee en ik ben er nog altijd niet uit hoe dat komt, maar adviseer ik soms om GABA te nemen, en de helft is daar super goed mee en de andere helft niet.

En dan vermoed ik dat degene die daar goed mee zijn, dat dan misschien dan toch geen echte PMDD was, maar meer een doorgedreven vorm van PMS. En dat degene waarnaar, waar ze dat bij GABA eigenlijk zeggen, of degene die zeggen aan pure progesteron, die soms voorgeschreven wordt door de dokter: ik word daar nog meer suïcidaal van. Dat je dan eigenlijk echt wel kunt stellen, dat zal wel PMDD zijn.

Maar beetje zoals alles in de vrouwengezondheid, het is nog labiel, hè? Voor hetzelfde geldt zeggen over 5 jaar weer iets helemaal anders.

Zit er zo een verschil in, in hoeverre de onderzoeken zijn?

Echt, ja dat is frustrerend. Dan denk je: ik weet alles en dan verandert het allemaal.

Ja, en het is zo een ondergeschoven kindje. Het was laatst bij ons in het nieuws dat de huisartsen eerst niet voornemens waren om de richtlijn van pijnbestrijding bij het plaatsen van een spiraal aan te passen, terwijl er wel eerst dus geluiden waren vanuit Amerika dat dat heel heftig is, dus dat er aanvullende pijnbestrijding meer is dan... volgens mij wordt er geadviseerd twee paracetamol te slikken voordat je de ingreep krijgt. Toen kwam dat bericht uit Amerika, zei ze nou, het valt hier wel mee. Na een hoop heisa. Inmiddels zegt ze, ja, we gaan hem toch aanpassen.

Ja en dan is het eigenlijk een heel leuk weetje: Je cervix sluit door paracetamol in.

Ja, moet ik nou lachen of huilen?

Ja, dat is echt, ik hoop lachen, eigenlijk is het diclofenac of een NSAID of ibuprofen. Dat zijn eigenlijk de zaken die dan een beetje kunnen helpen en dat zet meer de cervix open.

Ja, dat is door mee te volgen in het OK, in het operatiekwartier bij een gynaecoloog die dat eigenlijk zei: mijn collega's die paracetamol aanraden die zijn zot en dan heeft hij die studies getoond, wat de fysiologie is van een paracetamol, die doet eigenlijk vaatconstrictie, dus de cervix sluit. En dan staat dat toch in de richtlijnen, dat is ongeloof. Maar goed, ja, kijk.

Ik weet gewoon niet wat ik moet zeggen. Je weet zoveel en we kunnen, we kunnen alle kanten op.

We hebben toch voor onze thesis een redelijk strikte vragenlijst meegekregen. Maar er is nog een hele wereld te winnen, Laten we het zo zeggen.

Ja zeker

De volgende vraag die ik wil stellen is, wat vind je van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie?

Wat bedoel je met meetinstrumenten, een vragenlijst of zo, of ja?

Ja, zoals ze ook in de volgende vragen voorkomen over de Quality of Life, de PREM, de PROM, die vragenlijsten, wat vind je daarvan?

Ja, ik vind dat heel goed. Als je het praktisch geregeld krijgt dan als osteopaat in de praktijk, kan het een enorme meerwaarde zijn. Ik gebruik mijn eigen vragenlijsten, geen gevarieerde, ze zijn wel gebaseerd op gevalideerde, maar ik denk dat dat wel een grote meerwaarde is, zeker in het geval van vrouwengezondheid, zitten heel vaak met meerdere vage klachten. En mensen vergeten soms, als het hele behandelplan start wat hun klachten allemaal waren. Dus dan kunnen ze opeens een half jaar verder zijn, want bij PMS moet je altijd geduld hebben, want hormonen reageren traag. Dus als je een behandelplan opstart moet je eigenlijk al een paar maanden hetzelfde plan volgen om te weten of het nu aan het aanslaan is of niet. En dan kunnen klachten zo heel rustig verdwijnen en dan hebben de mensen het niet altijd door dat ze eigenlijk al van de helft van hun klachten af zijn. En als ze dan zo gepinpoint zijn op één iets, dan kunnen ze juist het gevoel hebben van: er is niks veranderd, terwijl ik van alles van moeite aan het doen ben in mijn levensstijl, terwijl dat er eigenlijk wel al veel is veranderd, dus gewoon al daar vind ik het wel mooi meegenomen.

Nu het grootste meetinstrument die ik gebruik, is een cyclus dagboek.

Dus totaal geen gevalideerd iets, maar op basis in België dus, is dat Sensiplan, maar zo heb je de fertility awareness methode. Dat is een methode waarbij je jouw temperatuur meet en jouw slijm bekijkt om eigenlijk te weten wanneer je vruchtbaar bent of niet. Maar ik gebruik die methode als meetinstrument niet in het kader van fertiliteit, maar in het kader van het bijhouden van alle klachten.

En eigenlijk op basis daarvan, laat ik de mensen een score op tien geven als ze bijvoorbeeld zeggen: prikkelbaarheid, hoofdpijn en opgeblazen gevoel. En ze geven een score op tien en eigenlijk houden die dan gewoon de maanden dat we bezig zijn telkens hun scores bij.

Op die manier heb je eigenlijk voor uzelf als osteopaat onmiddellijk de invloed van de cyclus zelf, de kleur van bloed, de hoeveelheid spotting die er voordien is, wat trouwens ook een PMS klacht kan zijn. Bruinverlies als spotting voor uw menstruatie.

Want de kleur van haar bloed vertelde op zich ook al heel erg veel, dat is eigenlijk voor mij het voornaamste meetinstrument.

Dus Quality of Life: ja, maar ik ga het eigenlijk een beetje bekijken in één, want anders zijn de mensen tien verschillende vragenlijsten die gevalideerd zijn aan het invullen.

Dan zit u al een half uur in de consult verder, of ze moeten het thuis doen, maar dan snappen ze de vraag niet, dus ik heb zo eigenlijk een beetje mijn eigen formulier samengesteld. Het is wel echt een grote meerwaarde zie ik. Bij iemand die komt voor twee klachten: nee. Of iemand waarvan je ziet daar zit uiteindelijk toch endometriose onder of zo, dan neemt u een heel ander plan aan blijven een heel andere wending, dan zie ik daar minder het nut van in, maar zo die mensen die zeven, acht PMS gerelateerde klachten vertellen is dat echt mooi meegenomen.

En pak je die er elke behandeling bij of elke paar keer?

Hoe ik te werk ga: de mensen boeken drie afspraken kort op elkaar waarbij je de eerste keer dan vaak het hele grote verhaal en de complexe problematiek, ondertussen zijn wij vaak al een uur bezig, drie kwartier met de anamnese en dan een kwartier dat ik zeg: dit wordt nu jouw to-do: hou een cyclus dagboek bij ga bloed onderzoek gaan doen bij de arts. Bekijk al eens dit of luister eens die podcast of lees dat hoofdstuk in mijn boek. Omdat ze soms niet door hebben dat er bepaalde klachten, effectieve klachten zijn. Bijvoorbeeld spotting net voor de menstruatie, of klontervorming in het bloed. Ze hebben niet altijd door dat dat abnormaal is, dus hoe meer info dat ze dan meekrijgen van: daar moet ik op letten. Hoe gericht ik aan de slag kan.

De tweede afspraak dat ze komen hebben ze al die info meestal al mee, behalve het bloedonderzoek, maar dan doe ik er nog niks mee, dan ga ik eigenlijk gewoon ene keer puur osteopathisch werken en dat is letterlijk algemeen, cranio-sacraal, biomechanisch, visceraal

96 De volgende v... ☐ mening meetinstrument: k...

97 Ik gebruik mijn eigen vrag... ☐ meten effecten behandel...

98... ☐ cyclusedagboek

99 E... ☐ dossier

910... ☐ QoL bekend: ja

☐ QoL gebruik: onderdeel va...

911... ☐ cyclusedagboek

912... ☐ bloedonderzoek

913 De tweede afspraak d... ☐ meten effecten behandel...

☐ meten effecten behandel...

gewoon ja, het lichaam optimaliseren zodat het optimaal kan functioneren, maar wel de grootste focus op het SSB. De primaire craniale letsels in het kader van hypothalamus, hypofyse.

En dan de derde keer dat ze komen, Dat is dan tien dagen later, herevalueer ik efkes: zijn er zaken teruggekomen in de osteopathie en wat vertelde ons dat dan, op mechanisch vlak? En als dat niet zo is, dan begin ik eigenlijk met: oké nu heb jij een cyclus dagboek bijgehouden, heb je dat bijgehouden en dit, wat vertelt ons dat? En dan geef ik heel gericht voedingsadvies mee of eventueel supplementen vanuit de orthomoleculaire opleidingen of dergelijke.

En dan gaan die mensen drie maanden aan de slag. En zie, als er geen groot mechanisch probleem is, staat nu dat dat heiligbeen continu echt in een schuine as/een letsel vormt en dat was de tweede keer weer zo, of dat SSB is weer zo en je voelt van ja, die persoon zal klemmen of dergelijke, dan volg ik het iets nauwer op. Dan ga ik ze misschien maandelijks zien, maar als eigenlijk het gros van het mechanische goed zit, dan zijn die drie maanden aan de slag en pas na drie maanden gaan we het opnieuw bekijken. En dan neem ik er eigenlijk eerst hun klachten bij, op basis van de klachten die weg zijn en de klachten die nog overschieten, kijk ik: pas dit nog altijd in het PMS verhaal, want iemand kan opgeblazen zijn door de hormonen, maar dat kan even goed een spijsverteringsprobleem zijn die gewoon getriggerd wordt door de hormonen. Dan kan het zijn dat ik zeg van: oké, Dit is niet meer het verhaal PMS, dan gaan we het over een heel andere boeg gooien, dan gaan we op darmgezondheid beginnen te werken bijvoorbeeld.

Dat is een beetje hoe dat ik het doe, dus kijk ik iedere keer naar: nee, want soms pak ik echt de pure osteopathie voor. En in de andere gevallen is het echt op basis van het cyclus dagboek en de vragenlijsten dat ik dan meer mijn advies meegeef aan de mensen.

Dan zeg ik ook ja, zolang.. dat is ook al in een onderzoek naar boven gekomen: dat mensen met PMS gevoeliger zijn voor stress, niet enkel in de luteale fase, maar ook in de folliculaire fase, die tonen altijd verhoogde stress scores. Maar mensen die chronische stress hebben zijn ook kwetsbaarder om PMS te krijgen, dus daar zit een enorme correlatie. Ja, dat is iemand die totaal niet slaapt en geen bioritme heeft, dan moet je niet aan de hormonen beginnen, hè? Dan moet je eerst de basis, ja ja.

Als ik het ook goed begriep is: aan het begin, heb je een intensief traject met een intake, klachten in beeld brengen, ook osteopatisch onderzoeken, eerste aanzet geven. En dan na drie maanden is eigenlijk ook het moment: oké, hoe sta je er nu voor? Dat is jouw grote terugkijk moment.

Ja, de meeste adviezen in het begin zijn echt heel basic en dat is die levensstijl pijlers erbij:

Slaapomgeving, ontspan jij, hoe ziet jouw werk eruit? En bij sommige mensen zeg ik gewoon, ga elke dag een half uur wandelen gewoon om het een beetje beter te krijgen dan de blanco waar ze staan. Om dan pas drie maand later te kijken, ja vaak zijn de helft van de klachten weg en kunnen dan gaan kijken: Oké, je hebt nu nog echt dat bruinverlies voor jouw menstruatie, dat is een progesteron tekort en dan kunnen we eventueel gaan inzetten op die progesteron aanmaken en zo gaan we dan eigenlijk aan de slag.

Ik meen ergens gelezen te hebben dat ongeveer 3 maanden duurt ook voordat je hormoonhuishouding aanpast aan de omstandigheden?

Osteopathie werkt sneller, in dat opzicht als je een mechanisch component erbij pakt, neurologie, vascularisatie: dat is onmiddellijk resultaat, als je het goed gedaan hebt.

Maar als je werkt via levensstijl en voedingsadvies en suppletie, dan zit je eigenlijk te werken op die follikels en op de aanmaak daarvan, en op het hormonale systeem en op het aanmaak van de hormonen. Nu, de aanmaak van de hormonen die reageren wel wat trager, maar de mensen kunnen dat wel merken: zie ik in de praktijk achter (na) twee drie weken.

Maar als je het echt hebt op de follikelrijping en dus eigenlijk de eisprong, dan moet je al 100 dagen geduld hebben, want een follikel rijpt 100 dagen.

Daarom werk ik bijna altijd in de ritmes van drie cycli. Gewoon al daarvan, dan heb je zeker die follikel mee en tegelijkertijd zodanig dat ze altijd al een cyclus hebben van rechter eierstok, eentje van linker eierstok en om dan te voorkomen dat er daar juist toevallig een anovulatoire cyclus heeft in gezeten die altijd een keer zich kan voeren en dan ja, een beetje interfereert in de resultaten pak ik er altijd een derde (cyclus) bij.

9-13

9-14 En...

9-15. E...

9-16...

9-17...

9-18...

meegeven aan thesis: leefs...

meten effecten behandeli...

meten effecten behandeli...

differentiaal diagnoses: an...

differentiaal diagnoses: ve...

differentiaal diagnoses: str...

meegeven aan thesis: leefs...

Oké helder, mijn volgende vraag was, gebruik je meetinstrumenten binnen de osteopathie? Dan denk ik dat het: Ja is, je eigen vragenlijst?

Ja, maar eigenlijk altijd echt van... ik wil niet refereren met de vragenlijst van Lieselot, maar dat is eigenlijk gewoon de cyclus kaarten van een fertility wellness methode gecombineerd met een gevalideerde Quality of Life en VAS scores op de klachten. Dat is eigenlijk een beetje de combi van allen. Ik werk heel nauw samen met levensstijl artsen, dat zijn artsen die de focus meer op de preventie leggen en de functional medicine leggen. En ik ga eigenlijk altijd het gaan aftoetsen in het bloedonderzoek ook. Maar dat kan natuurlijk een osteopaat niet, dus dan heb je echt de arts nodig. En ik heb de indruk, want ik heb ook patiënten uit Nederland, dat Nederland daar een beetje moeilijker in is om de hormonen getest te krijgen via de huisarts. Je hebt al bijna de doorverwijzing naar een specialist nodig, in België is dat precies nog iets gemakkelijker.

Oké, oké, Dat is goed om te weten, mooi dat het toegankelijker is.

Ja, het is een uitdaging om de cyclus hormonen in een bloedonderzoek te gaan interpreteren. Maar als je het kan, is het een enorme meerwaarde. En ik heb er zo al heel vaak problemen uitgehaald waarvan dat ik denk: deze is echt niet meer voor ons, dit moet echt naar de specialist. Maar als ze nooit getest worden op hormonen dan weet je het niet, he?

En, die moeten nu naar de endocrinoloog sturen, of naar een specialist sturen als huisarts, als ze niet eens de test mochten doen om te weten of de persoon naar de endocrinoloog moet.

Of je moet doorverwijzen. Ja, hoe kom je er dan? Ja, goeie vraag.

Je vertelde dat je een eigen vragenlijst hebt, Als ik het goed heb zei jij van ja, ik werk dus met een cycluskaart gewoon eentje die bestaat en gevalideerde Quality of Life en de VAS score?

Ja.

En die voeg je eigenlijk samen?

Ja.

Ja helder, dat hebben we dan beantwoord. Met dit antwoord en ook wat je eerder vertelde van: ik hou na de eerste intensieve start hou ik die periode van drie maanden ertussen. Dat is ook hoe je de effectiviteit meet van je behandeling bij PMS?

Dus ja, je bent zeker bekend met meetinstrumenten zoals de Quality of Life. En ja, die gebruik jij ja.

Ja klopt.

Ja helemaal goed, top. Ben je bekend met de PREM?

Nee, want ik had dat opgezocht door uw vragenlijst te bekijken. En het is wel zo dat ik al die vragen die ze zo stellen, of als voorbeeldje geven van: heeft de patiënt het goed begrepen, dan is er voldoende inzicht geweest en voelt hij haar gehoord en op haar gemak? Daar let ik enorm op, maar ik heb het wel nog nooit aan mijn patiënten bevraagd, dus ik denk wel dat dat er misschien in de toekomst zal gaan bijkomen. Want dat is wel hetgeen dat ik het meeste als commentaar in de praktijk krijg, dat mensen aanhouden als ze bijvoorbeeld zitten en ze doen hun intake en ze vragen aan mij: wat wilt u weten? Ik antwoord dan altijd gewoon heel droog: alles, vertel maar. En dan beginnen die vaak gewoon te wenen en ik verschiet er altijd van. Dat zijn vrouwen die gewoon niet gewend zijn van eigenlijk gewoon eens op hun gemak hun verhaal te mogen doen en dat alleen al, geven heel veel mensen aan, geeft soms al de rust van: ik mag een keer allemaal vertellen en een zorgverlener neemt mij nu serieus. En ook al kan ik dan zeggen van: dit is niets ernstigs, dus je hoeft er niet mee te zitten, maar we gaan er wel aan werken. Dit is vaak al helend genoeg. We halen enorm veel stress weg, dus ja, vind ik het wel, ik zou eigenlijk zeggen: de artsen zouden beter zo een vragenlijst beginnen te gebruiken. Ik denk dat wij ons osteopaten dat sowieso al goed doen, maar het is wel een keer goed, ik ga er toch een keer doen, een keer steekproefsgewijs die vragenlijsten bij toepassen om dat toch een keer te bekijken van: zijn de mensen die zich het meest gehoord voelen, ook het meest geholpen, dat is wel een keer tof om te weten.

919...	☐ cyclusdagboek		
	☐ QoL gebruik: onderdeel va...		
	☐ VAS score: ja	920...	☐ meegeven aan thesis: leefs...
			☐ samenwerken met andere...
			921... ☐ bloedonderzoek

922...	☐ samenwerken met andere...
--------	--

923...	☐ QoL bekend: ja		
	☐ QoL gebruik: onderdeel va...	924 Ben je bek...	☐ PREM bekend: nee
			☐ PREM gebruik: misschien l...
			☐ PREM mening

Nou, ik ben benieuwd.

Ja kan wel, ik zal het over een paar maandjes laten weten.

Ja, dat zou mooi zijn. Ben je bekend dan met de PROM?

Dat heb ik dan ook op gezocht, maar hetzelfde: ik heb het dus nog niet gebruikt. Ik haal het een beetje uit die vragenlijst, die ik heb opgesteld. Ja, ik check altijd in van: welke klachten zijn er nog, welke klachten zijn er niet meer? Maar ik heb het inderdaad nog nooit via de patiënt zelf bevraagd, omdat ik er een beetje van overtuigd ben dat zij het vergeten als ze het niet meer hebben.

Ja dus op het moment dat jij ze zelf duidelijk de vraag stelt of de metingen naast elkaar legt, dat je dan zegt: hé, ik zie verschil, dat dan de realisatie komt.

Ja, moest ik gaan vragen om het zelf te gaan te gaan noteren ,of zelf te gaan opschrijven, dat zij er gewoon niet meer aan denken. En een therapeut collega van mij, die zei onlangs van: eigenlijk Lieselot mag je dat niet doen. Omdat als mensen het vergeten zijn dat ze die klacht hadden, dan is het net goed, want het is weg. Je mag het niet opnieuw in het geheugen gaan inprenten en dan dacht ik: Oei, ja.

Ik snap ergens wel dat er collega's zijn, aan de andere kant denk ik, als ik ook voor mezelf spreek , als ik klachten heb en ze nemen langzaam af, dan ben je je er niet per se bewust van dat ze wegzakken. En pas als iemand zegt: Hé, je gaf eerder dit of dit aan, dat je denkt: oh ja, dat is weg, dus het kan ook een hele positieve impuls geven.

Ja, het kan positief zijn, in dat opzicht, als dan je die outcome gaat bekijken en gaat meten, ik denk dat dat een patiënt of dat de PREMS meer geloofwaardige en correcte info zouden geven aan de therapeut als de PROMS. Dat is mijn visie erop, en dus die toets ik af, hier in de praktijk: maar waar ik bij de Prem denk: dit is heel goede feedback voor u als osteopaat.

Bij de PROM zou ik dat niet standaard doen, want als mensen het effectief... Stel dat er iemand hier komt en je zegt, hoe gaat het en die zegt: goed. Moet je dan de tien klachten nog een keer gaan overlopen, van: weet je nog dat je dit, en dit, en dit, en dat? Maar als iemand zegt: het is kei slecht, want ik heb nog altijd hoofdpijn, dan kan het soms goed zijn, want ik kan zeggen, ja, maar hoe is het met al de rest (andere klachten). Dus ja, dan zit je natuurlijk niet gestandaardiseerd. Dus, bekend mee: ja, maar ik gebruik het niet.

Ja, helder. Even kijken, welke toevoeging of aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie en meetinstrumenten?

Als het in het kader is van PMS, dan denk ik dat het voor de osteopaten een enorme meerwaarde is om een cyclus te gaan bijhouden via een dagboek, via een journal. Ik heb mezelf gedaan, ik heb dat wel zelf moeten leren, want we leren dat niet in onze basisopleiding osteopathie, maar dat geeft mij heel vaak veel meer info dan mijn osteopathische onderzoek in het kader van PMS. Dus vind ik het een enorme aanbeveling om echt niet te denken aan de meetinstrumenten, maar eigenlijk echt te leren om bijvoorbeeld van die FAM, fertility awareness (method), om echt een cyclus in kaart te kunnen brengen of dat patiënten te kunnen aanleren. Dat vind ik wel een enorme meerwaarde.

En het tweede aanbeveling zou zijn, je blijft in een subjectieve sfeer toch nog altijd. Mensen die zich heel lang al niet gehoord hebben gevoeld, hebben de neiging om te gaan overdrijven in de hoop dat de therapeut ze gaat geloven, terwijl dat eigenlijk niet nodig is. En als je dan ook werkt met zo een subjectiever meetinstrumenten, dan ga je heel snel de vraag stellen van: ja, maar is dat dan niet iets ernstigs en zouden we misschien denken als osteopaat: het is niet meer voor ons. Dus het is altijd goed, vind ik dan, om bijvoorbeeld die samenwerking met de reguliere zorg te hebben om het ook een keer te kunnen effectief in het bloed objectief te gaan checken en te gaan afmeten, want het is al gebeurd dat mensen zoveel klachten hebben dat je denkt van: oei. Maar als al die formele waarden vrij oké staan dan in het bloed, dan weet je: ik zit veilig als osteopaat om daar nu mee aan de slag te gaan. Staat die oestrogene torenhoog, dan moet je al beginnen nadenken en bang zijn: dan hebben we misschien toch efkes de reguliere zorg ook nodig, bijkomstig. Dat is wel één grote aanbeveling, omdat, ik merk in de praktijk haal ik er echt nog, in de eerste lijn heel veel mensen uit die eigenlijk met een onderliggend probleem zitten, die wij dan als osteopaat hebben moeten

9:25 en je be...	☐ PROM bekend: nee
	☐ PROM gebruik: nee

9:26 Ja dus op het...	☐ dossier
	☐ meten effecten behandel...

9:27 ...	☐ PREM mening
	☐ PROM mening

9:28...	☐ cyclusdagboek
---------	--

9:29...	☐ bloedonderzoek
	☐ samenwerken met andere...

opmerken, is dat misschien een beetje onze verantwoordelijkheid om daar eigenlijk ook wat te shiften en niet zomaar te vertrouwen zoals iemand met rugpijn komt, van: ja, dat is al allemaal bekeken en de beeldvorming is gedaan, dus dat zal wel niks zijn. Dat bij hormonale klachten eigenlijk als osteopaat, echt van nul af aan dus bekijken en heel kritisch moet zijn. Dat is mijn aanbeveling.

Ja, dus het cyclus dagboek bijhouden, het bloedonderzoek en dus altijd van nul af aan bekijken. Zelf het volledige verhaal

Ja echt die differentiaaldiagnostiek en niet rap gaan denken van: hup, die patiënt denkt dat het PMS is dus ik ga ook al mee in het PMS verhaal. Echt nog de differentiaaldiagnostiek op zich gaan doen, meer dan ergens anders bij een andere klacht.

En dat haakt redelijk aan op de twee vragen die we stiekem hierna nog hadden bedacht. Als je eenmaal aan het schrijven bent, kom je toch dingen tegen. Nou, ik denk dat je net één van de vragen die we hadden dus: welke toevoegingen of aanbeveling heb je met betrekking tot osteopathie in combinatie met PMS? Maar die beantwoord je eigenlijk, denk ik: cyclus dagboek, bloedonderzoek en altijd breed kijken en goed je differentiaaldiagnostiek doen. Dus dat is helemaal top en de andere vraag, toch mooi, die sluit hier wel op aan: welke diagnoses vergelijkbaar met PMS zie je in de praktijk? Vind ik ook eigenlijk wel mooi dat je ook zegt, blijf goed je differentiaaldiagnostiek doen, dus dat vind ik al een mooie start, maar je komt van alles tegen?

Ja want eigenlijk op zich differentiaaldiagnostiek, als we kijken en echt dan het hormonale luikje, dan kunnen zowel een snelwerkende als een traag werkende schildklier die een PMS-achtige klachten veroorzaken, een chronische stress verhaal, dus de bijnier eigenlijk ook.

PMDD kan wel een onderliggend probleem zijn dat het geen PMS is, maar PMDD. Endometriose, en dan PCOS maar daar zie je vaak de combo van de twee, dat het een beetje PCOS verhaal is met PMS. Als u nu zegt van welke differentiaaldiagnostiek lijkt het meest op PMS, dan is dat PMDD en endometriose. Maar vaak zit er wel omwille van hormonale disbalans, dat daar vaak nog een andere hormonale disbalans bij zit, dan zit de PCOS er niet ver vanaf.

Dat en ja, prikkelbare darm. Want een prikkelbare gaat ook reageren op de hormonen en dan kan het cyclisch lijken, terwijl het eigenlijk echt wel om de darm gaat. Ja, ik denk dat dat de meest voorkomende zijn.

Ik heb vandaag nog twee andere osteopaten geïnterviewd en zij geven eigenlijk dezelfde antwoorden (op deze vraag) dus dat vind ik heel leuk om terug te zien. Ik ben van de week zelf begonnen met het stukje differentiaal diagnostiek op PMS, goh, wat zou je kunnen verwachten, heb ik het eigenlijk even grafweg uit mijn hoofd hardop nadenkend gedaan, dus nog geen literatuur erbij nageslagen. Ik was ook nog niet zo ver in jouw boek. Ik dacht, daar moet ik ook nog even de hoofdstukken met de oestrogeendominantie en alles doorgaan kijken wat ik daar vind, maar dan kom je toch grafweg al op deze uit. Alleen de PCOS had ik zelf niet bedacht, maar toen iemand vandaag dat zei, dacht ik: ja natuurlijk.

Ja, maar ja, dat komt dan, eigenlijk vaak, dat de PMS het gevolg is van de PCOS. Je hebt geen eisprong, dus je hebt minder progesteron, en er werd gezegd van PCOS. Het is dan vooral het mannelijke hormonen wat te vinden is, maar als iemand een verhoogd testosteron heeft en ook verhoogd vetweefsel heeft, is er verhoogde aromatase en wordt de testosteron veel sneller omgezet in oestrogeen en zo kun je oestrogeendominantie op uw verhoogde testosteron krijgen. En als er dan onvoldoende eisprong is, ook die blijft uit, heb je een progesteron tekort, dus je komt op oestrogeendominantie uit; relatief of absoluut, en dan hebben we het ook met vlagen hè? Dus ja, dit is er wel vaker en mensen hebben het niet altijd door, dat ze PCOS hebben. En zeker niet als ze al tien jaar lang de (anticonceptie)pil hebben gepakt. Daar kan ik nog drie uur over babbelen.

Ja, dat geloof ik helemaal. Dit is in ieder geval het einde van de vragenlijst die ik had, inclusief de twee bonusvragen. Zijn er nog dingen waarvan je zegt: dat vind ik belangrijk dat je dat opneemt in het verslag van ons gesprek, in de thesis dat ik hierin meeneem?

Ik denk dat je eigenlijk al vrij tot in zijn totaal bezig bent, ja. Ik kan niet nog iets bedenken.

OKé, dat is helemaal goed, dankjewel.

930..

◆ meegeven aan thesis: bree...

931 Ja want eigenlijk op zich di...

◆ differentiaal diagnoses: an...

◆ differentiaal diagnoses: bij...

◆ differentiaal diagnoses: en...

◆ differentiaal diagnoses: laa...

◆ differentiaal diagnoses: PC...

◆ differentiaal diagnoses: PDS

◆ differentiaal diagnoses: sc...

◆ differentiaal diagnoses: str...

Bijlage 25. Interview 4 Kim Klumpes

Gezien de coderingstekst klein is leest u eerst het interview en daarna ziet u de codering.

Aan het einde is op verzoek van Kim een toevoeging opgenomen.

Vrijdag 13 september 2024, 14.00 uur

Digitale vergadering, afgenomen door Martine Bosman (spreker 1)

Kim Klumpes heeft haar eigen osteopathiepraktijk, daarnaast is zij tutor bij Phanta Rhei en was zij docente Tensegrity en GOT bij College Sutherland Amsterdam. Zij heeft onder andere de nascholing Womens Health in Osteopathy (R. Molinary) gevolgd. www.osteopathieklumpes.nl

De eerste vraag is, behandel je patiënt met PMS In de praktijk?

Ja, regelmatig.

Ja, en kun je er een frequentie aan hangen: jaarlijks, maandelijks, wekelijks?

Geen idee, de ene week heb je er vijf, zo niet meer, en de andere week helemaal niet, dus ik heb geen idee. Het is wel zo dat het steeds erger wordt en steeds meer wordt. En het komt ook omdat er meer bekendheid opgehangen wordt.

En meer bekendheid waaraan?

Nou ja, dat vrouwen nu erkend worden dat ze wel degelijk een PMS syndroom hebben.

Dat de klachten onderkend worden dat er iets aan de hand is, en dat er wat aan gedaan kan worden?

Ja en ik denk ook dat vrouwen tegenwoordig zelf meer inlezen, dat ze er meer mee bezig zijn, dat ze eindelijk meer bewustwording hebben van: wat ik voel is eigenlijk helemaal niet normaal, dus die gaan ook eerder aan de bel trekken.

Welke symptomen ervaren zij als zij bij jou komen?

Onregelmatigheid, buikpijn, hoofdpijn, misselijk, overgeven, totaal niet functioneren, opgeblazen gevoel, vocht vasthouden. Ja, noem maar op, eigenlijk het hele rijtje.

En psychisch, stemmingswisselingen, prikkelbaarheid?

Absoluut stemmingswisselingen, absoluut. Van staatsgevaarlijk tot zeer labiel.

Ik benoem dat agressief en neerslachtig mag dat?

Dat is goed. Opvliegend is misschien iets minder heftig dan agressief...

Wat vind je van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie?

Ja, ik gebruik het niet zoveel, omdat ik gewoon per patiënt kijk wat ze nodig hebben en we kijken samen de hele cyclus door. En naar aanleiding daarvan kijk ik wanneer het het beste is op welk tijdstip we moeten gaan behandelen. Dus ik gebruik niet echt een specifiek meetinstrument of een lijst, om te kijken hoe en wat. Ik kijk echt per persoon wat nodig is, dan gaan we kijken: Oké, wat heb jij nodig en wanneer? De een heeft al bij de eisprong heel veel klachten en de ander heeft pas een paar dagen voor de menstruatie heel veel klachten. Daar moet je gaan kijken wat moeten we dan als eerste, wat moeten we gaan behandelen dat daar een balans in komt.

Je geeft wel aan: we nemen samen de cyclus door. Gebruik je daar nog iets voor?

Nee, want het is zo individueel, want iedereen heeft een andere cyclus. Dus ik vind dat heel moeilijk om dat in een standaard te zetten. Ik wil het beeld altijd zo breed mogelijk houden, ik denk als je lijsten gaat gebruiken dat je heel snel gaat vernauwen en andere dingen vergeet. Want het is vaak niet alleen het premenstruele syndroom wat aanwezig is. Er zit wat anders achter, waardoor het hormonale systeem natuurlijk niet meer werkt of niet werkt naar behoren.

Dus je wil dat dan eerder een gevolg noemen? Kan een gevolg zijn, maar soms ook primair.

Nou ja, soms wel, het is niet in alle gevallen zo, maar soms wel.

De volgende vraag is, welke meetinstrumenten gebruik je zoal?

Ja, niet zei ik.

Helemaal helder, hoe meet je de effectiviteit van je behandeling bij patiënten met PMS?

Je weet hoe ze voelen als je begint met behandelen en je werkt ergens naartoe zoals jij wilt dat ze voelen als ze weggaan. Als ze de volgende keer komen, wil je eigenlijk dat ze daarop inhaken, dus dat je eigenlijk je eindresultaat van de vorige keer zeker voelbaar is, en dat je daar weer verder op gaat. En dan ook wat de patiënt vertelt wat ze hebben ervaren: wat wel, wat niet. Daarom is het altijd goed om te kijken op welk punt van de cyclus zij komen, zodat je ook daar een meetpunt hebt. Bijvoorbeeld: vorige keer had jij je eisprong, liep je krom en nu hoor ik je daar niks over zeggen. Maar ik vraag dus, wat ik je straks al zei, niet heel specifiek naar klachten die ze hebben verteld de eerste keer, omdat ze dan dat ook meteen weer uitvergrooten en denken, oh ja, dat had ik ook nog. En dan denkt het brein dat ook weer en er is niks zo erg als een hersenstam die weer getriggerd wordt van: oja, daar moet ik ook nog wat op doen, terwijl die (klacht) eigenlijk al een beetje weg is, dus.

Je geeft aan je weet hoe ze voelen aan het begin en hoe ze weggaan. Kun je voelen, iets duiden, zijn dat mobiliteitstesten, is dat de fascie?

Ja, het wordt weker onder je handen, je voelt minder tractie. Heel veel van die vrouwen hebben enorm vacuüm gevoel bij het bekken, bij de hersenstam en eigenlijk behandel ik altijd net zo lang totdat ik denk: oh ja, en nu komen ze eruit, nu zakken ze erin, zeg maar, er komt alles mooi los en dan hoor je ook, dat weet je wel, alles gaat stromen, mensen gaan tintelingen voelen, dan weet je dat alles een beetje open gaat staan. Klinkt wat vaag he, maar zo werkt osteopathie.

Het is een breed vak. Goed, de volgende vraag is: ben je bekend met meetinstrumenten zoals de QoL, Quality of Life?

Nee.

Nee, dan is de volgende vraag, gebruik je deze ook simpel: Nee.

Ben je bekend met de PREMS?

Lichtelijk, ik gebruik ze niet. Ik hoor ze te gebruiken, maar ik doe het niet.

Maar dat zijn, bij ons ook twee verschillende vragen, ken je het? Gebruik je het?

Ja, ik ken het zeker, maar ik gebruik het nog niet.

Helder en, voor de PROMS?

Ook niet.

Zelfde verhaal? Je kent ze wel, je gebruikt ze niet?

Ja klopt, ik zie daar gewoon de meerwaarde nog niet hiervan, als die er al is.

Ik kijk ook even naar Shalina die zit er ook bij (online meeting) ja, we zitten op één lijn.

Het is niet heel anders dan degenen die ik tot nu toe heb gesproken, moet ik zeggen. Er zit wel wat variatie in, maar over het algemeen echt meetinstrumenten en de hele vragenlijst en het versmallen van de blik, de wat klinische setting. Dat dat zijn toch wel de dingen waar ieder geval degene die ik tot nu toe heb gesproken, daarvan weg willen blijven. Dat valt mij op.

Ja, ook goed nieuws hè, want anders zouden we allemaal heel erg smal gaan kijken en dan gaan we toch weer een beetje alleen maar op letsels werken en ik denk dat we daar vanaf moeten blijven.

Ja zeker, we hebben nog een paar vragen: welke toevoeging of aanbeveling heb je met betrekking tot osteopathie en meetinstrumenten?

Ik mis ze op dit moment niet binnen dit kader dus, ik zou niet weten wat ik eraan toe zou willen voegen.

Sinds het versturen van de lijst hebben we nog twee vragen toegevoegd, die wil ik ook graag stellen: Welke toevoeging of aanbeveling heb je met betrekking tot osteopathie en PMS?

Hoe bedoel je dat, gewoon wanneer mensen moeten gaan behandelen?

Nee meer over: wij schrijven over meetinstrumenten bij PMS in behandeling door een osteopaat. Daar stellen we nu net de vraag over, we willen het ook eigenlijk iets breder trekken: zijn er überhaupt dingen die jij wil meegeven als het gaat over PMS en osteopathie?

Ik denk dat je heel breed moet blijven kijken en niet ervan uit moet gaan dat dit primair is. Dat je echt het gehele systeem moet behandelen, wil je op een goede uitkomst komen, want anders dan kom je er gewoon niet. Denk ik, hè?

Daarom vragen we jou ook als een van de experts op het gebied van vrouwengezondheid, dus dit horen we juist graag. Laatste vraag die we nog hebben, daar hadden we het eigenlijk net ook al een beetje voor het interview over: welke diagnoses vergelijkbaar met PMS kom jij in de praktijk tegen?

Dat is eigenlijk hetzelfde, want alles wat je tegenkomt en je gaat behandelen, moet je alles ook weer een beetje loslaten. Je moet gaan kijken wat er in dat lichaam qua dominantie zit, waarom een systeem verstoord wordt. Je komt altijd weer terug dat je alles moet gaan behandelen en naar balans toe moet gaan brengen, zodat alles kan functioneren naar behoren. Je moet gewoon heel breed blijven kijken en daar is dan geen uitzondering op.

Ik denk dat je altijd terug moet. Wat ik heel vaak doe na een anamnese, mensen krijgen al de anamnese toegestuurd, de belangrijkste dingen. Dan ga je hier nog even in gesprek en daarna laat ik alles los en ga ik op mijn handen af wat ik vind en dat ga ik behandelen. En soms kom ik bijvoorbeeld bij PMS helemaal niet direct op het hormonale systeem, omdat er iets anders veel dominanter is. Dan ga ik toch eerst dat eerst oplossen en kijken wat er overblijft van het PMS. Dat doe ik met alle klachten zo, want anders ga je toch weer te gefocust op een dingetje en dan zijn we weer niet oorzakelijk bezig, maar weer op de dysfunctie. Ik denk dat je die soms even los moet laten.

Ik hoor je wel, maar ik vat hem zelf nog niet helemaal, want je zegt, Je moet het verschil tussen de dysfunctie en de oorzaak helder hebben. En de dysfunctie zou dan PMS zijn en de oorzaak kan dus overal zijn? Moet ik de klachten, symptomen, waar moet ik die dan laten?

Klachten en symptomen laat ik meestal even los, en ga gewoon kijken, wat voel ik nou onder mijn handen, waar word ik allemaal naartoe getrokken, wat is er hier aan de hand, wat is dominanter dit gebied, wat heeft deze persoon op dit moment nodig? Dat kan heel iets anders zijn dan in het verhaal naar voren komt. Dan kunnen zij dat wel ervaren, maar als er iets anders domineert en deze klachten daaruit voortkomen, zullen we toch eerst de rest moeten oplossen. Dan zie je heel vaak dat je het centrale systeem eerst vrij moet maken, en dan kan je later nog zien: wat moet er lokaal nog?

Ik moest even aanhaken, ik ben nu mee. Waarom ik deze vraag eigenlijk stel is dat wij ook een stukje willen opnemen in onze thesis over differentiaal diagnostiek. Dus wat zijn de dingen die op PMS lijken die je ook binnen ziet komen?

Daarom moet je nooit je blind staren op PMS en zo breed mogelijk kijken, want soms zijn er gewoon hele andere dingen de oorzaak waarom deze klachten ontstaan.

Dit is in ieder geval het einde van onze vragenlijst. Heb jij nog dingen waarvan je zegt: dat wil ik meegeven, vind ik belangrijk dat je opneemt in de thesis?

Ja, weet je, ik vind het logisch: er zijn er veel, die doen ook heel snel: O, dat is PMS en die kijken dan ook niet verder dan hun neus lang is. Maar negen van de tien keer zie je ook wel enorme bijnier dysfunctie. En dan gaan we hormonaal natuurlijk al met alle hormonen, maar die vergeten gynaecologen wel heel vaak. Zij vinden het ook irritant dat wij dan zeggen:

Kijk ook eens even naar die bijnielen, want volgens mij klopt het daar niet helemaal.

Negen van de tien keer hebben we gelijk. Daar wordt niet naar gekeken, die as wordt vergeten. Een gynaecoloog zou toch juist de bijnielen erbij moeten nemen? Dat doen ze niet, dat is voor een endocrinoloog terwijl ik denk dat juist dat deel heel erg bij de gynaecoloog moet horen.

Want je zegt: ik heb hier discussies over, verwijst jij mensen door, overleg jij dan met ze? Hoe komt dit tot stand?

Ik heb jonge meisjes die hier komen, die al door PMS een soort van overgangsklachten hebben.

Toevallig heb ik een paar jaar geleden een jong meisje gehad, zij had echt overgangsklachten en er werd ook geschreven: je bent 24. Nee, je bent in de overgang.

Dat klopt natuurlijk van geen kanten. Toen ik ben gaan behandelen kwam ik elke keer uit op de bijniere en het voelde gewoon niet oké. Ik zei: als je teruggaat, moet je vragen of die de waardes kan prikken. In eerste instantie was hij (gynaecoloog) ontzettend kwaad dat ik dat had gevraagd, zij heeft doorgezet en er is inderdaad onderzoek naar gedaan bij de endocrinoloog. Het bleek dat er een enorme tumor op de bijnier zat, wat veroorzaakte dat de hele hormonale toestand niet meer klopte. Dat is verwijderd en zij is uit de overgangsklachten en alles functioneert weer goed. Het is gelukkig nu, dat voor vrouwen, niet alleen op PMS, maar ook endometriose en de overgang, wordt er nu wat beter naar gekeken en wordt het wel serieus genomen.

Nog steeds zijn er huisartsen die zeggen: iedereen heeft wel last bij de menstruatie. Het is helemaal niet waar, dat hoort helemaal niet. Je moet elke keer verrast worden dat je ongesteld wordt eigenlijk.

Begrijp ik het goed dat dit een oproep is om meer samen te werken en als specialist breder te kijken?

Het serieus te nemen, mensen komen niet voor de lol met dit soort klachten, die verzinnen dat niet.

Maar ook gewoon die erge buikpijn of niet functioneren en overgeven, dat verzin je niet. Niemand wil dat, althans ik zie de ziekte winst daar niet van in.

Ik neem hem mee, dankjewel.

Kim heeft na het ontvangen van het uitgewerkte interview contact gezocht, met het verzoek om een en ander in perspectief plaatsen. Omdat het niet passend is om in een getranscribeerd interview aanpassingen te doen aan de inhoud, is overeengekomen dat hieronder op te nemen.

Het spreekt voor zich dat dit verzoek van Kim gehonoreerd wordt, om zo dit waardevolle interview te behouden voor het onderzoek en de thesis.

Kim heeft in het interview woorden willen geven aan haar manier van werken, haar betrokkenheid bij patiënten met PMS en aan het vak osteopathie, wat zij in de praktijk ervaart, bij het teruglezen vindt zij dat dat niet goed gelukt is.

Bij elke nieuw consult neemt zij zorgvuldig de anamnese af, erna doet zij een volledig onderzoek en gaat vanuit die bevindingen te werk. Uit osteopatisch oogpunt dient de patiënt als geheel gezien, bevraagd en onderzocht te worden, niet alleen het stuk gericht op de klachten. Dit osteopatisch oogpunt hanteert Kim bij elk consult, zij benoemt het hier als 'alles los laten', dit kan ook gelezen worden als: neutraal en in het geheel onderzoeken.

Een aantal antwoorden zijn voornamelijk gericht op één specifieke casus, zoals bij de vraag over wat zij belangrijk vindt dat er opgenomen wordt in de thesis en de volgende vraag over het verwijzen en samenwerken. Kim wil met deze antwoorden, met deze specifieke casus in het achterhoofd, voornamelijk het belang van breed blijven kijken benadrukken, en tegelijk oproepen tot samenwerking met reguliere geneeskunde. De voorbeelden die zij hier noemt, zoals de bijnierdysfunctie en de reactie van de reguliere geneeskunde op haar advies voor bloedonderzoek, zijn zeer specifiek voor deze situatie en niet representatief voor wat zij regelmatig in de praktijk tegenkomt bij patiënten.

Interview 4 Kim Klumpes

Vrijdag 13 september 2024, 14.00 uur

Digitale vergadering, afgenomen door Martine Bosman (spreker 1)

Kim Klumpes heeft haar eigen osteopathiepraktijk, daarnaast is zij tutor bij Phanta Rhei en was zij docente Tensegrity en GOT bij College Sutherland Amsterdam. Zij heeft onder andere de nascholing Womens Health in Osteopathy (R. Molinary) gevolgd. www.osteopathiekumpes.nl

De eerste vraag is, behandel je patiënt met PMS in de praktijk?

Ja, regelmatig.

Ja, en kun je er een frequentie aan hangen: jaarlijks, maandelijks, wekelijks?

Geen idee, de ene week heb je er vijf, zo niet meer, en de andere week helemaal niet, dus ik heb geen idee. Het is wel zo dat het steeds erger wordt en steeds meer wordt. En het komt ook omdat er meer bekendheid opgehangen wordt.

En meer bekendheid waaraan?

Nou ja, dat vrouwen nu erkend worden dat ze wel degelijk een PMS syndroom hebben.

Dat de klachten onderkend worden dat er iets aan de hand is, en dat er wat aan gedaan kan worden?

Ja en ik denk ook dat vrouwen tegenwoordig zelf meer inlezen, dat ze er meer mee bezig zijn, dat ze eindelijk meer bewustwording hebben van: wat ik voel is eigenlijk helemaal niet normaal, dus die gaan ook eerder aan de bel trekken.

Welke symptomen ervaren zij als zij bij jou komen?

Onregelmatigheid, buikpijn, hoofdpijn, misselijk, overgeven, totaal niet functioneren, opgeblazen gevoel, vocht vasthouden. Ja, noem maar op, eigenlijk het hele rijtje.

En psychisch, stemmingswisselingen, prikkelbaarheid?

Absoluut stemmingswisselingen, absoluut. Van staatsgevaarlijk tot zeer labiel.

Ik benoem dat agressief en neerslachtig mag dat?

Dat is goed. Opvliegend is misschien iets minder heftig dan agressief...

Wat vind je van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie?

Ja, ik gebruik het niet zoveel, omdat ik gewoon per patiënt kijk wat ze nodig hebben en we kijken samen de hele cyclus door. En naar aanleiding daarvan kijk ik wanneer het het beste is op welk tijdstip we moeten gaan behandelen. Dus ik gebruik niet echt een specifiek meetinstrument of een lijst, om te kijken hoe en wat. Ik kijk echt per persoon wat nodig is, dan gaan we kijken: Oké, wat heb jij nodig en wanneer? De een heeft al bij de eisprong heel veel klachten en de ander heeft pas een paar dagen voor de menstruatie heel veel klachten. Daar moet je gaan kijken wat moeten we dan als eerste, wat moeten we gaan behandelen dat daar een balans in komt.

Je geeft wel aan: we nemen samen de cyclus door. Gebruik je daar nog iets voor?

Nee, want het is zo individueel, want iedereen heeft een andere cyclus. Dus ik vind dat heel moeilijk om dat in een standaard te zetten. Ik wil het beeld altijd zo breed mogelijk houden, ik denk als je lijsten gaat gebruiken dat je heel snel gaat vernauwen en andere dingen vergeet. Want het is vaak niet alleen het premenstruele syndroom wat aanwezig is. Er zit wat anders achter, waardoor het hormonale systeem natuurlijk niet meer werkt of niet werkt naar behoren.

Dus je wil dat dan eerder een gevolg noemen? Kan een gevolg zijn, maar soms ook primair.

Nou ja, soms wel, het is niet in alle gevallen zo, maar soms wel.

De volgende vraag is, welke meetinstrumenten gebruik je zoal?

Ja, niet zei ik.

Helemaal helder, hoe meet je de effectiviteit van je behandeling bij patiënten met PMS?

Je weet hoe ze voelen als je begint met behandelen en je werkt ergens naartoe zoals jij wilt dat ze voelen als ze weggaan. Als ze de volgende keer komen, wil je eigenlijk dat ze daarop inhaken, dus dat

10:1...	☐ patiënten in praktijk: ja	
10:2...	☐ frequentie: anders	
10:3 Ont...	☐ klachten: labiel	
	☐ klachten: misselijk	
	☐ klachten: onregelmatigheid	
	☐ klachten: opgeblazen gev...	10:4...
	☐ klachten: opvliegendheid	☐ cyclusdagboek
	☐ klachten: pijn	☐ mening meetinstrument: k...
	☐ klachten: stemmingswissel...	
	☐ klachten: vocht vasthouden	
10:6...	☐ gebruik meetinstrument in...	10:5...
10:7 hoe meet je...	☐ meten effecten behandel...	☐ diagnose PMS
	☐ meten effecten behandel...	

je eigenlijk je eindresultaat van de vorige keer zeker voelbaar is, en dat je daar weer verder op gaat. En dan ook wat de patiënt vertelt wat ze hebben ervaren: wat wel, wat niet. Daarom is het altijd goed om te kijken op welk punt van de cyclus zij komen, zodat je ook daar een meetpunt hebt. Bijvoorbeeld: vorige keer had jij je eisprong, liep je krom en nu hoor ik je daar niks over zeggen. Maar ik vraag dus, wat ik je straks al zei, niet heel specifiek naar klachten die ze hebben verteld de eerste keer, omdat ze dan dat ook meteen weer uitvergrooten en denken, oh ja, dat had ik ook nog. En dan denkt het brein dat ook weer en er is niks zo erg als een hersenstam die weer getriggerd wordt van: oja, daar moet ik ook nog wat op doen, terwijl die (klacht) eigenlijk al een beetje weg is, dus.

Je geeft aan je weet hoe ze voelen aan het begin en hoe ze weggaan. Kun je voelen, iets duiden, zijn dat mobiliteitstesten, is dat de fascie?

Ja, het wordt weker onder je handen, je voelt minder tractie. Heel veel van die vrouwen hebben enorm vacuüm gevoel bij het bekken, bij de hersenstam en eigenlijk behandel ik altijd net zo lang totdat ik denk: oh ja, en nu komen ze eruit, nu zakken ze erin, zeg maar, er komt alles mooi los en dan hoor je ook, dat weet je wel, alles gaat stromen, mensen gaan tintelingen voelen, dan weet je dat alles een beetje open gaat staan. Klinkt wat vaag he, maar zo werkt osteopathie.

Het is een breed vak. Goed, de volgende vraag is: ben je bekend met meetinstrumenten zoals de QoL, Quality of Life?

Nee.

Nee, dan is de volgende vraag, gebruik je deze ook simpel: Nee.

Ben je bekend met de PREMS?

Lichtelijk, ik gebruik ze niet. Ik hoor ze te gebruiken, maar ik doe het niet.

Maar dat zijn, bij ons ook twee verschillende vragen, ken je het? Gebruik je het?

Ja, ik ken het zeker, maar ik gebruik het nog niet.

Helder en, voor de PROMS?

Ook niet.

Zelfde verhaal? Je kent ze wel, je gebruikt ze niet?

Ja klopt, ik zie daar gewoon de meerwaarde nog niet hiervan, als die er al is.

Ik kijk ook even naar Shalina die zit er ook bij (online meeting) ja, we zitten op één lijn.

Het is niet heel anders dan degenen die ik tot nu toe heb gesproken, moet ik zeggen. Er zit wel wat variatie in, maar over het algemeen echt meetinstrumenten en de hele vragenlijst en het versmallen van de blik, de wat klinische setting. Dat dat zijn toch wel de dingen waar ieder geval degene die ik tot nu toe heb gesproken, daarvan weg willen blijven. Dat valt mij op.

Ja ,ook goed nieuws hè, want anders zouden we allemaal heel erg smal gaan kijken en dan gaan we toch weer een beetje alleen maar op letsels werken en ik denk dat we daar vanaf moeten blijven.

Ja zeker, we hebben nog een paar vragen: welke toevoeging of aanbeveling heb je met betrekking tot osteopathie en meetinstrumenten?

Ik mis ze op dit moment niet binnen dit kader dus, ik zou niet weten wat ik eraan toe zou willen voegen.

Sinds het versturen van de lijst hebben we nog twee vragen toegevoegd, die wil ik ook graag stellen: Welke toevoeging of aanbeveling heb je met betrekking tot osteopathie en PMS?

Hoe bedoel je dat, gewoon wanneer mensen moeten gaan behandelen?

Nee meer over: wij schrijven over meetinstrumenten bij PMS in behandeling door een osteopaat. Daar stellen we nu net de vraag over, we willen het ook eigenlijk iets breder trekken: zijn er überhaupt dingen die jij wil meegeven als het gaat over PMS en osteopathie?

Ik denk dat je heel breed moet blijven kijken en niet ervan uit moet gaan dat dit primair is. Dat je echt het gehele systeem moet behandelen, wil je op een goede uitkomst komen, want anders dan kom je er gewoon niet. Denk ik, hè?

10:7

10:8...

◆ QoL bekend: nee

◆ QoL gebruik: nee

10:9...

◆ PREM bekend: ja

◆ PREM gebruik: nee

10:1...

◆ PROM bekend: ja

◆ PROM gebruik: nee

10:1...

◆ aanbeveling osteopathie e...

10:1...

◆ aanbeveling osteopathie e...

10:1...

◆ aanbeveling osteopathie e...

Daarom vragen we jou ook als een van de experts op het gebied van vrouwengezondheid, dus dit horen we juist graag. Laatste vraag die we nog hebben, daar hadden we het eigenlijk net ook al een beetje voor het interview over: welke diagnoses vergelijkbaar met PMS kom jij in de praktijk tegen?

Dat is eigenlijk hetzelfde, want alles wat je tegenkomt en je gaat behandelen, moet je alles ook weer een beetje loslaten. Je moet gaan kijken wat er in dat lichaam qua dominantie zit, waarom een systeem verstoord wordt. Je komt altijd weer terug dat je alles moet gaan behandelen en naar balans toe moet gaan brengen, zodat alles kan functioneren naar behoren. Je moet gewoon heel breed blijven kijken en daar is dan geen uitzondering op.

Ik denk dat je altijd terug moet. Wat ik heel vaak doe na een anamnese, mensen krijgen al de anamnese toegestuurd, de belangrijkste dingen. Dan ga je hier nog even in gesprek en daarna laat ik alles los en ga ik op mijn handen af wat ik vind en dat ga ik behandelen. En soms kom ik bijvoorbeeld bij PMS helemaal niet direct op het hormonale systeem, omdat er iets anders veel dominanter is. Dan ga ik ik toch eerst dat eerst oplossen en kijken wat er overblijft van het PMS. Dat doe ik met alle klachten zo, want anders ga je toch weer te gefocust op een dingetje en dan zijn we weer niet oorzakelijk bezig, maar weer op de dysfunctie. Ik denk dat je die soms even los moet laten.

Ik hoor je wel, maar ik vat hem zelf nog niet helemaal, want je zegt, Je moet het verschil tussen de dysfunctie en de oorzaak helder hebben. En de dysfunctie zou dan PMS zijn en de oorzaak kan dus overal zijn? Moet ik de klachten, symptomen, waar moet ik die dan laten?

Klachten en symptomen laat ik meestal even los, en ga gewoon kijken, wat voel ik nou onder mijn handen, waar word ik allemaal naartoe getrokken, wat is er hier aan de hand, wat is dominanter dit gebied, wat heeft deze persoon op dit moment nodig? Dat kan heel iets anders zijn dan in het verhaal naar voren komt. Dan kunnen zij dat wel ervaren, maar als er iets anders domineert en deze klachten daaruit voortkomen, zullen we toch eerst de rest moeten oplossen. Dan zie je heel vaak dat je het centrale systeem eerst vrij moet maken, en dan kan je later nog zien: wat moet er lokaal nog?

Ik moest even aanhaken, ik ben nu mee. Waarom ik deze vraag eigenlijk stel is dat wij ook een stukje willen opnemen in onze thesis over differentiaal diagnostiek. Dus wat zijn de dingen die op PMS lijken die je ook binnen ziet komen?

Daarom moet je nooit je blind staren op PMS en zo breed mogelijk kijken, want soms zijn er gewoon hele andere dingen die de oorzaak waarom deze klachten ontstaan.

Dit is in ieder geval het einde van onze vragenlijst. Heb jij nog dingen waarvan je zegt: dat wil ik meegeven, vind ik belangrijk dat je opneemt in de thesis?

Ja, weet je, ik vind het logisch: er zijn er veel, die doen ook heel snel: O, dat is PMS en die kijken dan ook niet verder dan hun neus lang is. Maar negen van de tien keer zie je ook wel enorme binier dysfunctie. En dan gaan we hormonaal natuurlijk al met alle hormonen, maar die vergeten gynaecologen wel heel vaak. Zij vinden het ook irritant dat wij dan zeggen:

Kijk ook eens even naar die binieren, want volgens mij klopt het daar niet helemaal.

Negen van de tien keer hebben we gelijk. Daar wordt niet naar gekeken, die as wordt vergeten. Een gynaecoloog zou toch juist de binieren erbij moeten nemen? Dat doen ze niet, dat is voor een endocrinoloog terwijl ik denk dat juist dat deel heel erg bij de gynaecoloog moet horen.

Want je zegt: ik heb hier discussies over, verwijs jij mensen door, overleg jij dan met ze? Hoe komt dit tot stand?

Ik heb jonge meisjes die hier komen, die al door PMS een soort van overgangsklachten hebben.

Toevallig heb ik een paar jaar geleden een jong meisje gehad, zij had echt overgangsklachten en er werd ook geschreven: je bent 24. Nee, je bent in de overgang.

Dat klopt natuurlijk van geen kanten. Toen ik ben gaan behandelen kwam ik elke keer uit op de binieren en het voelde gewoon niet oké. Ik zei: als je teruggaat, moet je vragen of die de waardes kan prikken. In eerste instantie was hij (gynaecoloog) ontzettend kwaad dat ik dat had gevraagd, zij heeft doorgezet en er is inderdaad onderzoek naar gedaan bij de endocrinoloog. Het bleek dat er een enorme tumor op de binier zat. wat veroorzaakte dat de hele hormonale toestand niet meer klopte.

Dat is verwijderd en zij is uit de overgangsklachten en alles functioneert weer goed. Het is gelukkig nu, dat voor vrouwen, niet alleen op PMS, maar ook endometriose en de overgang, wordt er nu wat beter naar gekeken en wordt het wel serieus genomen.

Nog steeds zijn er huisartsen die zeggen: iedereen heeft wel last bij de menstruatie. Het is helemaal niet waar, dat hoort helemaal niet. Je moet elke keer verrast worden dat je ongesteld wordt eigenlijk.

Begrijp ik het goed dat dit een oproep is om meer samen te werken en als specialist breder te kijken?

Het serieus te nemen, mensen komen niet voor de lol met dit soort klachten, die verzinnen dat niet. Maar ook gewoon die erge buikpijn of niet functioneren en overgeven, dat verzin je niet. Niemand wil dat, althans ik zie de ziekte winst daar niet van in.

Ik neem hem mee, dankjewel.

10:14 Dat is ei...

differentiaal diagnoses: ga...

10:1 ...

differentiaal diagnoses: laa...

10:1 ...

aanbeveling osteopathie e...

meegeven aan thesis: bree...

10:1 ...

aanbeveling osteopathie e...

10:1 ...

differentiaal diagnoses: bij...

10:1 ...

bloedonderzoek

samenwerken met andere...

Bijlage 26. Interview 5 Jenny Levitt Sanders

Gezien de coderingstekst klein is leest u eerst het interview en daarna ziet u de codering.

Dinsdag 8 oktober 2024, 15.00 uur

Digitale vergadering, afgenomen door Martine Bosman (spreker 1)

Jenny is naast osteopaat in haar eigen praktijk, betrokken bij de opleiding Osteopathy in Womens Health bij Phanta Rhei, eerder heeft zij Women's health course (R. Molinari) en diverse nascholingen voor het kleine bekken gevolgd. <https://vitel-osteopathie.nl/ontwikkeling/>

Vraag één is: behandel je patiënt met PMS In de praktijk?

Mag ik eerst even officieel dan toestemming geven voor de opname? Want ik heb het niet ondertekend. Dus bij deze?

Ja, dankjewel.

Of ik mensen behandel met PMS In de praktijk, hè? Ja, ongeveer hoeveel: nou zeker maandelijks, eigenlijk zou ik ook zeggen, wekelijks. Maar het is niet altijd het consult motief, dus het wordt niet altijd benoemd als PMS, hè? Mensen kunnen ook komen met overgangsklachten, ze benoemen het als overgangsklachten, maar dat dat het zou kunnen gezien worden als PMS. Of ze komen met een klachten pakket waarbij het voor de cliënt zelf niet evident is dat het om PMS of overgang gaat.

Ja, en komt het wellicht ook weleens andersom voor? Dat mensen zeggen, Ik heb bijvoorbeeld PMS klachten en als je dan in gesprek bent dat het wellicht wat anders kan zijn, wat onderliggend is bijvoorbeeld endometriose of prikkelbaar darmsyndroom of dat zulk soort zaken, heb je het andersom ook wel eens?

Ja waarschijnlijk wel, maar zoals je het nu stelt kan ik niet specifiek zo'n voorbeeld noemen. Maar zo zit je altijd met een differentiaal diagnose in je gedachten. Ik kan niet zo specifiek zeggen of dat zo voorkomt, eigenlijk heb ik er niet over nagedacht.

Nee, maar je geeft in ieder geval wel aan: ik heb altijd de differentiaal diagnostiek in mijn achterhoofd, als ze met PMS binnenkomen dat het mogelijk wat anders kan zijn of als ze juist met iets anders binnenkomen, dat je zegt..

Ja, het is meer andersom dat ik het koppel aan de cyclus, dan dat zij zeggen het is aan de cyclus gekoppeld en dat ik zeg van: nou, dat denk ik niet.

Ja, bijzonder. Volgende vraag, welke symptomen ervaren zij als zij aangeven dat ze PMS hebben?

Dat is een beetje afhankelijk van de leeftijdscategorie die binnenkomt met klachten. Je zou de klachten kunnen groeperen in: fysieke klachten, psychische veranderingen en gedragsmatige verandering. Waarbij de psychische veranderingen: prikkelbaar, angstig, depressie of depressieve gevoelens, stemmingswisselingen, geheugen, concentratie, dat soort dingen. Qua gedrag, dat ze misschien moeite hebben met slapen of dat ze cravings hebben, ongeïnteresseerd zijn, zich sociaal terugtrekken, impulsief gedrag vertonen, dat soort dingen. En de fysieke symptomen: vocht vasthouden, gezwollen, pijnlijke borsten, buikpijn, obstipatie, migraine, uitputting, opvliegers, goed dan zijn we niet compleet, hè? Er zijn heel veel symptomen die je kan hebben, maar meestal heb je een beetje die drie groepen van symptomen.

En ik merk dat jongere dames vooral fysieke klachten benoemen. Zeker jonge meiden met menstruatieproblemen die voorafgaand buikpijn en dat soort dingen ervaren. De oudere dames, en zeker als ze richting de menopauze gaan, de perimenopauzale leeftijd, die benoemen veel meer cognitieve klachten en psychische klachten.

Maar over het algemeen zou ik zeggen dat ik denk dat de ingang vaak de fysieke klachten op de voorgrond zijn waar iemand als consult motief komt. Het varieert gewoon heel erg wat er op de voorgrond staat, het is ook zo dat niet iedereen in de gaten heeft dat bepaalde klachten onder die PMS vallen. Dan hebben ze het over: ik heb PMS klachten en ze bedoelen daarmee hun fysieke

klachten of inderdaad prikkelbaarheid. Maar de andere klachten die ze dan ook aangeven, die hadden ze niet zo in het PMS plaatje geplaatst.

Helder, dankjewel. Wat vind je van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie?

Dat kan heel zinvol zijn om inzicht te krijgen in de klacht, het te evalueren met de cliënt wat er veranderd is. Zeker in het opstellen van realistische behandeldoelen en expectation management denk ik dat het heel waardevol kan zijn.

Ook is het van belang in de communicatie met andere disciplines. Als we dezelfde meetinstrumenten gebruiken, dan weten we waar we het over hebben. Je kunt het super goed natuurlijk gebruiken voor onderzoek voor effect, onderzoek, tevredenheidsonderzoek, al dat soort dingen.

Maar ik vind het wel belangrijk dat het een ondersteunende tool blijft. En niet een te belangrijke rol gaat innemen, dat het daarom draait, dan denk ik een beetje aan de huisarts die voornamelijk op zijn laptop zit te kijken in plaats van dat hij echt kijkt en luistert naar zijn cliënt. Ik denk dat de kracht van de osteopathie ook zit in de verbinding die we maken met onze cliënten, dus het moet geen storende factor worden.

Ok, de volgende vraag is of je meetinstrumenten gebruikt binnen de osteopathie?

Ja, ik gebruik soms meetinstrumenten in de praktijk. En als de volgende vraag natuurlijk: wat voor meetinstrumenten he? Wat ik vooral gebruik is de VAS, die gebruik ik voor pijn, daar is hij volgens mij ook origineel voor bedoeld. Maar ik gebruik hem ook om aan te geven: de mate van beperking of hinder die iemand heeft in de klacht van nul tot tien. Dus ik gebruik hem veelzijdig eigenlijk de VAS, als iemand ergens mee kampt, dan kan ik vragen: hoeveel van nul tot tien, hoeveel is dat dan voor jou? En dan kunnen we dat op die manier evalueren. Ik gebruik het vooral dus inderdaad pijn en de ADL beperkingen of wat er ook speelt bij de cliënt. Verder gebruik ik vrij structureel, zeker als er ongevallen zijn geweest, dit is dan niet de PMS kant, maar ik gebruik de Neck Disability Index. De hyperventilatie Nijmeegse vragenlijst gebruik ik ook.

En wat ik ook doe, dat is dan niet specifiek een meetinstrument, maar dat mogen de cliënten dan zelf bekijken wat ze fijn vinden: ik vraag mensen ook cycle tracking te doen, dus dat ze echt gaan kijken naar hun cyclus en wanneer ze welke klachten ervaren, ook wanneer ze merken die shift komt: wanneer voel je je helemaal lekker en wanneer merk je nou dat er een verandering komt? Zodat ze ook inzicht krijgen in leefstijlaanpassingen die ze kunnen doen. Op het moment dat jij je beter voelt als de menstruatie is doorgebroken, is dat ook een beetje het criterium van pms: dat moet verbeteren op dat moment. Maar goed, je hebt ook mensen die dysmenorroe hebben en allerlei bijkomende problemen. Wat ik heel interessant vind is een stukje inzicht geven in hoe die cyclus nou werkt bij ze en hoe ze hun levensstijl kunnen aanpassen om daar zo optimaal mogelijk in te functioneren. Op het moment dat jij vanaf dag 21 het moeilijk begint te krijgen bijvoorbeeld, misschien moet je dan niet die vijftien kilometer gaan hardlopen. Misschien kan je dan beter gaan yoga-en.

Hoe kunnen we gebruik maken van je cyclische veranderingen, je kan het ook zien als iets positiefs van naar binnen gaan. Ik ben heel enthousiast over hoe Maisie Hill heel dat omschrijft, ik weet niet of je haar kent, zij deelt de cyclus in, in een lente, zomer, herfst en winter en die verschillende momenten brengen verschillende kwaliteiten en uitdagingen met zich mee. Als je dat in je vizier krijgt, wat je kwaliteiten zijn in die verschillende fasen en wat je uitdagingen zijn, dan kun je op een hele andere manier gaan kijken naar die cyclus, dus dat vind ik fantastisch en ik probeer mensen daar ook inzicht in te geven, dus met, want het ging om het meetinstrument, sorry, ik wijk af: de cycle tracking. Dat kan je dus doen met bijvoorbeeld een app, maar je hebt ook van die cycle charts, hoe heet dat?

Cyclus dagboeken, PMS kalenders.

Precies dat soort dingen, dat gebruik ik met name voor de cliënt voor het inzicht. Dat hoeven ze niet per se met mij te delen, maar gewoon voor hun eigen inzicht.

Ja, heel waardevol. Ik ben zelf wel iets bewuster van de cyclus, zeker allemaal niet optimaal, maar als je zegt: bijvoorbeeld de vier seizoenen, daar heb ik wel van gehoord. Ik vind het ook heel mooi, als je zelf al iets weet, dan ben je ook niet altijd bewust van wat een ander dan niet weet. Dus ik vind het ook heel mooi om te zeggen: dat geef ik ze mee. Ik denk dat er dus plenty zijn die gewoon altijd standje gaan hebben en dan mogelijk gefrustreerd zijn in de dagen aanlopend naar en van de menstruatie, dat ze denken: ik heb geen energie, ik heb geen kracht, wat een ellende is het.

Ja, dat is wel interessant dat je zegt standje aan hebben, want niet dat standje aan altijd betekent wat ik nu ga zeggen: Maar het is wel interessant, want er is veel te doen nu ook over ADHD bij dames en ADD, ik weet niet of je dat hebt meegekregen? Hoe dus inderdaad in de cyclus, en het idee erachter is dat oestrogeen en dopamine een overlap in functies hebben. Dus op het moment dat jij lekker in je oestrogeen zit, dan kun jij als je niet gediagnosticeerde ADHD/ADD hebt, heel lekker functioneren want die oestrogene vangen/verdoezelen dat. Op het moment dat die oestrogeen daling inzet, komen er wat dingetjes aan het licht die dus niet meer opgevangen kunnen worden door die oestrogenen. Dus die verminderde dopamine wat bijvoorbeeld bij dus ADHD/ADD een rol kan spelen. Een manier om er naar te kijken, en dat dames dan vooral in de ja-perimenopauzale periode en richting de menopauze steeds meer klachten krijgen omdat die oestrogeen daling er is, steeds evidenter wordt. En we zien dat veel dames nu op latere leeftijd gediagnosticeerd worden daarmee. Ken je het H3 netwerk?

Ja, van Janneke Wittekoek zeg ik dat goed? Ik weet ervan, ik lees er wat van. Ik zit er nog niet vol in, maar ik moet wel zeggen dat vrouwen gezondheid en zeker de menstruatiecyclus. Dat heeft voor mezelf de interesse en naarmate ik de gesprekken voer met meerdere osteopaten met aandachtsgebied vrouwengezondheid denk ik alleen maar meer.

Ja, het is niet alleen Janneke met het huidige netwerk, het is een gynaecoloog, een psychiater en de cardioloog . Zij hebben, het gaat een beetje te ver om hierin te duiden, maar In de podcast “Wij zijn toch niet gek?” vindt je veel meer informatie en leggen zij heel mooi uit vanuit een medische kijk, maar heel erg informatief. Het is de moeite waard om daar wat podcasts van te luisteren. Zeker Barbara Havenith, zij is gynaecoloog , heeft een orthomoleculaire achtergrond, zij vertelt daar ook over PMS en PMDD. Zij heeft ook een hele andere ja, functionele visie van kijken naar de hypersensitiviteit van bijvoorbeeld je zintuigen die ontstaan als gevolg van oestrogeen, dat is echt super interessant.

Ik ga het eens opzoeken.

Ja, je komt dadelijk met veel meer werk uit het interview, hè?

Je bent de laatste die ik spreek van de vijf (osteopaten) we hebben ons literatuuronderzoek gedaan, we proberen langzaam naar een punt te werken. Maar het is meer dan duidelijk, voor in de conclusie aan de aanbeveling: er is gewoon zoveel meer als dat wij de tijd hebben en de ruimte en dat het ook überhaupt niet allemaal binnen onze scope valt, maar je kunt hier nog drie jaar over schrijven...dat ga ik niet doen, maar ik ga hier zeker naar luisteren, ook vanuit de interesse die ik er zelf in heb, dus leuk om leuk om te horen.

We waren bij de meetinstrumenten: daar vertelde je dat je de VAS score gebruikt, onder andere voor pijn, maar ook om mate van beperking/ hinder in het dagelijks leven te meten met een ranking van een tot tien. Je gaf aan ook nog een paar hele specifieke voor niet PMS patiënten te gebruiken, en met PMS patiënten in het achterhoofd, onder andere over de tracking van de cyclus.

De volgende vraag die we hebben staan is hoe je de effectiviteit van de behandeling bij patiënten met PMS meet?

Ja en die hebben deels beantwoord net: ik neem een uitgebreide anamnese af, ik heb er ruim de tijd voor om te praten met de dames om echt uit te diepen van: oké, wat is hier gaande, waar loop je tegenaan? En die specifieke dingen die noteer ik, dan maak ik een soort van lijstje, van dit zijn de dingen waar we verbetering in hopen te krijgen. Ik werk overigens ook met een intakeformulier, net als die waarschijnlijk het IMC (Integraal Medisch Centrum) ook gebruikt of iets vergelijkbaars, daarin zie ik heel veel. En uit die uitgebreide anamnese waar ik dus lijst een van die klachten maak, met daar waar nodig de VAS score. Na een aantal behandelingen check ik: hoe staat het ervoor? Vaak komen

mensen er zelf mee: Ik heb minder last gehad, maar niet iedereen heeft dat heel erg op het vizier, dan ga ik specifiek de dingen benoemen die voorbij zijn gekomen en vraag ik: hoe veel last heb je er nu van, van één tot tien hè en daarbij ook het klachten dagboek of de cycle tracking die we daarin kunnen gebruiken.

Vraag je ze om na een aantal maanden weer opnieuw het cyclusedagboek bij te houden, of vraag je uit: toen gaf je dit aan, hoe is het nu?

Sommige mensen vinden het heel fijn en die blijven dat dagboek gebruiken, sommige mensen doen dat eenmalig en dan nog een keertje als ik het vraag, of het tijd is om het eventjes na te gaan: hoe staat het ervoor? Oh ja...iedereen is gewoon verschillend daarin, hoe ze daarmee omgaan. Ik benoem het, en als ze het niet zo goed weten, want soms zeggen mensen: oh ja, het is echt zoveel verbeterd en ik slaap beter én ik heb eigenlijk bijna geen stemmingswisselingen gehad, of noem het maar op. En soms zeggen mensen van: nou het komt wel minder vaak voor, of ik voel geen verandering, Dan pak ik mijn lijstje en zeg ik: hoe is het daarmee? Ja, dat is eigenlijk allemaal veel beter. Dan is de focus geshift naar iets anders waar ze graag verandering in willen zien bijvoorbeeld, dat kan ook gebeuren. Dus ik werk vooral met het noteren van al die klachten en dat evalueren met ze.

Ja helder, dankjewel. Ben je bekend met meetinstrumenten voor de kwaliteit van leven zoals de QoL?

Ja, in de zin van: ik heb ervan gehoord, ik heb het natuurlijk opgezocht toen ik het zag staan en toen dacht ik, oh ja, er rinkelde een belletje. Maar ik gebruik het niet, ik ben niet bekend met het gebruik.

Helemaal Helder. Dezelfde vraag is voor de voor de PREMs, ben je daar bekend mee?

Ja ook daar: ik weet ervan, maar ik gebruik het niet, en ook de PROMS.

Helemaal goed, dankjewel. Welke toevoeging op aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie in combinatie met meetinstrumenten?

Eigenlijk waar ik ook een beetje mee begon. Hoewel het dus heel zinvol kan zijn, hoop ik dat het niet ons uit onze visie en holistische kijk trekt, doordat we daarop gefocust raken. Ik snap, we willen met osteopathie die onderbouwing en die wetenschappelijkheid.

De vraag die ik me stel: is deze manier van evalueren, dit meten voor ons de meest geschikte manier om dat te doen? Sommige dingen wel, zeker als ik een whiplash cliënt heb, zo met de verzekeringsmaatschappijen en dingen die daarbij komen kijken, dan wil ook ik een meetinstrument toevoegen, zodat we gewoon wat meer body hebben bij onze evaluatie.

It's a fine line voor mij tussen proberen aan te sluiten bij regulier, versus: is dit de manier zoals we osteopathisch willen kijken? Ik zeg niet ja, niet nee, ik zeg gewoon: we moeten kritisch blijven en kijken of er alternatieven zijn die mogelijk beter passen. Maar zoals al zei, ik gebruik ze ook meetinstrumenten, en ik evalueer ook. Ja, ik val in herhaling.

Dat is ook het risico, we hebben bewust een redelijk gesloten vragenlijst of heel beperkte vragen daarin opgenomen, want je merkt simpelweg pratende kunnen we de hele wereld bespreken en het is allemaal ontzettend interessant. Het is ook niet gek dat er wat overlap in de antwoorden zit, want het komt vanuit de mening, vanuit een visie, vanuit de manier ook waarop jij zegt: zo wil ik mijn praktijk inrichten, zo wil ik mijn werk uitvoeren. Dat herken ik ook van de andere interviews, dus ik kijk er niet van op, laat ik het zo zeggen.

Ik ben toch geïnteresseerd wat de anderen gezegd hebben daar.

Wisselend als in: Ik begrijp het nut of ik zie wat het kan opleveren. Ik vind wel dat we ervoor moeten waken hoe we het in onze praktijk gebruiken.

Ik probeer echt op een hele minder wetenschappelijke, minder klinische manier mijn patiënten te benaderen, met nog steeds evenveel zorg en aandacht voor het welzijn en voor de verbetering. Dus Ik weet niet of een formulier daarbij helpt.

Er is ook gezegd: dat helpt juist om de taal van de reguliere gezondheidszorg te kunnen spreken om elkaar wel te kunnen vinden, ook in een stukje samenwerking. Maar we moeten absoluut oog houden voor wie wij zijn en hoe wij werken en hoe wij hiernaar kijken.

En wat er bijvoorbeeld ook wordt gezegd: het lichaam zelf is eigenlijk al het meetinstrument, is er meer beweeglijkheid op basis van mobiliteit, hoe voelt de fascie, hoe voelt de patiënt zichzelf, wat vertelt zij.

En dat er bijvoorbeeld ook wel eens een eigen vragenlijst is, waar bijvoorbeeld de VAS score in zit of wat vragen vanuit de PROM

Dat zijn een beetje de reacties zo grofweg.

Ja, mooi te vergelijken, ik vind het wel heel mooi wat je zegt over inderdaad het weefsel, de cliënt, dat is de grootste evaluatie, verandering daar, en hoe vertaalt dat zich naar klachten? Ja, dat is natuurlijk ook een heel mooi stuk om te kijken hoe vertaalt het zich naar klachten.

Ja, als een weefsel beter voelt, voelt de patiënt zich dan ook automatisch beter of andersom? Ja, waanzinnig interessante onderwerp, dat is voor een volgende thesis...er dan ook nog genoeg te ontdekken, dat is alleen maar mooi.

Wij hebben in de tussentijd nog twee extra vragen opgesteld. Ik heb ze wel meegestuurd, al pratende heen dachten we: dit willen we eigenlijk ook gewoon heel graag vragen.

Welke toevoeging of aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie in combinatie met PMS?

Ja, ik heb over nagedacht hoe vlieg ik überhaupt die vraag aan, wat interpreteer ik nou als belangrijk om mee te geven en waar ik eigenlijk op uit kom is: we hebben heel veel zaken die van invloed zijn op op PMS, van hormoonhuishouding tot stress, wat ook weer invloed heeft op die hormoonhuishouding, tot microbiom, tot... Er zijn heel veel dingen die van invloed zijn, het is multifactorieel. Er is nog geen eenduidige: Oké, dit is het. Vanuit een meer functioneel en holistisch kijken hebben we heel veel ideeën daarover die ik heel erg goed vind, sensitiviteit. De reguliere gezondheidszorg praat wat meer over bijvoorbeeld de genetische aanleg, zeker bij PMD. Maar ook de sensitiviteit van bepaalde receptoren in relatie tot hormonen. Waar ik een beetje meer in zit is, is om te kijken naar oestrogeen dominantie, of verhoudingen van de hormonen, de invloed van stress op het immuunsysteem, ook inflammatie, de invloed van voeding, de invloed van stress op een tonus van een baarmoeder.

Dat is een beetje de hoek vanuit waar ik vertrek en dat in het achterhoofd hebbende zou ik willen meegeven in osteopathie met PMS dat je probeert te kijken binnen dat multifactoriële ontstaan: oké, waar heb ik mee te maken, heb ik te maken op het mechanisch vlak, heb ik congestie helder, waardoor ik ook moet kijken naar drainage. Ook peritoneale drainage, moet ik kijken naar een linker nier, want de afvoer van de ovaria die loopt direct naar de nier links, de mobiliteit van de nier is heel erg belangrijk, want als je daar bijvoorbeeld teveel spanning op de psoas hebt, of een nier die wat gezakt is kan het invloed hebben op dat renale systeem. Maar ook bijvoorbeeld hepar, als de lever niet lekker functioneert, zit je ook weer met de drainage van de andere zijde en zit je met die functies van de lever, met aanmaak van hormonen, afbraak van hormonen. Hoe is het met diafragma voor het hele hemodynamische systeem, hoe is het met die dunne darm, is daar inflammatie als gevolg van voedingsgerelateerde problematiek. Is er littekenweefsel wat daar problemen kan veroorzaken? Mechanisch gezien en circulatoir hebben we het dan over gehad. Immuunsysteem, maar ook op het moment dat er een dysfunctie is ter hoogte van de baarmoeder, kan het zenuwstelsel geïrriteerd raken, daar loopt de plexus hypogastricus. Het loopt allemaal zo in elkaar over, dat hele functioneren en hoe je optimaal kunt functioneren als mens.

Ik zou zeggen, probeer een beetje inzicht te krijgen in: is het meer iets mechanisch, is het meer iets venolymfatisch, is het meer op het immuunsysteem, is het meer het zenuwstelsel? Vaak is het een combinatie, maar om een beetje inzicht te krijgen in wat speelt er? Als iemand echt mega gestresst is,

de cortisol, prostaglandine met immuunsysteem, die cortisol kan gaan zitten op die progesteronreceptoren.

Probeer een beetje te ontrafelen waar er de meeste ruimte mag ontstaan.

Ja, dan weet ik niet of dat, dit behulpzaam was, of juist....

Het geeft in ieder geval aan hoe breed het vak is en naar hoeveel verschillende opties/oorzaken we kunnen kijken. We kijken bijvoorbeeld niet zoals een huisarts of een endocrinoloog, die kijkt naar het bloed en van daaruit moet een oorzaak gevonden zijn.

Ik denk dat jij juist heel mooi zegt: het multifactoriële, het kan al door zoveel dingen komen. Er hebben zoveel dingen invloed op. Zoom uit, begin echt helemaal vanuit het verhaal, vanuit je uitgebreide vragenlijst, je uitgebreide anamnese en kijk dan: welke dingen springen eruit en waar, waar kan ik dan op werken of waar kan ik advies meegeven. Ik denk dat je dat bedoelt?

Precies.

Het antwoord is nog niet korter aan het worden.

Nee, dat is waar. Maar ook vrij nieuw is ook die oestrogeen recycling, er wordt gewoon nog niet zo naar gekeken op het moment dat die darmen niet goed functioneren, dan krijg je dus een heropname, dat oestrogeen gaat nog een keer gerecycled worden, hè? Dan blijf je in een disbalans zitten, heb je teveel oestrogeen, heb je te weinig progesteron, is het gewoon sowieso de verhouding, daarvoor moet het hele systeem goed werken. Probeer een beetje feeling te krijgen: waar moeten we insteken, daar hebben klanten ook zelf een verantwoordelijkheid in, in hun leefstijl.

Mag ik hem samenvatten als: het hele systeem telt? Goed bekijken waar wij de behandeling in steken en je neemt ook zeker mee: inzicht geven in de cyclus voor de patiënt zelf en leefstijl.

Ja absoluut. Absoluut ja.

Hebben we er al bijna één zinnetje van gekregen, toch knap?

Hele systeem, maar ook volgens de 5 modellen proberen inzicht te krijgen in wat er speelt, want dan maken we het cirkeltje een beetje rond met hoe je volgens die modellen moet gaan kijken.

Ja, we hebben het in ieder geval ook beschreven volgens de 5 modellen: anatomie, circulatie, alles. Dan blijkt inderdaad dat wat jij ook zo duidelijk zegt, alles in elkaar hangt.

Maar dat is gewoon zo, en als je kijkt, de weg van stress is natuurlijk niet alleen maar een zenuwstelsel, dat is ook een hormoon-as en de immuniteit en alles wordt daar al eigenlijk mee aangeraakt.

Helder. Zullen we dit als antwoord op die vraag houden? Welke toevoeging of aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie in combinatie met PMS? Bekijk het hele systeem gebruik, de 5 modellen. Waar kunnen we beginnen en het meest bereiken met de behandeling en geeft dan inzicht mee in de cyclus en leefstijladviezen.

Ja, dat is goed, hij brengt een beetje in de zin van: het is een heel algemeen antwoord, maar als we specifieker worden, dan wordt het super uitgebreid. Dat begrijp ik maar.

Ja, je bent niet de eerste die in deze hoek zit qua reactie. Ook omdat je eigenlijk elke keer, dat geven de anderen in ieder geval ook aan in de interviews, je gaat eigenlijk elke keer weer helemaal terug naar het begin. Prima, dat iemand die klachten heeft, die dingen vertelt, maar je gaat ook zelf je onderzoek doen, je gaat ook de andere tractussen na.

Het voelt alsof we alsof we de ingewikkeldheid een beetje te kort doen daarmee.

Ik zie het dan juist andersom, je geeft eigenlijk juist aan: het is zo multifactorieel, het kan door zoveel dingen komen, laten we ze allemaal bekijken/meenemen/onderzoeken in het hele verhaal en van daaruit werken. Als jij het zo vertelt, dan haal ik dit eruit dat het niet zo eenduidig is.

Het is niet onjuist, het voelt alleen alsof specifieker zijn, het meer recht zou doen. Dat is het eigenlijk. Maar ik begrijp ook dat het dan een beetje te ingezoomd wordt. Laat hem maar staan, dus oké?

Ik moet wel zeggen, dat juist hoe meer ik jou en de andere dames heb gesproken, hoe meer ik denk: wat is het interessant en wat is het inderdaad complex en wat is het belangrijk dat er steeds meer

aandacht voor komt?. Dus daarmee zit ik zeker op dezelfde bladzijde, dan is deze thesis is ook echt nog maar een druppeltje op de hele vrouwengezondheid/ hormonale gezondheid plaat. Dat realiseer ik me, nou ja nog niet eens een druppeltje is veel te hoog ingezet. Ik ben me er meer bewust van geworden, hier wil ik in verder. Dus nou ja, als dit dan nog een mogelijke vakidoot oplevert.

Ja, zeker nu ook, dan wil ik nog wel een toevoeging doen, want die hebben we een beetje onderbelicht gelaten. Ik denk dat de omstandigheden waarin, of eigenlijk de overvraagtheid van vrouwen vandaag de dag, meer de context van de vrouw. Niet alleen maar wat er gebeurt in de vrouwen als gevolg van allerlei zaken, maar ook de context een rol speelt en je daar bewust van zijn. Je hebt een carrière, je bent moeder, je moet ook nog sporten en sociaal leven en een dit en dat, al die ballen die je hoog te houden hebt, de verwachtingen die je van jezelf hebt en de overtuigingen misschien waarin je bent opgegroeid. Over jezelf en over hoe het zou moeten zijn. Laat staan überhaupt de positie van de vrouwen in de wereld. Dat is ook niet overal hetzelfde, dat kan ook van invloed zijn, trauma in je verleden. Het is ook de context, die moeten we daar niet in vergeten. Die vind ik nog heel belangrijk om te zeggen.

We hebben het erover dat cliënten zelf verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun gezondheid.

Jazeker, daar sta ik voor: we moeten ze goed informeren. Maar het moet ook mogelijk zijn, afhankelijk van hoe goed je functioneert met datgene wat er aan de hand is. Die ondersteuning bieden zodat je beter kunt functioneren en je ook daar veranderingen in kunt maken, en betere beslissingen voor jezelf kunt maken. Dus het is veel breder, we hebben nu een beetje ingezoomd op fysiologie eigenlijk. Maar terug naar de context van de vrouw. Tegen iemand zeggen: je moet stoppen met roken is natuurlijk een heel goed advies, maar dat is niet altijd mogelijk, met de situatie of de context, alles wat er speelt, dat je brein je niet de ruimte kan geven, je lijf je niet de ruimte kan geven om dat te doen.

Ik vind dan ook dat we het in een breed context moeten plaatsen met leefstijl, en bewust zijn dat de veranderingen niet altijd zo gemakkelijk zijn te maken. Dat we ze daar ook in kunnen ondersteunen, door informatie, educatie, maar ook door het lichaam te ondersteunen, door de hele mens te ondersteunen. Die heb ik nog even gemist, die wilde ik nog wel toevoegen, die brede context. Dus niet alleen maar de inwendige wereld, maar ook de uitwendige wereld en hoe je je daartoe verhoudt.

Ik vind het juist mooi dat je dit zegt. We zaten net heel erg: goh, hoe complex is het allemaal wel niet IN het lichaam, waar moeten we allemaal rekening mee houden? En nu vertel je: hou ook rekening met alles wat er nog BUITEN het lichaam is, ook juist al die factoren die er zijn. Daar moet je ook oog voor hebben en waar mogelijk ondersteuning bieden of helpen. Ik vind het eigenlijk heel mooi dat we eerst heel erg zaten op alles in de patiënt en nu eigenlijk de hele wereld daaromheen.

Ja, fijn dat we die nog hebben kunnen toevoegen.

Mooi. Ja dankjewel voor je toevoeging. Dat hadden wij nog een laatste vraag: welke diagnoses vergelijkbaar met PMS zie je in de praktijk?

Nou, waar ik een beetje over struikelde met deze vraag is, dat je diagnoses zegt, want het is niet altijd zo dat iemand met een diagnose komt in de praktijk. Misschien eerder een setje symptomen of iets waar ze tegenaan lopen, het is niet per se dat iemand met een diagnose binnenkomt. Dus ik zal hem willen beantwoorden als: Welke differentiaal diagnose hou je rekening mee? Is het oké zijn, als ik hem zo pak?

Zeker ja.

Ik denk zeker met PMS moet je rekening houden met bijvoorbeeld schildklieraandoeningen, maar ook premenstruele exacerbaties. Waar we een beetje over hadden met ADHD/ADD, wat kan verergeren op het moment dat de hormoonlevels zakken, specifiek oestrogeen wordt dan genoemd. Het kan zijn dat iemand andere chronische klachten heeft die dus door een daling in die hormonen aan het licht komen. Je kunt ook bijvoorbeeld zien dat dat darmklachten verergeren, het immuunsysteem is wat minder goed werkzaam, dat is niet juist want dat hoort zo te zijn in die fase, maar daarmee kunnen dus ook andere dingen naar de voorgrond komen die gezien kunnen worden als PMS, terwijl het aandoeningen zijn die er gewoon al liggen. Bijvoorbeeld ADD waar we over spraken, maar ook een forse depressie of iron deficiency depression. Dat vrouwen gewoon überhaupt overvraagd worden, stress, trauma. Op het moment dat je niet die hormonale buffer.. is misschien

niet het juiste woord, maar in ieder geval niet die extra ondersteuning hebt. Als je te weinig progesteron hebt, bijvoorbeeld. Dat is natuurlijk een relaxing, zo'n heerlijke tegenhanger van de stress zal ik maar zeggen, als je dat wat minder hebt, dan kunnen er echt andere zaken op de voorgrond komen. Prematuur ovariaal falen, mensen die vroegtijdig in de overgang komen, dat is natuurlijk iets anders dan een normaal verloop naar een overgang. Daar moet je ook op bedacht zijn van: hebben we te maken met iets wat enigszins fysiologisch is of gaat het voorbij aan wat we als normaal mogen verwachten in deze fase? Is daar ondersteuning bij nodig?

Burnout overspannenheid, ik ben me ook bewust dat je een beetje zo een kip-en-ei-verhaal ook kan krijgen: hoe beter je hormonaal zit, hoe gemakkelijker je bepaalde zaken het hoofd kan bieden en andersom.

Dat vind ik dus heel erg mooi wat Maisie Hill vertelt. Zij heeft verschillende boeken geschreven, cyclusstrategie en de hormoon revolutie zijn de twee bekende boeken van haar, ze heeft ook over perimenopauze een boek geschreven. Maar zij vertelt eigenlijk dat de daling in hormonen eigenlijk kunnen blootleggen wat er al speelt. Dus de dingen waar je tegenaan loopt in je leven, dan hoeft het niet per sé een onderliggende aandoening of ziekte te zijn, maar dingen waar je in je leven mee worstelt met eigenwaarde, je bestaansrecht? Dan hebben we het over dat soort zaken, op het moment dat die hormonen wat dalen, dan komt dat wat meer aan het licht: hoe verhoud ik mij tot de wereld, hoe/wat wil ik daarmee? Snap je dan een beetje wat ik bedoel? Nu vul ik het een beetje in met bepaalde teksten, maar de essentie is dat bij die exacerbatie onder invloed van hormoonstommelingen, met een aantal hele duidelijke voorbeelden erbij dat het niet per se aandoeningen zijn, maar gewoon dingen waar je tegenaan loopt. Als jij je je stoort aan het feit dat je geen nee kunt zeggen, laten we dat als voorbeeld nemen: als je hormonaal wat ruimer zit, dan is dat dan is dat niet zo'n ding, maar op het moment dat je dat buffertje als het ware niet hebt, komt het meer op de voorgrond. En dat is natuurlijk niet de stoornis, maar dat is een: hé wacht eens, hier mag ik mee aan de slag.

Ja, ik vind het mooi dat je het zegt. Ik typ wat kort en kernachtig mee en heb nu opgeschreven: daling hormonen kan blootleggen wat er speelt, kan zonder onderliggend lijden/aandoeningen zijn, bijvoorbeeld overtuigingen.

Het is een beetje: hoe vlieg je dingen aan met de diagnoses of coping strategieën. In de psychiatrie heb je natuurlijk echt met diagnoses en hokjes wat meer te maken, dan als je met een coach bezig bent over hè, coping strategieën of iets dergelijks. Daar is een hele glijdende schaal in, het is niet een aandoening of nu wijk ik weer een beetje af, maar dat is een van mijn andere interesses. Ja, ik weet niet of ik hem helder heb kunnen maken voor je?

Ja zeker wel, ik hoor je passie en je betrokkenheid voor het vak en voor de vrouwengezondheid hierin terug, dat vind ik alleen maar waanzinnig inspirerend.

Maar dat is dat sowieso vind ik in de gezondheidszorg. Hoe wil je als persoon, als patiënt, cliënt: hoe sta je zelf in dingen, hoe wil je ergens naar kijken. Met welke bril kijk jij naar gezondheid en hoe je het wil aanvliegen? En dat geldt ook voor je als therapeut, denk ik dat je bewust moet zijn van de verschillende brillen die verschillende specialisten of verschillende takken binnen de gezondheidszorg, op een bepaalde manier met een bepaalde bril ergens naar kijken.

En dat is niet per sé DE manier om daarnaar te kijken, dat is ÉÉN manier. Hoe verhoudt jij je als cliënt daarmee, wat wil je daar wel of niet mee? Dat is een beetje wat ik bedoel, welke aanvliegroute, en je kunt in je herstel kiezen voor osteopathie, acupunctuur, homeopathie, er zijn niet voor niets zoveel mogelijkheden om iemand te ondersteunen. Je moet kiezen wat bij jou past en ook daar bij waar je in je heling, je ontwikkeling, je gezondheid staat. Daarmee maak ik hem iets vollediger, want het voelde een beetje zwart-wit in plaats van een mooi, een mooi spectrum.

Ik ben onder de indruk ervan, welke woorden je allemaal wilt geven, er bruist volgens mij zoveel bij jou van binnen. Heel interessant om jouw visie, jouw verhaal te horen. Ik heb er al vier (osteopaten) gesproken, waarschijnlijk is het een beetje van hetzelfde. Het is ook een deel van hetzelfde en ook weer heel anders, dat is zo interessant. Ik ben blij dat we elkaar alsnog hebben kunnen spreken.

Fijn om te horen, ik ben blij dat het een bijdrage heeft kunnen leveren.

Dankjewel, ik ga wel de opnames stoppen.

Interview 5 Jenny Levitt- Sanders

Dinsdag 8 oktober 2024, 15.00 uur

Digitale vergadering, afgenomen door Martine Bosman (spreker 1)

Jenny is naast osteopaat in haar eigen praktijk, betrokken bij de opleiding Osteopathy in Womens Health bij Phanta Rhei, eerder heeft zij Women's health course (R. Molinari) en diverse nascholingen voor het kleine bekken gevolgd. <https://vitel-osteopathie.nl/ontwikkeling/>

Vraag één is: behandel je patiënt met PMS In de praktijk?

Mag ik eerst even officieel dan toestemming geven voor de opname? Want ik heb het niet ondertekend. Dus bij deze?

Ja, dankjewel.

Of ik mensen behandel met PMS In de praktijk, hè? Ja, ongeveer hoeveel: nou zeker maandelijks, eigenlijk zou ik ook zeggen, wekelijks. Maar het is niet altijd het consult motief, dus het wordt niet altijd benoemd als PMS, hè? Mensen kunnen ook komen met overgangsklachten, ze benoemen het als overgangsklachten, maar dat dat het zou kunnen gezien worden als PMS. Of ze komen met een klachten pakket waarbij het voor de cliënt zelf niet evident is dat het om PMS of overgang gaat.

Ja, en komt het wellicht ook weleens andersom voor? Dat mensen zeggen, Ik heb bijvoorbeeld PMS klachten en als je dan in gesprek bent dat het wellicht wat anders kan zijn, wat onderliggend is bijvoorbeeld endometriose of prikkelbaar darmsyndroom of dat zulk soort zaken, heb je het andersom ook wel eens?

Ja waarschijnlijk wel, maar zoals je het nu stelt kan ik niet specifiek zo'n voorbeeld noemen. Maar zo zit je altijd met een differentiaal diagnose in je gedachten. Ik kan niet zo specifiek zeggen of dat zo voorkomt, eigenlijk heb ik er niet over nagedacht.

Nee, maar je geeft in ieder geval wel aan: ik heb altijd de differentiaal diagnostiek in mijn achterhoofd, als ze met PMS binnenkomen dat het mogelijk wat anders kan zijn of als ze juist met iets anders binnenkomen, dat je zegt..

Ja, het is meer andersom dat ik het koppel aan de cyclus, dan dat zij zeggen het is aan de cyclus gekoppeld en dat ik zeg van: nou, dat denk ik niet.

Ja, bijzonder. Volgende vraag, welke symptomen ervaren zij als zij aangeven dat ze PMS hebben?

Dat is een beetje afhankelijk van de leeftijdscategorie die binnenkomt met klachten. Je zou de klachten kunnen groeperen in: fysieke klachten, psychische veranderingen en gedragsmatige verandering. Waarbij de psychische veranderingen: prikkelbaar, angstig, depressie of depressieve gevoelens, stemmingswisselingen, geheugen, concentratie, dat soort dingen. Qua gedrag, dat ze misschien moeite hebben met slapen of dat ze cravings hebben, ongeïnteresseerd zijn, zich sociaal terugtrekken, impulsief gedrag vertonen, dat soort dingen. En de fysieke symptomen: vocht vasthouden, gezwollen, pijnlijke borsten, buikpijn, obstipatie, migraine, uitputting, opvliegers, goed dan zijn we niet compleet, hè? Er zijn heel veel symptomen die je kan hebben, maar meestal heb je een beetje die drie groepen van symptomen.

En ik merk dat jongere dames vooral fysieke klachten benoemen. Zeker jonge meiden met menstruatieproblemen die voorafgaand buikpijn en dat soort dingen ervaren. De oudere dames, en zeker als ze richting de menopauze gaan, de perimenopauzale leeftijd, die benoemen veel meer cognitieve klachten en psychische klachten.

Maar over het algemeen zou ik zeggen dat ik denk dat de ingang vaak de fysieke klachten op de voorgrond zijn waar iemand als consult motief komt. Het varieert gewoon heel erg wat er op de voorgrond staat, het is ook zo dat niet iedereen in de gaten heeft dat bepaalde klachten onder die PMS vallen. Dan hebben ze het over: ik heb PMS klachten en ze bedoelen daarmee hun fysieke

11:1...

◆ frequentie: wekelijks

◆ patiënten in praktijk: ja

11:3 Dat is ee...

◆ klachten: concentratie

◆ klachten: cravings

◆ klachten: down

◆ klachten: gespannen borst...

◆ klachten: hoofdpijn

◆ klachten: migraine

◆ klachten: obstipatie

◆ klachten: pijn

◆ klachten: prikkelbaarheid

◆ klachten: stemmingswissel...

◆ klachten: vocht vasthouden

klachten of inderdaad prikkelbaarheid. Maar de andere klachten die ze dan ook aangeven, die hadden ze niet zo in het PMS plaatje geplaatst.

Helder, dankjewel. Wat vind je van het gebruik van meetinstrumenten binnen de osteopathie?

Dat kan heel zinvol zijn om inzicht te krijgen in de klacht, het te evalueren met de cliënt wat er veranderd is. Zeker in het opstellen van realistische behandeldoelen en expectation management denk ik dat het heel waardevol kan zijn.

Ook is het van belang in de communicatie met andere disciplines. Als we dezelfde meetinstrumenten gebruiken, dan weten we waar we het over hebben. Je kunt het super goed natuurlijk gebruiken voor onderzoek voor effect, onderzoek, tevredenheidsonderzoek, al dat soort dingen.

Maar ik vind het wel belangrijk dat het een ondersteunende tool blijft. En niet een te belangrijke rol gaat innemen, dat het daarom draait, dan denk ik een beetje aan de huisarts die voornamelijk op zijn laptop zit te kijken in plaats van dat hij echt kijkt en luistert naar zijn cliënt. Ik denk dat de kracht van de osteopathie ook zit in de verbinding die we maken met onze cliënten, dus het moet geen storende factor worden.

Ok, de volgende vraag is of je meetinstrumenten gebruikt binnen de osteopathie?

Ja, ik gebruik soms meetinstrumenten in de praktijk. En als de volgende vraag natuurlijk: wat voor meetinstrumenten he? Wat ik vooral gebruik is de VAS, die gebruik ik voor pijn, daar is hij volgens mij ook origineel voor bedoeld. Maar ik gebruik hem ook om aan te geven: de mate van beperking of hinder die iemand heeft in de klacht van nul tot tien. Dus ik gebruik hem veelzijdig eigenlijk de VAS, als iemand ergens mee kampt, dan kan ik vragen: hoeveel van nul tot tien, hoeveel is dat dan voor jou? En dan kunnen we dat op die manier evalueren. Ik gebruik het vooral dus inderdaad pijn en de ADL beperkingen of wat er ook speelt bij de cliënt. Verder gebruik ik vrij structureel, zeker als er ongevallen zijn geweest, dit is dan niet de PMS kant, maar ik gebruik de Neck Disability Index. De hyperventilatie Nijmeegse vragenlijst gebruik ik ook.

En wat ik ook doe, dat is dan niet specifiek een meetinstrument, maar dat mogen de cliënten dan zelf bekijken wat ze fijn vinden: ik vraag mensen ook cycle tracking te doen, dus dat ze echt gaan kijken naar hun cyclus en wanneer ze welke klachten ervaren, ook wanneer ze merken die shift komt: wanneer voel je je helemaal lekker en wanneer merk je nou dat er een verandering komt? Zodat ze ook inzicht krijgen in leefstijlaanpassingen die ze kunnen doen. Op het moment dat jij je beter voelt als de menstruatie is doorgebroken, is dat ook een beetje het criterium van pms: dat moet verbeteren op dat moment. Maar goed, je hebt ook mensen die dysmenorroe hebben en allerlei bijkomende problemen. Wat ik heel interessant vind is een stukje inzicht geven in hoe die cyclus nou werkt bij ze en hoe ze hun levensstijl kunnen aanpassen om daar zo optimaal mogelijk in te functioneren. Op het moment dat jij vanaf dag 21 het moeilijk begint te krijgen bijvoorbeeld, misschien moet je dan niet die vijftien kilometer gaan hardlopen. Misschien kan je dan beter gaan yoga-en.

Hoe kunnen we gebruik maken van je cyclische veranderingen, je kan het ook zien als iets positiefs van naar binnen gaan. Ik ben heel enthousiast over hoe Maisie Hill heel dat omschrijft, ik weet niet of je haar kent, zij deelt de cyclus in, in een lente, zomer, herfst en winter en die verschillende momenten brengen verschillende kwaliteiten en uitdagingen met zich mee. Als je dat in je vizier krijgt, wat je kwaliteiten zijn in die verschillende fasen en wat je uitdagingen zijn, dan kun je op een hele andere manier gaan kijken naar die cyclus, dus dat vind ik fantastisch en ik probeer mensen daar ook inzicht in te geven, dus met, want het ging om het meetinstrument, sorry, ik wijk af: de cycle tracking. Dat kan je dus doen met bijvoorbeeld een app, maar je hebt ook van die cycle charts, hoe heet dat?

Cyclus dagboeken, PMS kalenders.

Precies dat soort dingen, dat gebruik ik met name voor de cliënt voor het inzicht. Dat hoeven ze niet per se met mij te delen, maar gewoon voor hun eigen inzicht.

- 11:4 Dat ka...
- mening meetinstrument: b...
 - mening meetinstrument: h...
 - mening meetinstrument: k...

- 11:7...
- gebruik meetinstrument in...
 - VAS score: ja

- 11:8...
- gebruik meetinstrumenten...

- 11:9...
- cyclusedagboek

Ja, heel waardevol. Ik ben zelf wel iets bewuster van de cyclus, zeker allemaal niet optimaal, maar als je zegt: bijvoorbeeld de vier seizoenen, daar heb ik wel van gehoord. Ik vind het ook heel mooi, als je zelf al iets weet, dan ben je ook niet altijd bewust van wat een ander dan niet weet. Dus ik vind het ook heel mooi om te zeggen: dat geef ik ze mee. Ik denk dat er dus plenty zijn die gewoon altijd standje gaan hebben en dan mogelijk gefrustreerd zijn in de dagen aanlopend naar en van de menstruatie, dat ze denken: ik heb geen energie, ik heb geen kracht, wat een ellende is het.

Ja, dat is wel interessant dat je zegt standje aan hebben, want niet dat standje aan altijd betekent wat ik nu ga zeggen: Maar het is wel interessant, want er is veel te doen nu ook over ADHD bij dames en ADD, ik weet niet of je dat hebt meegekregen? Hoe dus inderdaad in de cyclus, en het idee erachter is dat oestrogeen en dopamine een overlap in functies hebben. Dus op het moment dat jij lekker in je oestrogeen zit, dan kun jij als je niet gediagnosticeerde ADHD/ADD hebt, heel lekker functioneren want die oestrogene vangen/verdoezelen dat. Op het moment dat die oestrogeen daling inzet, komen er wat dingetjes aan het licht die dus niet meer opgevangen kunnen worden door die oestrogenen. Dus die verminderde dopamine wat bijvoorbeeld bij dus ADHD/ADD een rol kan spelen. Een manier om er naar te kijken, en dat dames dan vooral in de ja-perimenopauzale periode en richting de menopauze steeds meer klachten krijgen omdat die oestrogeen daling er is, steeds evidentier wordt. En we zien dat veel dames nu op latere leeftijd gediagnosticeerd worden daarmee. Ken je het H3 netwerk?

Ja, van Janneke Wittekoek zeg ik dat goed? Ik weet ervan, ik lees er wat van. Ik zit er nog niet vol in, maar ik moet wel zeggen dat vrouwen gezondheid en zeker de menstruatiecyclus. Dat heeft voor mezelf de interesse en naarmate ik de gesprekken voer met meerdere osteopaten met aandachtsgebied vrouwengezondheid denk ik alleen maar meer.

Ja, het is niet alleen Janneke met het huidige netwerk, het is een gynaecoloog, een psychiater en de cardioloog. Zij hebben, het gaat een beetje te ver om hierin te duiden, maar in de podcast "Wij zijn toch niet gek?" vindt je veel meer informatie en leggen zij heel mooi uit vanuit een medische kijk, maar heel erg informatief. Het is de moeite waard om daar wat podcasts van te luisteren. Zeker Barbara Havenith, zij is gynaecoloog, heeft een orthomoleculaire achtergrond, zij vertelt daar ook over PMS en PMDD. Zij heeft ook een hele andere ja, functionele visie van kijken naar de hypersensitiviteit van bijvoorbeeld je zintuigen die ontstaan als gevolg van oestrogeen, dat is echt super interessant.

Ik ga het eens opzoeken.

Ja, je komt dadelijk met veel meer werk uit het interview, hè?

Je bent de laatste die ik spreek van de vijf (osteopaten) we hebben ons literatuuronderzoek gedaan, we proberen langzaam naar een punt te werken. Maar het is meer dan duidelijk, voor in de conclusie aan de aanbeveling: er is gewoon zoveel meer als dat wij de tijd hebben en de ruimte en dat het ook überhaupt niet allemaal binnen onze scope valt, maar je kunt hier nog drie jaar over schrijven...dat ga ik niet doen, maar ik ga hier zeker naar luisteren, ook vanuit de interesse die ik er zelf in heb, dus leuk om leuk om te horen.

We waren bij de meetinstrumenten: daar vertelde je dat je de VAS score gebruikt, onder andere voor pijn, maar ook om mate van beperking/hinder in het dagelijks leven te meten met een ranking van een tot tien. Je gaf aan ook nog een paar hele specifieke voor niet PMS patiënten te gebruiken, en met PMS patiënten in het achterhoofd, onder andere over de tracking van de cyclus.

De volgende vraag die we hebben staan is hoe je de effectiviteit van de behandeling bij patiënten met PMS meet?

Ja en die hebben deels beantwoord net: ik neem een uitgebreide anamnese af, ik heb er ruim de tijd voor om te praten met de dames om echt uit te diepen van: oké, wat is hier gaande, waar loop je tegenaan? En die specifieke dingen die noteer ik, dan maak ik een soort van lijstje, van dit zijn de dingen waar we verbetering in hopen te krijgen. Ik werk overigens ook met een intakeformulier, net als die waarschijnlijk het IMC (Integraal Medisch Centrum) ook gebruikt of iets vergelijkbaars, daarin

11:10 Ja en die hebbe..

- ☐ dossier
- ☐ meten effecten behandeli...
- ☐ meten effecten behandeli...
- ☐ meten effecten behandeli...

zie ik heel veel. En uit die uitgebreide anamnese waar ik dus lijst een van die klachten maak, met daar waar nodig de VAS score. Na een aantal behandelingen check ik: hoe staat het ervoor? Vaak komen mensen er zelf mee: ik heb minder last gehad, maar niet iedereen heeft dat heel erg op het vizier, dan ga ik specifiek de dingen benoemen die voorbij zijn gekomen en vraag ik:; hoeveel last heb je er nu van, van één tot tien hè en daarbij ook het klachten dagboek of de cycle tracking die we daarin kunnen gebruiken.

Vraag je ze om na een aantal maanden weer opnieuw het cyclusedagboek bij te houden, of vraag je uit: toen gaf je dit aan, hoe is het nu?

Sommige mensen vinden het heel fijn en die blijven dat dagboek gebruiken, sommige mensen doen dat eenmalig en dan nog een keertje als ik het vraag, of het tijd is om het eventjes na te gaan: hoe staat het ervoor? Oh ja...iedereen is gewoon verschillend daarin, hoe ze daarmee omgaan. Ik benoem het, en als ze het niet zo goed weten, want soms zeggen mensen: oh ja, het is echt zoveel verbeterd en ik slaap beter én ik heb eigenlijk bijna geen stemmingswisselingen gehad, of noem het maar op. En soms zeggen mensen van: nou het komt wel minder vaak voor, of ik voel geen verandering. Dan pak ik mijn lijstje en zeg ik: hoe is het daarmee? Ja, dat is eigenlijk allemaal veel beter. Dan is de focus geshift naar iets anders waar ze graag verandering in willen zien bijvoorbeeld, dat kan ook gebeuren. Dus ik werk vooral met het noteren van al die klachten en dat evalueren met ze.

Ja helder, dankjewel. Ben je bekend met meetinstrumenten voor de kwaliteit van leven zoals de QoL?

Ja, in de zin van: ik heb ervan gehoord, ik heb het natuurlijk opgezocht toen ik het zag staan en toen dacht ik, oh ja, er rinkelde een belletje. Maar ik gebruik het niet, ik ben niet bekend met het gebruik.

Helemaal Helder. Dezelfde vraag is voor de voor de PREMs, ben je daar bekend mee?

Ja ook daar: ik weet ervan, maar ik gebruik het niet, en ook de PROMS.

Helemaal goed, dankjewel. Welke toevoeging op aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie in combinatie met meetinstrumenten?

Eigenlijk waar ik ook een beetje mee begon. Hoewel het dus heel zinvol kan zijn, hoop ik dat het niet ons uit onze visie en holistische kijk trekt, doordat we daarop gefocust raken. Ik snap, we willen met osteopathie die onderbouwing en die wetenschappelijkheid.

De vraag die ik me stel: is deze manier van evalueren, dit meten voor ons de meest geschikte manier om dat te doen? Sommige dingen wel, zeker als ik een whiplash cliënt heb, zo met de verzekeringsmaatschappijen en dingen die daarbij komen kijken, dan wil ook ik een meetinstrument toevoegen, zodat we gewoon wat meer body hebben bij onze evaluatie.

It's a fine line voor mij tussen proberen aan te sluiten bij regulier, versus: is dit de manier zoals we osteopathisch willen kijken? Ik zeg niet ja, niet nee, ik zeg gewoon: we moeten kritisch blijven en kijken of er alternatieven zijn die mogelijk beter passen. Maar zoals al zei, ik gebruik ze ook meetinstrumenten, en ik evalueer ook. Ja, ik val in herhaling.

Dat is ook het risico, we hebben bewust een redelijk gesloten vragenlijst of heel beperkte vragen daarin opgenomen, want je merkt simpelweg pratende kunnen we de hele wereld bespreken en het is allemaal ontzettend interessant. Het is ook niet gek dat er wat overlap in de antwoorden zit, want het komt vanuit de mening, vanuit een visie, vanuit de manier ook waarop jij zegt: zo wil ik mijn praktijk inrichten, zo wil ik mijn werk uitvoeren. Dat herken ik ook van de andere interviews, dus ik kijk er niet van op, laat ik het zo zeggen.

Ik ben toch geïnteresseerd wat de anderen gezegd hebben daar.

11:10

11:1...

QoL bekend: ja

QoL gebruik: nee

11:1...

aanbeveling osteopathie e...

aanbeveling osteopathie e...

11:1...

aanbeveling osteopathie e...

11:1...

PREM bekend: ja

PREM gebruik: nee

PROM bekend: ja

PROM gebruik: nee

Wisselend als in: Ik begrijp het nut of ik zie wat het kan opleveren. Ik vind wel dat we ervoor moeten waken hoe we het in onze praktijk gebruiken.

Ik probeer echt op een hele minder wetenschappelijke, minder klinische manier mijn patiënten te benaderen, met nog steeds evenveel zorg en aandacht voor het welzijn en voor de verbetering. Dus ik weet niet of een formulier daarbij helpt.

Er is ook gezegd: dat helpt juist om de taal van de reguliere gezondheidszorg te kunnen spreken om elkaar wel te kunnen vinden, ook in een stukje samenwerking. Maar we moeten absoluut oog houden voor wie wij zijn en hoe wij werken en hoe wij hiernaar kijken.

En wat er bijvoorbeeld ook wordt gezegd: het lichaam zelf is eigenlijk al het meetinstrument, is er meer beweeglijkheid op basis van mobiliteit, hoe voelt de fascie, hoe voelt de patiënt zichzelf, wat vertelt zij.

En dat er bijvoorbeeld ook wel eens een eigen vragenlijst is, waar bijvoorbeeld de VAS score in zit of wat vragen vanuit de PROM

Dat zijn een beetje de reacties zo grofweg.

Ja, mooi te vergelijken, ik vind het wel heel mooi wat je zegt over inderdaad het weefsel, de cliënt, dat is de grootste evaluatie, verandering daar, en hoe vertaalt dat zich naar klachten? Ja, dat is natuurlijk ook een heel mooi stuk om te kijken hoe vertaalt het zich naar klachten.

Ja, als een weefsel beter voelt, voelt de patiënt zich dan ook automatisch beter of andersom? Ja, waanzinnig interessante onderwerp, dat is voor een volgende thesis...er dan ook nog genoeg te ontdekken, dat is alleen maar mooi.

Wij hebben in de tussentijd nog twee extra vragen opgesteld. Ik heb ze wel meegestuurd, al pratende heen dachten we: dit willen we eigenlijk ook gewoon heel graag vragen.

Welke toevoeging of aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie in combinatie met PMS?

Ja, ik heb over nagedacht hoe vlieg ik überhaupt die vraag aan, wat interpreteer ik nou als belangrijk om mee te geven en waar ik eigenlijk op uit kom is: we hebben heel veel zaken die van invloed zijn op op PMS, van hormoonhuishouding tot stress, wat ook weer invloed heeft op die hormoonhuishouding, tot microbioom, tot... Er zijn heel veel dingen die van invloed zijn, het is multifactorieel. Er is nog geen eenduidige: Oké, dit is het. Vanuit een meer functioneel en holistisch kijken hebben we heel veel ideeën daarover die ik heel erg goed vind, sensitiviteit. De reguliere gezondheidszorg praat wat meer over bijvoorbeeld de genetische aanleg, zeker bij PMD. Maar ook de sensitiviteit van bepaalde receptoren in relatie tot hormonen. Waar ik een beetje meer in zit is, is om te kijken naar oestrogeen dominantie, of verhoudingen van de hormonen, de invloed van stress op het immuunsysteem, ook inflammatie, de invloed van voeding, de invloed van stress op een tonus van een baarmoeder.

Dat is een beetje de hoek vanuit waar ik vertrek en dat in het achterhoofd hebbende zou ik willen meegeven in osteopathie met PMS dat je probeert te kijken binnen dat multifactoriële ontstaan: oké, waar heb ik mee te maken, heb ik te maken op het mechanisch vlak, heb ik congestie helder, waardoor ik ook moet kijken naar drainage. Ook peritoneale drainage, moet ik kijken naar een linker nier, want de afvoer van de ovaria die loopt direct naar de nier links, de mobiliteit van de nier is heel erg belangrijk, want als je daar bijvoorbeeld teveel spanning op de psoas hebt, of een nier die wat gezakt is kan het invloed hebben op dat renale systeem. Maar ook bijvoorbeeld hepar, als de lever niet lekker functioneert, zit je ook weer met de drainage van de andere zijde en zit je met die functies van de lever, met aanmaak van hormonen, afbraak van hormonen. Hoe is het met diafragma voor het hele hemodynamische systeem, hoe is het met die dunne darm, is daar inflammatie als gevolg van voedingsgerelateerde problematiek. Is er littekenweefsel wat daar problemen kan veroorzaken? Mechanisch gezien en circulatoir hebben we het dan over gehad. Immuunsysteem, maar ook op het moment dat er een dysfunctie is ter hoogte van de baarmoeder, kan het zenuwstelsel geïrriteerd raken, daar loopt de plexus hypogastricus. Het loopt allemaal zo in elkaar over, dat hele functioneren en hoe je optimaal kunt functioneren als mens.

11:1...

meten effecten behandel...

Ik zou zeggen, probeer een beetje inzicht te krijgen in: is het meer iets mechanisch, is het meer iets venolymfatisch, is het meer op het immuunsysteem, is het meer het zenuwstelsel? Vaak is het een combinatie, maar om een beetje inzicht te krijgen in wat speelt er? Als iemand echt mega gestresst is, de cortisol, prostaglandine met immuunsysteem, die cortisol kan gaan zitten op die progesteronreceptoren.

Probeer een beetje te ontrafelen waar er de meeste ruimte mag ontstaan.

Ja, dan weet ik niet of dat, dit behulpzaam was, of juist....

Het geeft in ieder geval aan hoe breed het vak is en naar hoeveel verschillende opties/oorzaken we kunnen kijken. We kijken bijvoorbeeld niet zoals een huisarts of een endocrinoloog, die kijkt naar het bloed en van daaruit moet een oorzaak gevonden zijn.

Ik denk dat jij juist heel mooi zegt: het multifactoriële, het kan al door zoveel dingen komen. Er hebben zoveel dingen invloed op. Zoom uit, begin echt helemaal vanuit het verhaal, vanuit je uitgebreide vragenlijst, je uitgebreide anamnese en kijk dan: welke dingen springen eruit en waar, waar kan ik dan op werken of waar kan ik advies meegeven. Ik denk dat je dat bedoelt?

Precies.

Het antwoord is nog niet korter aan het worden.

Nee, dat is waar. Maar ook vrij nieuw is ook die oestrogeen recycling, er wordt gewoon nog niet zo naar gekeken op het moment dat die darmen niet goed functioneren, dan krijg je dus een heropname, dat oestrogeen gaat nog een keer gerecycled worden, hè? Dan blijf je in een disbalans zitten, heb je teveel oestrogeen, heb je te weinig progesteron, is het gewoon sowieso de verhouding, daarvoor moet het hele systeem goed werken. Probeer een beetje feeling te krijgen: waar moeten we insteken, daar hebben klanten ook zelf een verantwoordelijkheid in, in hun leefstijl.

Mag ik hem samenvatten als: het hele systeem telt? Goed bekijken waar wij de behandeling in steken en je neemt ook zeker mee: inzicht geven in de cyclus voor de patiënt zelf en leefstijl.

Ja absoluut. Absoluut ja.

Hebben we er al bijna één zinnetje van gekregen, toch knap?

Hele systeem, maar ook volgens de 5 modellen proberen inzicht te krijgen in wat er speelt, want dan maken we het cirkeltje een beetje rond met hoe je volgens die modellen moet gaan kijken.

Ja, we hebben het in ieder geval ook beschreven volgens de 5 modellen: anatomie, circulatie, alles.

Dan blijkt inderdaad dat wat jij ook zo duidelijk zegt, alles in elkaar hangt.

Maar dat is gewoon zo, en als je kijkt, de weg van stress is natuurlijk niet alleen maar een zenuwstelsel, dat is ook een hormoon-as en de immuniteit en alles wordt daar al eigenlijk mee aangeraakt.

Helder. Zullen we dit als antwoord op die vraag houden? Welke toevoeging of aanbevelingen heb je met betrekking tot osteopathie in combinatie met PMS? Bekijk het hele systeem gebruik, de 5 modellen. Waar kunnen we beginnen en het meest bereiken met de behandeling en geeft dan inzicht mee in de cyclus en leefstijladviezen.

Ja, dat is goed, hij brengt een beetje in de zin van: het is een heel algemeen antwoord, maar als we specifieker worden, dan wordt het super uitgebreid. Dat begrijp ik maar.

Ja, je bent niet de eerste die in deze hoek zit qua reactie. Ook omdat je eigenlijk elke keer, dat geven de anderen in ieder geval ook aan in de interviews, je gaat eigenlijk elke keer weer helemaal terug naar het begin. Prima, dat iemand die klachten heeft, die dingen vertelt, maar je gaat ook zelf je onderzoek doen, je gaat ook de andere tractussen na.

Het voelt alsof we alsof we de ingewikkeldheid een beetje te kort doen daarmee.

11:1...

aanbeveling osteopathie e...

aanbeveling osteopathie e...

Ik zie het dan juist andersom, je geeft eigenlijk juist aan: het is zo multifactorieel, het kan door zoveel dingen komen, laten we ze allemaal bekijken/meenemen/onderzoeken in het hele verhaal en van daaruit werken. Als jij het zo vertelt, dan haal ik dit eruit dat het niet zo eenduidig is.

Het is niet onjuist, het voelt alleen alsof specifieker zijn, het meer recht zou doen. Dat is het eigenlijk. Maar ik begrijp ook dat het dan een beetje te ingezoomd wordt. Laat hem maar staan, dus oké?

Ik moet wel zeggen, dat juist hoe meer ik jou en de andere dames heb gesproken, hoe meer ik denk: wat is het interessant en wat is het inderdaad complex en wat is het belangrijk dat er steeds meer aandacht voor komt?. Dus daarmee zit ik zeker op dezelfde bladzijde, dan is deze thesis is ook echt nog maar een druppeltje op de hele vrouwgezondheid/ hormonale gezondheid plaat. Dat realiseer ik me, nou ja nog niet eens een druppeltje is veel te hoog ingezet. Ik ben me er meer bewust van geworden, hier wil ik in verder. Dus nou ja, als dit dan nog een mogelijke vakidoot oplevert.

Ja, zeker nu ook, dan wil ik nog wel een toevoeging doen, want die hebben we een beetje onderbelicht gelaten. Ik denk dat de omstandigheden waarin, of eigenlijk de overvraagtheid van vrouwen vandaag de dag, meer de context van de vrouw. Niet alleen maar wat er gebeurt in de vrouwen als gevolg van allerlei zaken, maar ook de context een rol speelt en je daar bewust van zijn. Je hebt een carrière, je bent moeder, je moet ook nog sporten en sociaal leven en een dit en dat, al die ballen die je hoog te houden hebt, de verwachtingen die je van jezelf hebt en de overtuigingen misschien waarin je bent opgegroeid. Over jezelf en over hoe het zou moeten zijn. Laat staan überhaupt de positie van de vrouwen in de wereld. Dat is ook niet overal hetzelfde, dat kan ook van invloed zijn, trauma in je verleden. Het is ook de context, die moeten we daar niet in vergeten. Die vind ik nog heel belangrijk om te zeggen.

We hebben het erover dat cliënten zelf verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun gezondheid.

Jazeker, daar sta ik voor: we moeten ze goed informeren. Maar het moet ook mogelijk zijn, afhankelijk van hoe goed je functioneert met datgene wat er aan de hand is. Die ondersteuning bieden zodat je beter kunt functioneren en je ook daar veranderingen in kunt maken, en betere beslissingen voor jezelf kunt maken. Dus het is veel breder, we hebben nu een beetje ingezoomd op fysiologie eigenlijk. Maar terug naar de context van de vrouw. Tegen iemand zeggen: je moet stoppen met roken is natuurlijk een heel goed advies, maar dat is niet altijd mogelijk, met de situatie of de context, alles wat er speelt, dat je brein je niet de ruimte kan geven, je lijf je niet de ruimte kan geven om dat te doen.

Ik vind dan ook dat we het in een breed context moeten plaatsen met leefstijl, en bewust zijn dat de veranderingen niet altijd zo gemakkelijk zijn te maken. Dat we ze daar ook in kunnen ondersteunen, door informatie, educatie, maar ook door het lichaam te ondersteunen, door de hele mens te ondersteunen. Die heb ik nog even gemist, die wilde ik nog wel toevoegen, die brede context. Dus niet alleen maar de inwendige wereld, maar ook de uitwendige wereld en hoe je je daartoe verhoudt.

Ik vind het juist mooi dat je dit zegt. We zaten net heel erg: goh, hoe complex is het allemaal wel niet IN het lichaam, waar moeten we allemaal rekening mee houden? En nu vertel je: hou ook rekening met alles wat er nog BUITEN het lichaam is, ook juist al die factoren die er zijn. Daar moet je ook oog voor hebben en waar mogelijk ondersteuning bieden of helpen. Ik vind het eigenlijk heel mooi dat we eerst heel erg zaten op alles in de patiënt en nu eigenlijk de hele wereld daaromheen.

Ja, fijn dat we die nog hebben kunnen toevoegen.

Mooi. Ja dankjewel voor je toevoeging. Dat hadden wij nog een laatste vraag: welke diagnoses vergelijkbaar met PMS zie je in de praktijk?

Nou, waar ik een beetje over struikelde met deze vraag is, dat je diagnoses zegt, want het is niet altijd zo dat iemand met een diagnose komt in de praktijk. Misschien eerder een setje symptomen of iets waar ze tegenaan lopen, het is niet per se dat iemand met een diagnose binnenkomt. Dus ik zal hem willen beantwoorden als: Welke differentiaal diagnose hou je rekening mee? Is het oké zijn, als ik hem zo pak?

Zeker ja.

Ik denk zeker met PMS moet je rekening houden met bijvoorbeeld schildklieraandoeningen, maar ook premenstruele exacerbaties. Waar we een beetje over hadden met ADHD/ADD, wat kan verergeren op het moment dat de hormoonlevels zakken, specifiek oestrogeen wordt dan genoemd. Het kan zijn dat iemand andere chronische klachten heeft die dus door een daling in die hormonen aan het licht komen. Je kunt ook bijvoorbeeld zien dat dat darmklachten verergeren, het immuunsysteem is wat minder goed werkzaam, dat is niet juist want dat hoort zo te zijn in die fase, maar daarmee kunnen dus ook andere dingen naar de voorgrond komen die gezien kunnen worden als PMS, terwijl het aandoeningen zijn die er gewoon al liggen. Bijvoorbeeld ADD waar we over spraken, maar ook een forse depressie of iron deficiency depression. Dat vrouwen gewoon überhaupt overvraagd worden, stress, trauma. Op het moment dat je niet die hormonale buffer.. is misschien niet het juiste woord, maar in ieder geval niet die extra ondersteuning hebt. Als je te weinig progesteron hebt, bijvoorbeeld. Dat is natuurlijk een relaxing, zo'n heerlijke tegenhanger van de stress zal ik maar zeggen, als je dat wat minder hebt, dan kunnen er echt andere zaken op de voorgrond komen. Prematuur ovariaal falen, mensen die vroegtijdig in de overgang komen, dat is natuurlijk iets anders dan een normaal verloop naar een overgang. Daar moet je ook op bedacht zijn van: hebben we te maken met iets wat enigszins fysiologisch is of gaat het voorbij aan wat we als normaal mogen verwachten in deze fase? Is daar ondersteuning bij nodig?

Burnout overspannenheid, ik ben me ook bewust dat je een beetje zo een kip-en-ei-verhaal ook kan krijgen: hoe beter je hormonaal zit, hoe gemakkelijker je bepaalde zaken het hoofd kan bieden en andersom.

Dat vind ik dus heel erg mooi wat Maisie Hill vertelt. Zij heeft verschillende boeken geschreven, cyclusstrategie en de hormoonrevolutie zijn de twee bekende boeken van haar, ze heeft ook over perimenopauze een boek geschreven. Maar zij vertelt eigenlijk dat de daling in hormonen eigenlijk kunnen blootleggen wat er al speelt. Dus de dingen waar je tegenaan loopt in je leven, dan hoeft het niet per sé een onderliggende aandoening of ziekte te zijn, maar dingen waar je in je leven mee worstelt met eigenwaarde, je bestaansrecht? Dan hebben we het over dat soort zaken, op het moment dat die hormonen wat dalen, dan komt dat wat meer aan het licht: hoe verhoud ik mij tot de wereld, hoe/wat wil ik daarmee? Snap je dan een beetje wat ik bedoel? Nu vul ik het een beetje in met bepaalde teksten, maar de essentie is dat bij die exacerbatie onder invloed van hormoonschommelingen, met een aantal hele duidelijke voorbeelden erbij dat het niet per se aandoeningen zijn, maar gewoon dingen waar je tegenaan loopt. Als jij je je stoort aan het feit dat je geen nee kunt zeggen, laten we dat als voorbeeld nemen: als je hormonaal wat ruimer zit, dan is dat dan is dat niet zo'n ding, maar op het moment dat je dat buffertje als het ware niet hebt, komt het meer op de voorgrond. En dat is natuurlijk niet de stoornis, maar dat is een: hé wacht eens, hier mag ik mee aan de slag.

Ja, ik vind het mooi dat je het zegt. Ik typ wat kort en kernachtig mee en heb nu opgeschreven: daling hormonen kan blootleggen wat er speelt, kan zonder onderliggend lijden/aandoeningen zijn, bijvoorbeeld overtuigingen.

Het is een beetje: hoe vlieg je dingen aan met de diagnoses of coping strategieën. In de psychiatrie heb je natuurlijk echt met diagnoses en hokjes wat meer te maken, dan als je met een coach bezig bent over hè, coping strategieën of iets dergelijks. Daar is een hele glijdende schaal in, het is niet een aandoening of nu wijk ik weer een beetje af, maar dat is een van mijn andere interesses. Ja, ik weet niet of ik hem helder heb kunnen maken voor je?

Ja zeker wel, ik hoor je passie en je betrokkenheid voor het vak en voor de vrouwengezondheid hierin terug, dat vind ik alleen maar waanzinnig inspirerend.

Maar dat is dat sowieso vind ik in de gezondheidszorg. Hoe wil je als persoon, als patiënt, cliënt: hoe sta je zelf in dingen, hoe wil je ergens naar kijken. Met welke bril kijk jij naar gezondheid en hoe je het wil aanvielen? En dat geldt ook voor je als therapeut, denk ik dat je bewust moet zijn van de verschillende brillen die verschillende specialisten of verschillende takken binnen de gezondheidszorg, op een bepaalde manier met een bepaalde bril ergens naar kijken.

En dat is niet per sé DE manier om daarnaar te kijken, dat is ÉÉN manier. Hoe verhoudt jij je als cliënt daarmee, wat wil je daar wel of niet mee? Dat is een beetje wat ik bedoel, welke aanvieligroute, en je kunt in je herstel kiezen voor osteopathie, acupunctuur, homeopathie, er zijn niet voor niets zoveel mogelijkheden om iemand te ondersteunen. Je moet kiezen wat bij jou past en ook daar bij waar je in je heling, je ontwikkeling, je gezondheid staat. Daarmee maak ik hem iets vollediger, want het voelde een beetje zwart-wit in plaats van een mooi, een mooi spectrum.

Ik ben onder de indruk ervan, welke woorden je allemaal wilt geven, er bruist volgens mij zoveel bij jou van binnen. Heel interessant om jouw visie, jouw verhaal te horen. Ik heb er al vier (osteopaten) gesproken, waarschijnlijk is het een beetje van hetzelfde. Het is ook een deel van hetzelfde en ook weer heel anders, dat is zo interessant. Ik ben blij dat we elkaar alsnog hebben kunnen spreken.

Fijn om te horen, ik ben blij dat het een bijdrage heeft kunnen leveren.

Dankjewel, ik ga wel de opnames stoppen.

11:1...

◇ differentiaal diagnoses: an...

◇ differentiaal diagnoses: sc...

11:1...

◇ differentiaal diagnoses: str...

11:1...

◇ differentiaal diagnoses: sc...

Bijlage 27. Codeboek interviews

Code	Code Groep
aanbeveling osteopathie en meetinstrumenten	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en meetinstrumenten: cyclusdagboek	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en meetinstrumenten: kritisch blijven	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en meetinstrumenten: maak beter toepasbaar binnen setting osteopathie praktijk	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en meetinstrumenten: naast elkaar bestaan , regulier en osteopathie	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en meetinstrumenten: worden niet gemist	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en meetinstrumenten: zelfde taal kunnen spreken, regulier en osteopathie	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en meetinstrumenten: zinvol	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en PMS	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en PMS: aandacht voor alle systemen binnen en buiten patient	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en PMS: behandeling werkt door in gehele systeem	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en PMS: breed kijken	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en PMS: fysiologie	aanbevelingen
aanbeveling osteopathie en PMS: mesologie	aanbevelingen
beroepsvereniging	aanbevelingen
meegeven aan thesis	aanbevelingen
meegeven aan thesis: breed kijken	aanbevelingen
meegeven aan thesis: leefstijl	aanbevelingen
meegeven aan thesis: menstruatie kan zonder klachten zijn	aanbevelingen
meegeven aan thesis: mesologie	aanbevelingen

meegeven aan thesis: samenwerken andere disciplines	aanbevelingen
samenwerken met andere disciplines	aanbevelingen
gebruik meetinstrument in praktijk	meetinstrument
gebruik meetinstrument in praktijk: ja	meetinstrument
gebruik meetinstrument in praktijk: nee	meetinstrument
gebruik meetinstrumenten, niet voor PMS	meetinstrument
mening meetinstrument	meetinstrument
mening meetinstrument: blijft ondersteunend, ipv hoofdtool	meetinstrument
mening meetinstrument: helpt bij communicatie met andere disciplines	meetinstrument
mening meetinstrument: helpt bij wetenschappelijk onderzoek	meetinstrument
mening meetinstrument: kan een meerwaarde zijn	meetinstrument
mening meetinstrument: kijk per patiënt wat nodig is	meetinstrument
mening meetinstrument: risico op versmalling	meetinstrument
PREM bekend	meetinstrument
PREM bekend: ja	meetinstrument
PREM bekend: nee	meetinstrument
PREM gebruik	meetinstrument
PREM gebruik: ja	meetinstrument
PREM gebruik: misschien in toekomst	meetinstrument
PREM gebruik: nee	meetinstrument
PREM mening	meetinstrument

PROM bekend	meetinstrument
PROM bekend: ja	meetinstrument
PROM bekend: nee	meetinstrument
PROM gebruik	meetinstrument
PROM gebruik: ja	meetinstrument
PROM gebruik: nee	meetinstrument
PROM mening	meetinstrument
QoL bekend	meetinstrument
QoL bekend: ja	meetinstrument
QoL bekend: nee	meetinstrument
QoL gebruik	meetinstrument
QoL gebruik: ja	meetinstrument
QoL gebruik: nee	meetinstrument
QoL gebruik: onderdeel van eigen vragenlijst	meetinstrument
VAS score	meetinstrument
VAS score: ja	meetinstrument
VAS score: nee	meetinstrument
diagnose PMS	PMS in praktijk
frequentie	PMS in praktijk
frequentie: anders	PMS in praktijk

frequentie: dagelijks	PMS in praktijk
frequentie: maandelijks	PMS in praktijk
frequentie: wekelijks	PMS in praktijk
patienten in praktijk	PMS in praktijk
patienten in praktijk: ja	PMS in praktijk
patienten in praktijk: nee	PMS in praktijk
differentiaal diagnoses	symptomen
differentiaal diagnoses: ander onderliggend lijden reageert op hormonale schommeling	symptomen
differentiaal diagnoses: bijnier	symptomen
differentiaal diagnoses: endometriose	symptomen
differentiaal diagnoses: gaat niet om het letsel, gaat om wat je tegenkomt en hoe het lichaam daar op reageert	symptomen
differentiaal diagnoses: hypertonie bekken tgv trauma	symptomen
differentiaal diagnoses: klachten na curettage	symptomen
differentiaal diagnoses: laat klachten en symptomen los	symptomen
differentiaal diagnoses: PCOS	symptomen
differentiaal diagnoses: PDS	symptomen
differentiaal diagnoses: PMDD	symptomen
differentiaal diagnoses: schildklier	symptomen
differentiaal diagnoses: schommeling hormonen leggen andere zaken bloot	symptomen
differentiaal diagnoses: stress	symptomen
differentiaal diagnoses: verteringsproblematiek	symptomen
differentiaal diagnoses: voedingsintolerantie	symptomen
klachten	symptomen
klachten: acne	symptomen
klachten: agressie	symptomen
klachten: bloeden: veel, lang	symptomen
klachten: concentratie	symptomen
klachten: cravings	symptomen
klachten: desinteresse	symptomen

klachten: down	symptomen
klachten: gespannen borsten	symptomen
klachten: hoofdpijn	symptomen
klachten: labiel	symptomen
klachten: lage rugspieren	symptomen
klachten: migraine	symptomen
klachten: misselijk	symptomen
klachten: obstipatie	symptomen
klachten: onregelmatigheid	symptomen
klachten: opgeblazen gevoel	symptomen
klachten: opvliendheid	symptomen
klachten: pijn	symptomen
klachten: prikkelbaarheid	symptomen
klachten: stemmingswisselingen	symptomen
klachten: vermoeidheid	symptomen
klachten: vocht vasthouden	symptomen
bloedonderzoek	tools
cyclus	tools
cyclusdagboek	tools
dossier	tools
meten effecten behandeling	tools
meten effecten behandeling: cyclusdagboek	tools
meten effecten behandeling: kwaliteit weefsel	tools
meten effecten behandeling: mobiliteit	tools
meten effecten behandeling: verhaal patiënt	tools
meten effecten behandeling: vragenlijst	tools

Bijlage 28. Toestemmingsformulier interview

Informatie en toestemming interview

Onderzoek naar meetinstrumenten die geschikt zijn voor de evaluatie van de effecten bij osteopathische behandelingen.

Inleiding

Wij volgen de deeltijdopleiding Osteopathie in Amsterdam, College Sutherland.

Er zijn een aantal grootschalige onderzoeken binnen het College opgezet, als onderwerp voor onze thesis richten wij ons op bruikbare meetinstrumenten voor de effecten van osteopathische behandelingen bij patiënten met PMS. In overleg met onze begeleiders Kim Kraaij-Klumpes en Britt Peters-Aaldering, zijn er osteopaten met expertise op het gebied van vrouwengezondheid benaderd voor een interview om hun mening en ervaring over dit onderwerp mee te nemen in ons onderzoek.

1. Algemene informatie

Dit onderzoek wordt gedaan door 2 studenten van de deeltijd opleiding Osteopathie in Amsterdam, College Sutherland.

2. Doel

In dit onderzoek wordt middels een interview gevraagd naar jouw mening en ervaring met betrekking tot het gebruik van meetinstrumenten bij behandeling van vrouwen met PMS.

3. Achtergrond van kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek is onderzoek waarbij wordt gekeken naar de ervaringen en achterliggende overtuigingen van mensen. Onderzoeksmethoden bestaan bijvoorbeeld uit het houden, verwerken en analyseren van interviews, observaties of brieven. Bij kwalitatief onderzoek worden teksten van een interview, observatie of een brief gebruikt om de ervaringen te achterhalen. In deze thesis wordt naast literatuurstudie gebruikgemaakt van interviews.

4. Wat meedoen inhoudt

De student stemt met u een moment af om digitaal het interview af te nemen. Het interview zal tussen de 30 en 60 minuten duren en de audio wordt opgenomen. De gesproken taal op de band zal later worden uitgetypt en geanalyseerd. In de analyse zullen uw uitspraken en meningen worden verzameld.

5. Toestemming

Voor aanvang van het interview geeft u door het invullen van dit document toestemming voor het afnemen van het interview en het gebruik van de teksten voor onderwijsdoeleinden.-

6. Heeft u vragen?

Bij vragen kunt u contact opnemen met Martine Bosman (email en telefoonnummer) en Shalina van Keulen (email en telefoonnummer).

Toestemming Interview

U hebt zich bereid verklaard om mee te werken aan een interview over de inzet van meetinstrumenten om de effectiviteit van osteopathische behandelingen bij vrouwen met PMS. Ik heb de informatie gelezen en geef toestemming voor het interview. Ik weet dat de audio van dit interview wordt opgenomen en bewaard totdat het onderzoek is afgerond.

Plaats: _____

Datum: _____

Naam: _____

Contactgegevens email of telefoonnummer:

Handtekening:

Bijlage 29. Handtekeningblad promotor

Welke meetinstrumenten zijn geschikt voor de evaluatie van het onderzoek naar de effectiviteit van osteopatische behandelingen bij patiënten met PMS?



Auteurs: Bosman, Martine en Keulen, Shalina van

Promotor / begeleider: Britt Peters- Aaldering

Welke meetinstrumenten zijn geschikt voor de evaluatie van het onderzoek naar de effectiviteit van osteopatische behandelingen bij patiënten met PMS?

Afstudeeropdracht voorgedragen met het oog op het afstuderen aan het Nederlands Academisch College voor Osteopathie en Mesologie (NACOM)

Ondergetekende is als promotor / begeleider van bovengenoemde auteur op de hoogte van de opzet, structuur en inhoud van de case/thesis, die ter beoordeling aan het NACOM wordt aangeboden ter afsluiting van de opleiding Osteopathie en het behalen van de titel D.O.

Ondertekend:

Naam promotor / begeleider: Britt Peters- Aaldering D.O.

Handtekening: _____