

# in dit *Verband*



Richtlijnen klompvoet

Herregistratie

Gebroken met een traditie

Pijnregistratie

# 3

september 2013  
Nummer 3  
Jaargang 23

*De rol van het verleden in de toekomst*



verenigde  
gipsverbandmeesters  
nederland

# Inhoudsopgave

Van de redactie

*Miranda Philips*

5

De Herregistratie van Gipsverbandmeester VGN

*Annet van Warners*

6

Kwaliteitsindicatoren voor de patiënt met een diabetische voet

*Ingrid Hulst*

7 ▶



Verenigingsnieuws

Van de voorzitter

11

In Memoriam  
Theo Wiellersen

11 ▶



Nieuwe richtlijn voor behandeling klompvoetjes

Klompvoetjesdebat 2013

12 ▶



De opinie en vraag van...

*Barbara Roberti*

14

Gipsverbandmeester  
Willie van der Sanden gipst  
beroemde benen

15 ▶



Gebroken met een traditie

*Miranda Philips*

16 ▶



Wat is gedaan? & Wat zou u doen?

*Douwe Haandrikman*

18

# Van de redactie

Op het moment dat ik dit schrijf, is Nederland overweldigd door een zinderende zomerhitte. Zo prachtig als onze voorzitter de zomer aankondigt in zijn bijdrage, zo graag wil ik de warmte afwisselen met een verkoelende regenbui. Het is ook nooit eens goed, dan weer te warm, dan weer te veel regen. Altijd iets bijzonders en nooit eens gewoon! Net als het weer heeft de redactie ook zulke periodes. De ene keer kun je met veel moeite je vingers krijgen achter een artikel, de andere keer heb je zomaar veel copij. Ik wil iedereen namens de redactie, die voor deze uitgave zijn/haar bijdrage heeft geleverd, hartelijk bedanken voor hun moeite en inzet. Geweldig! Hierbij wil ik ook onze twee nieuwe redactieleden van harte welkom heten. Barbara Roberti en Martin Leenders hebben hun intrede gedaan in de redactie-commissie, zodat we niet meer op halve krachten hoeven te draaien. Wij zijn heel erg blij met de nieuwe leden, maar... Er is nog plek!

De afwisseling in de onderwerpen van deze uitgave vind ik zelf bijzonder verrassend. Uiteraard is er een nauw verband met de gipskamer, maar de leidraad is het verleden en de toekomst. Theo Wiellersen heeft aan de wieg gestaan van ons vak en dat heeft ons uiteindelijk gebracht waar we nu staan. Onlangs is hij overleden. Helmie Cornelissen schreef een In Memoriam, geïllustreerd met bijzondere foto's.

Willie van der Sanden heeft een belangrijke rol gespeeld in het leven van enkele beroemde voetballers. Ook dit is vastgelegd in veelzeggend beeldmateriaal.

Nieuwe uitvindingen ontstaan door ervaringen. Komt het toekomstige gips met behulp van een 3D-scanner om de gedislloceerde polsfractuur van de patiënt? Als het aan Jake Evill ligt wel! Uiteraard wordt dit supermoderne gips wel in de Verenigde Staten toegejuicht, maar daar hebben ze ook nog niet van de kritische gipsverbandmeesters gehoord.

Voor wat betreft pijnbestrijding op de gipskamer: Barbara Roberti geeft een optie over een manier om pijn bij patiënten te registreren. Wees zo vrij om hierop te reageren.

Wat zeker aansluit bij de toekomst en onmisbaar is om het vak uit te mogen oefenen is de herregistratie. Annet van Warners geeft duidelijk tekst en uitleg hierover.

Wat de redactie erg op prijs stelt is dat lezers reageren op wat wij publiceren. Dr. van der Meent schreef ons een (terechte) aanvulling op het artikel van Marijn van Dalen. Dit artikel ging over de spitsvoet en stond gepubliceerd in de vorige uitgave.

Wat deels in onze handen ligt is de toekomst van kindertjes met klompvoetjes. 17 juni was er een debat over de nieuwe richtlijnen bij de behandeling van klompvoetjes. Het doel is om de behandeling nog meer te optimaliseren,

## Wat is uw toekomstige rol in "In dit Verband"?

zodat in de toekomst die kinderen er zo weinig mogelijk last van ondervinden. Een verslag hiervan vind u in het blad.

In deze uitgave starten we met onze nieuwe rubriek "voor u gelezen". Hierin komen artikelen uit andere vakbladen, die een link hebben met de gipskamer. Als eerste is dit een artikel uit het WCS Nieuws. Hierin wordt beschreven dat in 2014 de ziekenhuizen verplicht worden gesteld aan te kunnen tonen hoeveel patiënten met een diabetische voetulcus jaarlijks worden behandeld, welke classificatie deze wonden hebben en zal het duidelijk moeten zijn hoe de multidisciplinaire voetzorg is georganiseerd en uitgevoerd. De auteur is Ingrid Hulst, zij is Nurse Practitioner Diabetische Voet in het Hagaziekenhuis te Den Haag.

Als afsluiter hebben we de vertrouwde rubriek: 'wat is gedaan, wat zou u doen?' vergeet niet om hier eens over na te denken, en te bespreken met uw leerling. Reacties zijn van harte welkom. Ik wens u, namens de redactie, veel leesplezier en werk ze (na uw welverdiende vakantie) op de gipskamer, waar de toekomst door uw handen wordt gevormd!

Namens de redactie,  
*Miranda Philips*

### Verschijningsstabel In dit Verband 2013/2014

#### *4e uitgave In dit Verband 2013*

Deadline aanleveren kopij: 1 nov 2013  
Deadline aanleveren advertenties: 18 nov 2013  
Verschijningsdatum: 6 dec 2013

#### *1e uitgave In dit Verband 2014*

Deadline aanleveren kopij: 31 jan 2014  
Deadline aanleveren advertenties: 17 feb 2014  
Verschijningsdatum: 7 mar 2014

# De Herregistratie van Gipsverbandmeester VGN

Annet van Warners

Het is bijna vijf jaar geleden dat het kwaliteitsregister van de gipsverbandmeesters in Nederland geopend is en daarom is het tijd om te her-registreren. In dit artikel wordt teruggeblikt op de afgelopen vijf jaar van registratie en accreditatie en op de komende herregistratie vooruit gekeken.

Op de ALV van 4 oktober 2008 is besloten een eigen VGN kwaliteitsregister te openen. Gipsverbandmeesters die lid zijn van de VGN kunnen zich registreren. Vanaf januari 2009 is het register geopend en inmiddels hebben meer dan 300 gipsverbandmeesters zich geregistreerd. Een kwaliteitsregister heeft een beperkte houdbaarheid. Na vijf jaar is de tijd gekomen om te her-registreren.

## Wat is er ondertussen in de afgelopen jaren gebeurd?

Iedereen die zich geregistreerd heeft, is de verplichting aangegaan om zijn/haar kwaliteit als gipsverbandmeester op peil te houden en te verhogen d.m.v. bij- en nascholingen, minimaal 16 uur per week als gipsverbandmeester te werken en op de hoogte te blijven van ontwikkelingen in de gipswereld. De registratiecommissie heeft de aanvragen voor registratie ontvangen en beoordeeld en daarop heeft de registerbewerker de gipsverbandmeesters in het "titelregister" opgenomen. De accreditatiecommissie heeft een groot aantal bij- en nascholingen geaccrediteerd. Dit wil zeggen dat ze vele scholingsprogramma's beoordeeld hebben en daar punten aan hebben toegekend. De deelnemers hebben daar certificaten - met accreditatiepunten- voor ontvangen. We hebben de nodige 'kinderziektes' gehad, vooral met betrekking tot het aanvragen van accreditatie. Het moet minimaal 6 weken van te voren en er moeten veel zaken ingevuld worden. De commissie heeft er veel werk van (gehad) om alle aanvragen goed te beoordelen. Na vijf jaar is daar bij de commissie en bij de leden wel structuur ingekomen. Een aantal zaken zijn bijgesteld, bijvoorbeeld het bezoeken van een buiten-

lands congres. Ook het bijhouden van de punten door de accreditatiecommissie bleek een onhaalbare zaak. Inmiddels is dit opgelost door het digitale portfolio. Al met al een tijd met behoorlijke aanloopmoeilijkheden.

## En voor je het weet zijn we vijf jaar verder...

De meeste leden hebben door de jaren heen hun accreditatiepunten goed kunnen halen. Misschien is het nog een beetje spitten naar behaalde punten, omdat velen het beheer van de punten bij de accreditatiecommissie gelaten hebben en niet zelf hebben bijgehouden. Deze punten zijn nog bekend bij de commissie en opvraagbaar. Er zullen een aantal van jullie zijn, die door ziekte, veranderde omstandigheden of andere zaken niet tot het aantal punten komen. Elke aanvraag tot herregistratie zullen we individueel bekijken, als blijkt dat niet aan bepaalde criteria voldaan is. Hierbij doe ik een oproep om in elk geval een aanvraag tot herregistratie in te dienen, eventueel met motivatie waarom je niet aan de getelde eisen hebt kunnen voldoen. Volgt er een afwijzing dan is er nog de mogelijkheid om het voor te leggen aan de commissie van beroep.

## Nog even op een rijtje

Wat heb je nodig om je te laten her registreren:

- Lid van de VGN met inschrijving in het titelregister op nummer. (het nummer is vermeld op je bewijs van titelregistratie)
- Werkervaring minimaal 16 uur per week als gipsverbandmeester, de afgelopen 5 jaar. Je mag er een jaar tussenuit geweest zijn, bijvoorbeeld voor een sabbatical.

- Werkgeversverklaring over je werkervaring, getekend door de werkgever en de aanvrager.
- 80 accreditatiepunten, verzameld over een periode van 5 jaar. De eerste her-inschrijving mag het tussen de 70 en 80 punten zijn.
- Lijst met bij- en nascholingsactiviteiten en bijgewoonde congressen, symposia, commissie- en bestuurswerk, met de bijbehorende punten.
- Zorg ervoor dat een maand voor je eerste inschrijving in het register de benodigde formulieren in het bezit zijn van de registratiecommissie. Het liefst ontvangen we alles digitaal.

De benodigde formulieren en handleiding zijn te downloaden via de site van de VGN. Is de aanvraag in orde dan wordt je inschrijving opnieuw 5 jaar geldig. Dan kun je ook opnieuw beginnen met 80 accreditatiepunten behalen, welke je het beste bijhoudt in het digitale zorgportfolio. Op deze manier hopen we het beroep van Gipsverbandmeester VGN geregistreerd en daardoor kwalitatief hoogstaand te houden. Ik ben er trots op dat een kleine beroepsgroep zich op deze manier profileert.

## Blijf je als gipsverbandmeester ontwikkelen, laat je her-registreren!

Annet van Warners.

Bestuurslid VGN Registratiecommissie.

Email: [registratiecommissie@vgned.nl](mailto:registratiecommissie@vgned.nl)

## Kwaliteitsindicatoren voor de patiënt met een diabetische voet

Ingrid Hulst

Per 1 januari 2013 is gestart met het controleren van de kwaliteit van de wondzorg door de Inspectie voor de GezondheidsZorg (IGZ). Samen met de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland heeft de IGZ besloten om dit jaar de multidisciplinaire samenwerking wondzorg binnen de ziekenhuizen te controleren. Het gaat om het ontwikkelen van wondexpertisecentra met als onderdeel de kwaliteitsindicator diabetische voetwonden. Landelijke registratie is in 2013 nog facultatief maar zal per 2014 verplicht worden gesteld. Registratie zal duidelijkheid geven over hoeveel patiënten met een diabetische voetulcus jaarlijks worden behandeld, welke classificatie deze wonden hebben en het zal duidelijk worden waar multidisciplinaire voetzorg wordt gegeven. In dit artikel zal alleen worden ingegaan op de kwaliteitsindicator diabetische voetwonden. Er zal worden uitgelegd wat kwaliteitsindicatoren zijn, hoe deze worden ontwikkeld en wat de kwaliteitsindicatoren voor de praktijk betekenen.

### Kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsindicatoren zijn bedoeld om een signaal over de kwaliteit van de zorg te geven en de zorg meetbaar en transparant te maken. Kwaliteitsindicatoren kunnen worden gebruikt voor diverse doeleinden, zoals het afleggen van externe- als interne verantwoording. Bij externe verantwoording kan gedacht worden aan het informeren van partijen zoals de overheid, de IGZ, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties<sup>8</sup>. Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsindicatoren gebruiken bij het inkopen van de zorg<sup>8</sup> en de patiënt krijgt door de kwaliteitsindicatoren de mogelijkheid een weloverwogen keuze te maken uit de verschillende zorgaanbieders. Bij interne doeleinden kunnen zorgverleners kijken of zij aan de gestelde criteria voldoen. Wanneer de gestelde criteria wordt gehaald dan zal het zaak zijn dit zorgproces te borgen en kan men met de resultaten profileren. Maar de uitkomst van de indicatoren kan ook een reden opleveren voor de IGZ om nader onderzoek in te stellen<sup>8</sup> en het zorgproces te laten verbeteren of zelfs te herontwerpen. De kwaliteitsindicatoren voor 2013 zijn na te lezen in het document 'Basisset Kwaliteitsindicatoren Ziekenhuizen 2013'<sup>8</sup>. Dit document wordt jaarlijks door de IGZ uitgebracht en hierin worden de oude en nieuwe indicatoren weergegeven. Onder hoofdstuk 3 Verpleegkundige Zorg worden de Verpleegkundige zorgindicatoren voor 2013 weergegeven. Verpleegkundige zorgindicatoren zijn ontstaan doordat de eisen aan het vak verpleegkunde in de afgelopen jaren sterk is toegenomen waardoor goed toezicht van groot belang is<sup>3</sup>.

### Classificeren

Ziekenhuizen zijn ook in 2013 verplicht resultaten van de kwaliteitsindicatoren openbaar te maken. Indicatoren worden jaarlijks door IGZ

na overleg met onder andere Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde) vastgesteld. De V&VN is al jaren betrokken bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de IGZ. Kwaliteitsindicatoren hebben vaak betrekking op een proces dat multidisciplinair is<sup>8</sup>. Bedoeling van de huidige indicator diabetische voetulcus, is de kwaliteit van het zorgproces rond de diabetische voetwonden in Nederland te analyseren<sup>8</sup>. Voor 2013 betekent dit het registreren van het aantal patiënten dat behandeld wordt met een voetulcus en het classificeren van het ulcus.

### Classificatiesystemen

Een classificatiesysteem kan worden gebruikt om een diabetische voetulcus te beschrijven, een therapiekeuze te maken en het effect van de therapie op de genezing te volgen. Daarnaast kan een classificatie iets zeggen over de prognose en kan het de communicatie tussen de diverse zorgverleners verduidelijken. Er zijn reeds verschillende classificaties systemen ontwikkeld. De meest bekende classificatie systemen zijn de oorspronkelijk Meggitt- Wagner classificatie (tabel 1), de University of Texas-Wound Classification Systems van Armstrong (tabel 2). Meer recent werd de PEDIS classificatie ontwikkeld door de International Working Group of de Diabetic Foot (IWGDF) (tabel 3).

**Tabel 1. Classificatie volgens Wagner**

Graad 0	Intacte huid
Graad I	Huidlaesie beperkt tot de gehele huiddikte, maar blijft oppervlakkig
Graad II	De open huidlaesie dringt door tot in pees, bot of gewricht
Graad III	Deze wond is nog dieper en er is sprake van infectie
Graad IV	Droge of natte necrose aanwezig in enkele gedeelten van de tenen of de voorvoet. Aanwezigheid cellulitis mogelijk
Graad V	Necrose beslaat de gehele of een groot gedeelte van de voet. Dit wordt gezien als een verloren been

**Tabel 2. University of Texas classificatie**

<b>Diepte</b>	
Graad 0	Genezen wond of risico voet
Graad 1	Oppervlakkige wond, zonder pees of kapsel aantasting
Graad 2	Wond penetreert met pees of kapselaantasting
Graad 3	Wond penetreert met bot of gewrichtsaantasting (

#### **Infectie/ ischemie**

Stadium A	Goed doorbloede, niet geïnfecteerde wond.
Stadium B	Niet ischemische, geïnfecteerde wond
Stadium C	Ischemische, niet geïnfecteerde wond
Stadium D	Ischemische en geïnfecteerde wond

**Tabel 3. PEDIS classificatie**

<b>Perfusie</b>	<b>Zijn er problemen met de perfusie van de voet</b>
Graad 1	Geen symptomen/ kenmerken Perifeer Arterieel Vaatlijden
Graad 2	Symptomen of kenmerken van Perifeer Arterieel Vaatlijden, geen ischemie van het onderbeen
Graad 3	Kritieke ischemie van het onderbeen
<b>Extent</b>	<b>Wat is de diepte en omvang van de wond in centimeters gemeten</b>
<b>Depth/tissue loss</b>	<b>Hoe diep is de wond en welk weefsel is aangetast</b>
Graad 1	Oppervlakkige ulcus
Graad 2	Ulcus penetrerend onder op pezen en kapsels
Graad 3	Penetrerend tot in gewricht op tot op het bot
<b>Infection</b>	<b>Zijn er tekenen van infectie</b>
Graad 1	Geen symptomen of kenmerken van infectie
Graad 2	Infectie van de huid/ subcutis
Graad 3	Erytheem dieper dan de subcutis
Graad 4	Systemische ontstekingsyndroom (Systemic Inflammatory Response Syndrome)
<b>Sensation</b>	<b>Welke sensatie wordt er door de patiënt geuit</b>
Graad 1	Geen verlies van protectieve sensibiliteit
Graad 2	Verlies van protectieve sensibiliteit

### Meggitt-Wagner classificatie

Een van de meest geciteerde wondclassificatiesystemen was de Meggitt classificatie welke in 1976 werd ontwikkeld en in 1981 werd gepopulariseerd tot de (Meggitt-) Wagner classificatie<sup>10,6</sup>. De Wagner classificatie heeft een prognostische betekenis. Deze indeling loopt van een kwetsbare voet, via een oppervlakkig ulcus, naar een diep ulcus met of zonder infectie en eindigt met gangreen<sup>4</sup>. Het probleem met de Wagner classificatie is dat dit systeem beperkt is. De beperking is dat oppervlakkige wonden met infectie of ischemie niet kunnen worden ingedeeld. In de Wagner classificatie wordt pas bij gradatie 3 over het voorkomen van infectie geschreven en wordt alleen gesproken over de meest ernstige vorm van ischemie van de voorvoet in graad 4 en gangreen van de voet in graad 5<sup>7</sup>. Het systeem geeft dus beperking in het identificeren van infectie en vaatziekten als onafhankelijke risicofactor<sup>4</sup>.

### University of Texas Wound Classification System

De Texas-classificatie maakt gebruik van een registratie van vier cijfers en vier letters. De cijfers geven de diepte van de wond weer en de letters staan voor het stadium van infectie of ischemie. De criteria van zowel de diepte als het stadium van infectie of ischemie is gebaseerd op klinische- en laboratorium gegevens. Het nadeel van het Texas classificatie systeem is dat de beschrijving van de aanwezigheid van neuropathie hier niet in is opgenomen. Terwijl neuropathie wel een ernstige risicofactor is voor het ontstaan of onderhouden van een ulcus<sup>2,9</sup>.

### PEDIS classificatie

In 2003 introduceerde de International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) de PEDIS classificatie. Dit classificatiesysteem werd ontwikkeld door deskundigen voor onderzoekdoeleinden. De PEDIS classificatie werd in tal van studies gebruikt<sup>5</sup>. De PEDIS classifi-

catie maakt een onderscheid in vijf categorieën. Perfusion, Extent (size), Depth, Infection, Sensation. Deze vijf categorieën worden weer onderverdeeld in gradaties (tabel 3). Ook de PEDIS classificatie is niet gevalideerd.

Een eenduidige classificatie is een voorwaarde voor een succesvolle landelijke registratie<sup>8</sup>. De IGZ heeft ervoor gekozen om de Texas classificatie als standaard te gebruiken voor de registratie van de kwaliteitsindicatoren bij de diabetische voet. Deze keuze is gemaakt omdat de Texas classificatie internationaal en gevalideerd is.

### De praktijk

Het HagaZiekenhuis in Den Haag is sinds 1 januari 2013 begonnen met de registratie en classificatie van de patiënten tijdens het diabetisch voetensprekuren. De registratieperiode loopt van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2013. Het registreren en classificeren van deze patiëntencategorie moet door het ziekenhuizen zelf worden opgepakt en uitgevoerd.

Binnen het HagaZiekenhuis wordt tijdens het diabetisch voetensprekuren vooralsnog handmatig geregistreerd en geclassificeerd. Maar er wordt samen met de afdeling ICT en Beleid en Kwaliteit gewerkt aan een aanpassing van het EPD om de registratie elektronisch te laten verlopen. Na verzameling van alle data, zullen deze begin 2014 worden geautoriseerd door de inhoudelijk verantwoordelijke specialist, vervolgens door de medisch- en sectormanagers en tenslotte door de Raad van Bestuur. 15 april 2014 is de landelijke deadline voor het aanleveren van deze data aan de IGZ. Dan volgt er een periode waarin de IGZ eventueel verduidelijking kan vragen naar aanleiding van de ingeleverde data. Per 1 juni 2014 zullen de ingevoerde gegevens voor het publiek openbaar zijn<sup>8</sup>.

### Tot slot

Door registratie en classificatie kan elk multidisciplinaire voetenteam aantonen een professionele zorgorganisatie te zijn die goede zorg levert. Zorg van een goed niveau, welke doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht is. Waarbij de zorg is afgestemd op de indicatie en de mogelijkheden en behoefte van de patiënt. De patiënt ontvangt zorg van een zorgverlener die werkt volgens de landelijk geldende richtlijnen welke gebaseerd zijn op de laatste evidence.

### Literatuur

- Lavery A, David G, Armstrong DG. 1996 Classification of Diabetic Foot Wounds. The Journal of Foot and Ankle Surgery, 35(6):528-31.
- Meggitt B. 1976 Surgical management of the diabetic foot. Br. J. Hosp. Med, 16:227-332.
- Oyibo SO, Jude EB, Tarawneh I, Nguyen HC, Harkless LB, Boulton AJA. 2001 Comparison of two diabetic foot ulcer classification systems: the Wagner and the University of Texas wound classification systems. Diabetes Care.24(1):84-8.
- Sauerwein RW, Netten PM, Koopmans PP. 1994 Antibiotische therapie bij diabetische voetulcera. Ned Tijdschr Geneesk, 138:557-60.
- Schaper NC. 2004 Diabetic foot ulcer classification system for research purposes: a progress report on criteria for including patients in research studies. Diabet Metab Res Rev Volume 20 S1: S90-95.
- Wagner, FW. 1981 The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Journal of Foot and Ankle Surgery. 2:64-122.
- Wagner FW Jr. 1986 The diabetic foot and amputation of the foot. In Surgery of the Foot, Mosby, St Louis: 421- 55.
- Kwaliteitsindicatoren 2013 basiszet ziekenhuizen, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport <http://www.igz.nl/zoeken/document.aspx?doc=Basisset+kwaliteitsindicatoren+2013+ziekenhuizen&ocid=4833> Februari 2013.
- IGZ: Risicoindicatorentoezicht, kwaliteitsindicatoren IGZ <http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavinginstrumenten/gefaseerd-toezicht/kwaliteitsindicatoren/Index.aspx> Februari 2013.
- A new classification of diabetic Foot complications: A simple and effective teaching tool [http://jdfc.org/2012 volume-4-issue-1/a-new-classification-of-diabetic-foot-complications-a-simple-and-effective-teaching-tool/](http://jdfc.org/2012%20volume-4-issue-1/a-new-classification-of-diabetic-foot-complications-a-simple-and-effective-teaching-tool/) Februari 2013.

Ingrid Hulst, MA ANP vaatchirurgie-diabetische voet, RVS intensieve zorg bij somatische aandoeningen, HagaZiekenhuis, locatie Leyweg, Den Haag

### Contact

[i.hulst@hagaziekenhuis.nl](mailto:i.hulst@hagaziekenhuis.nl)



Foto 1a. en 1b.  
Texas classificatie:  
graad 3, wond penetreert  
in gewricht of tot op bot,  
stadium D, ischemische en  
geïnfekteerde wond

1A



1B



Foto 2.  
Texas classificatie: graad 1,  
oppervlakkige wond, niet tot  
pezen, kapsel of bot, stadium  
A, niet ischemisch, niet  
geïnfekteerd

2



Foto 3.  
Texas classificatie: graad 2,  
wond penetreert tot op  
kapsel of pees, stadium B,  
niet ischemische,  
geïnfekteerde wond

3

## Van de voorzitter

Op het moment dat ik dit stuk schrijf lijkt het voorzichtig een echte zomer te worden in Nederland... eindelijk! Het type weer en de vakantieperiode nodigt uit om de teugels te laten vieren. Menig ziekenhuis draait op halve kracht. Niet alleen vanwege de afwezigheid van collega's, maar ook omdat menig klant afwezig is. Minder poli's, minder OK's en de wachtkamers vertonen een wat rustiger beeld.

In de aanloop naar de zomervakantie (lees: vlieg- en/of strandvakantie) moet er door ons aardig creatief met de patiënt meegedacht worden om aan zowel de minimale behandel-eis als aan de wensen van de patiënt te kunnen voldoen. De vakantie dreigt immers in het water te vallen. Het oplopen van een letsel komt nooit gelegen, zeker niet als daarvoor een behandeling nodig is waarbij een vorm van immobilisatie komt kijken. Maar met de vakantie in het vooruitzicht is dat extra slecht getimed. Waar normaal een 'gebroken patiënt' al gelukkig gemaakt kan worden met minimalistisch dun vervaardigde applicatie in een flitsend hip kleurtje, is het wensenpakket nu wat uitgebreider. Er moet immers mee gevlogen, gezwommen, gefietst en gehiked worden. Daarnaast zou het mooi zijn als het materiaal

bestand is tegen zeewater, strandzand en het bruinen van het aangedane lichaamsdeel toelaat. Oh ja, en niet te strak zitten, maar voldoende steun geven en geen jeuk veroorzaken. Oké, ik geef toe: ik overdrijf nu lichtelijk, maar toch lukt het ons nog regelmatig om de verwachting van menig patiënt te overtreffen. Niet in de laatste plaats omdat er gelukkig nog veel mensen zijn die nog altijd menen dat iedere fractuur minimaal 6 weken gipsimmobilisatie nodig heeft, zelfs bij kinderen. En natuurlijk mag het gips absoluut niet nat worden. Dan is het makkelijk om hen positief te verrassen met een functionele of kortere behandeling, of een 'zwemgips'. Maar het lukt natuurlijk niet om iedereen gelukkig te maken. Sommige letsels of behandelingen zijn nu eenmaal ongeschikt om mee op vakantie te gaan of comfortabel mee in een vliegtuig te kunnen. Laat staan uren in een auto in de gillende hitte in een de file ergens in Zuid-Frankrijk te zitten. Maar dan moet er een beroep op het gezonde verstand van de klant gedaan worden. En met de juiste uitleg, motivatie en begrip is mijn ervaring dat ook deze teleurgestelde klant uiteindelijk wel tevreden de deur uit gaat. Uiteindelijk wil iedere patiënt op een prettige manier op vakantie kunnen.

Vaak voelen ze zelf al wel aan dat de ernst van hun letsel zich niet leent voor een verre reis. Wat me alleen opvalt is dat wij als behandel-aars in deze vakantieperiode letsels minder strikt volgens het geldende protocol behan-delen dan we gewoon zijn. Niet zelden wordt de behandelperiode iets verkort zodat de eind-controle plaats vindt voor vertrek of worden er afneembare spalken en braces gemaakt waar dat normaal gesproken in gesloten applicaties wordt gehouden. En plots kunnen applicaties door ouders op de plaats van bestemming bij hun kinderen zelf verwijderd worden. Waarom vertrouwen wij binnen de vakantieperiode opeens wel op de zelfredzaamheid van onze klanten? Eigenlijk is het vreemd dat wij in deze periode beter in staat lijken een optimale klantgerichte behandeling te bieden...

Iedereen een hele fijne zomer gewenst!

*Joris Ruhe*  
Voorzitter

## In Memoriam



Op maandag 13 mei is Theo Wiellersen op 85 jarige leeftijd overleden. Theo Wiellersen stond aan de wieg van het beroep gipsverbandmeester. Hij was de initiator achter de oprichting van de V.N.G op 15 november 1964. Samen met de heer Nannen-berg en de N.O.V. startte de eerste opleiding tot gipsverbandmeester in de Sint Maartenskliniek.

Deze opleiding stond onder toezicht van de V.N.G en de N.O.V. Daarnaast was hij geëngageerd voor het afnemen van de examens en veel gipsverbandmeesters in opleiding hebben in de Sint Maartenskliniek hun stage gevolgd. Hij was degene die samen met een afgevaardigde van de N.O.V de eerste 10 diploma's uitreikte in het gemeentehuis van Budel.

In 1976 heeft hij zich teruggetrokken, omdat hij zich niet kon verenigen met de opvatting dat er meer aandacht moest zijn voor de theorie dan voor de praktijk.

Als gepassioneerd gipsverbandmeester had hij de opvatting: citeer: "dat het aanleggen van gipsverbanden een edel handwerk is en dat men dat, net als vele andere handwerken leert door mondelinge instructies als gezelschap bij de meester, door schade en schande, door improviseren en zelf ontdekken wat talloze anderen al eerder hadden ontdekt, maar niet hadden vastgelegd".

Toch bleef hij op vele gebieden actief en continu bezig om het vak te positioneren. Hij werd als eerste gipsverbandmeester aangenomen als lid van verdienste in de Nijmeegse Orthopeden groep. In 1978 demonstreerde hij in een actualiteitenprogramma het aanleggen van een E.D.F. gips. Ook hierin was hij een pionier en de ontwikkeling rondom de gipsbehandeling van een scoliose patiënt, is mede door zijn enorme inzet een waardevolle behandeling geworden.

Zijn bekende gipsboek wat in 1974 uitkwam, is jarenlang een goede leidraad geweest voor de beroepsgroep. Toen hij in 1987 stopte met de uitvoering van zijn geliefde werk kon Theo Wiellersen terugkijken op een waardevolle periode waarin hij veel heeft gedaan voor de beroepsgroep en de ontwikkeling van dit prachtige vak. En als dank voor zijn onuitputtelijke inzet werd hij onderscheiden als lid in de orde van Oranje Nassau in goud.





# Nieuwe richtlijn voor behandeling klompvoetjes

## Klompvoetjesdebat 2013

De nieuwe richtlijn Klompvoet stond centraal tijdens het tweede Klompvoetjesdebat, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging Klompvoetjes. Specialisten kwamen bijeen om te discussiëren over de inhoud van deze richtlijn, waarmee de zorg voor klompvoetjes verder verbeterd moet worden.

### Inleiding

Tijdens het eerste Klompvoetjesdebat, in 2011, werd opgeroepen tot het ontwikkelen van een richtlijn. De beroepsgroep pakte de handschoen op en werkte de afgelopen twee jaar aan de ontwikkeling van deze richtlijn, waarin wordt gekozen voor de Ponsetibehandeling als standaard behandeling. De betrokkenheid van de Nederlandse Vereniging Klompvoetjes bij deze richtlijn illustreert de ontwikkeling die de vereniging doormaakte, zegt bestuurslid Sacha Margés in haar welkomstwoord: “De eerste jaren van ons bestaan legden we vooral contacten tussen ouders. Dat is nog steeds een speerpunt, maar gaandeweg legden we ook de verbinding met de zorgprofessionals. Samen streven we naar een optimale zorg voor kinderen met klompvoetjes.” Het debat wordt geleid door Arend Jan Boekestijn, historicus en voormalig Tweede Kamerlid. Hij benadrukt hoe uniek het is dat een patiëntenvereniging op deze manier betrokken is bij het ontwikkelen van een medische richtlijn: “Dit is een voorbeeld voor andere patiëntenverenigingen.”

Tijdens het debat wordt de richtlijn toegelicht in twee presentaties, de derde presentatie gaat over de rol en de toenemende macht van de patiënt. Er ontstaat een levendige discussie tussen de aanwezige (kinder)orthopeden, gipsmeesters, fysiotherapeuten en andere betrokken medisch professionals.

### De nieuwe richtlijn

Jan Verhaar, voorzitter van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) en hoofd van de afdeling orthopedie van het

Erasmus MC, vertelt kort over de ontstaansgeschiedenis van de NOV, die in 1898 werd opgericht, en over de strategische visie van de vereniging, recent uiteengezet in het boekje ‘Orthopedie houdt Nederland in beweging’. Over de richtlijn Klompvoet zegt hij: “We kregen een duidelijke wake up call van de Nederlandse Vereniging Klompvoetjes: men stelde de terechte vragen waarom er zoveel verschillende behandelingen van klompvoetjes zijn en waarom de voorlichting hierover zo verschillend is. Deze vragen zetten ons ertoe aan om deze richtlijn te ontwikkelen.” De richtlijn is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs welke behandeling de beste is. Maar dat is niet het enige, want ook de ervaringen en voorkeur van patiënten en hun ouders speelt een belangrijke rol. Verhaar: “De richtlijn is gebaseerd op *evidence* en *experience*.” Hij omschrijft het proces: de richtlijn is nu in concept klaar en de leden van de NOV kunnen hier op reageren. De projectgroep die de richtlijn samenstelde, bestaande uit medisch specia-listen en de twee bestuursleden van de Nederlandse Vereniging Klompvoetjes, zal op deze reacties reageren. In oktober 2013 zal de richtlijn op de jaarvergadering van de NOV worden vastgesteld. Het gebruik van de richtlijn kan niet worden afdwongen, het is immers geen wet. Maar het is gebruikelijk dat medische beroepsgroepen de door hun eigen vereniging vastgestelde richtlijnen volgen.

*“We kregen een duidelijke wake up call van de Nederlandse Vereniging Klompvoetjes.”*

**Jan Verhaar**, voorzitter van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging

Nu de richtlijn bijna gereed is, resteren twee grote vragen, zegt Verhaar tegen de aanwezige zorgverleners. De eerste is de kwestie van het wetenschappelijk bewijs. Er is namelijk geen overtuigend bewijs dat de Ponsetibehandeling de enige juiste is. Daarvoor wordt er te weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van klompvoetjes, “het laatste proefschrift dateert uit 1986. Dat vind ik raar, hier zouden we met zijn allen aan moeten werken.” Tweede vraagstuk is dat van de concentratie. In de conceptrichtlijn is nu opgenomen dat een orthopeed minimaal twintig behandelingen per jaar moet doen. Dat aantal staat echter nog ter discussie. Verhaar stelt dat hier een balans gevonden moet worden tussen “het optimale en het praktische”. Ouders willen uiteraard de beste zorg voor hun kind, maar hoeveel extra reistijd is daarvoor gerechtvaardigd, vraagt hij. Tot slot wijst hij erop dat de NOV deze richtlijn bij haar collega medische beroepsverenigingen in Europa onder de aandacht gaat brengen, want “qua richtlijnen is het in Europa een grote lappendeken”. Ook wijst hij op het belang van met name

de Ponsetibehandeling voor ontwikkelingslanden, het gebruik daarvan zou voor kinderen met klompvoetjes daar een grote vooruitgang betekenen. “Deze landen verdienen onze hulp en aandacht.”

### Eenduidig behandeladvies

Arnold Besselaar gaat als voorzitter van de werkgroep Richtlijn Klompvoet verder inhoudelijk in op de richtlijn. Besselaar is in het dagelijks leven orthopedisch chirurg in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven. In het betoog van Verhaar bleek dat onbekend is hoeveel kinderen met klompvoetjes in Nederland worden geboren. Besselaar vertelt dat deze aantallen in het Verenigd Koninkrijk wel worden bijgehouden: “Als we die cijfers vertalen naar Nederland, dan zou het bij ons gaan om 210 tot 280 kinderen per jaar.” Vergeleken met andere aandoeningen is dat niet veel, wat ook een reden is om te komen tot een richtlijn. Hij vertelt over de internationaal erkende methode die de werkgroep gebruikte om de richtlijn te ontwikkelen (AGREE II) en zet het doel van de richtlijn uiteen:





“We willen de klompvoetjeszorg bij pasgeborenen optimaliseren, we streven naar homogene zorg in heel Nederland en een eenduidig behandeladvies aan ouders.”

*“We kiezen voor de behandeling die geen verdere schade toebrengt.”*

**Arnold Besselaar**, voorzitter werkgroep Richtlijn Klompvoet en orthopedisch chirurg, Catharina Ziekenhuis Eindhoven

Inhoudelijk schrijft de richtlijn een aantal zaken voor. Ten eerste het stellen van de diagnose op basis van lichamelijk onderzoek, dus “in eerste instantie geen MRI-scan of röntgenfoto’s”. Specialisten gaan twee classificatiesystemen gebruiken om de ernst van de klompvoet vast te stellen: die van Pirani en die van Diméglio.

Zoals Verhaar in zijn inleiding al aangaf, is gekozen voor de standaard Ponsetibehandeling met Plaster of Paris (POP) gips, gevolgd door een voetabductie brace. Besselaar verheldert: “Er is geen bewijs dat deze behandeling veel beter is dan opereren. Beide behandelingen lijken min of meer gelijk. In zo’n geval lijkt het ons wijs om te kiezen voor de behandeling die geen verdere schade toebrengt, dus gipsen.” Speciale aandacht gaat er in de richtlijn uit

naar therapietrouw. “Therapie ontrouw met betrekking tot het juist gebruiken van de brace geeft het meeste recidive, weten we. Het is dus belangrijk dat de ouders een goede instructie krijgen en dat het kind regelmatig in de polikliniek gecontroleerd wordt.”

Besselaar stelt dat deze richtlijn niet alleen een belangrijke stap is naar een homogener behandeling van kinderen met klompvoetjes, maar dat deze samenwerking ook de beroepsgroep dichter bij elkaar heeft gebracht: “In 2011 stonden we nog tegenover elkaar waar het ging om de beste behandeling, nu kijken we meer één kant op.”

### De patiënt aan het roer

Het patiëntperspectief staat centraal in de presentatie van Wilna Wind, directeur van de Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie. Ze spreekt over “patient empowerment” en benadrukt het belang van een richtlijn: “Als u deze als beroepsgroep niet maakt, dan wordt deze afgedwongen door patiënten en verzekeraars.” Concentratie van zorg is onontkoombaar, zegt ze ook. “De voor- en nazorg kan dichtbij huis georganiseerd worden, maar gespecialiseerde zorg wil je op die plekken waar deze zorg het beste is.” Reistijd speelt hierbij nauwelijks een rol: “Hoe zeldzamer de ziekte, hoe



verder patiënten en hun ouders hiervoor willen reizen. Niemand gaat meer te voet naar het ziekenhuis.” Ze raadt de beroepsgroep aan om snel met de normen voor deze concentratie te komen: “Want als u dat niet doet, dan zullen verzekeraars dit afdwingen en ik denk niet dat dat wenselijk is. Het is beter als dit uit de beroepsgroep zelf komt.”

*“Kom snel met normen voor de concentratie van klompvoetjeszorg.”*

**Wilna Wind**, directeur van de Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie

De patiënt speelt tegenwoordig verschillende rollen, zegt Wind. De patiënt is regisseur, ‘meedoe-ner’, co-producent. “Goede zorg heeft daarom drie pijlers, die gaan over samen, informatie en hulpmiddelen.” *Samen* gaat over het betrekken van de goed geïnformeerde patiënt bij het behandelproces. “Zeventig procent van alle patiënten wil actief meebeslissen. Dat betekent niet dat de patiënt als een soort zorgconsument van alles gaat eisen, want uit allerlei onderzoeken blijkt dat als de patiënt meebeslist men niet de duurste, maar de meest optimale behandeling kiest. Die Bovendien een betere kwaliteit van leven oplevert.” *Informatie* is een belangrijke pijler van goede zorg en daarom is het goed dat de richtlijn Klompvoet er komt, zegt ze. Het is belangrijk dat informatie, zoals richtlijnen en registraties van zorgresultaten, leesbaar en begrijpelijk is voor patiënten. Als voorbeeld noemt ze de kwaliteitsregistraties voor diverse vormen van kanker, die de Vereniging van Heelkunde opzette en waarvan de resultaten de komende tijd openbaar worden. De patiënt kan daarmee gaan kiezen voor de beste specialist.

Met *hulpmiddelen*, de derde pijler, bedoelt Wind onder meer een elektronisch patiëntendossier dat patiënten zelf bijhouden. Ze noemt ook diverse toepassingen van e-health, zoals Parkinsonnet. In dit netwerk wisselen professionals als medisch specialisten en verpleegkundigen informatie met elkaar uit. De orthopedische beroepsgroep is op weg met de richtlijn, nu is het tijd om de volgende stap te zetten, besluit ze: “Hang niet krampachtig aan hoe het was, maar stel de patiënt centraal. Daar horen normen bij en een goede registratie, waarvan de resultaten beschikbaar worden gesteld aan patiënten.”

### Debat

Het debat concentreert zich met name op de voorkeur voor Ponseti en de vraag rond de concentratie van klompvoetjeszorg. Als deze zorg geconcentreerd wordt, willen ouders dan verder reizen? Sacha Margés zegt dat de werkgroep die de richtlijn samenstelde een enquête van de Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie gebruikte om dit te peilen en dat daaruit blijkt dat ouders bereid zijn een flinke afstand af te leggen. Han Goudappel, gipsverbandmeester bij het Reinier de Graaf ziekenhuis, wijst erop dat vaak al voor de geboorte bekend is of een kind klompvoetjes heeft: “Ouders kunnen dus kiezen waar zij hun kind laten behandelen.” Ingeborg de Reus, kinderfysiotherapeut en moeder van een kind met klompvoetjes, vult aan: “Ik ben heel blij met deze nieuwe richtlijn. Mijn kind is aanvankelijk niet goed behandeld, dat gebeurt met deze richtlijn niet meer. Die reistijd is niet interessant, want zo intensief is de Ponsetibehandeling niet. Daar kun je makkelijk een stuk voor reizen.” Er wordt gezegd dat de Ponsetibehandeling heel goed



toe te passen is in ontwikkelingslanden, waaruit afgeleid zou kunnen worden dat deze behandeling niet moeilijk is. Waarom is dan wel concentratie nodig? Omdat de behandeling wel degelijk om expertise vraagt, zegt Hans-André Schuppers, kinderorthopeed bij Ziekenhuisgroep Twente ZGT: "Ook in de derde wereld behandelen teams van specialisten." Concentratie is wat hem betreft een goede ontwikkeling: "Je moet dit soort zorg niet in elk ziekenhuis op de hoek willen aanbieden."

*"De reistijd is niet zo interessant, want zo intensief is de Ponseti-behandeling niet."*

**Ingeborg de Reus**, kinderfysiotherapeut en moeder van een kind met klompvoetjes

Patrick Maathuis, kinderorthopeed in het UMC Groningen, vraagt waarom is gekozen voor Ponseti: "Want wat is standaard? Hoe je gipst is standaard, maar er zijn veel verschillen tussen voeten en braces." Arnold Besselaar antwoordt dat er veel onderzoek is gedaan naar braces en dat het "niet nodig is dat opnieuw te doen. Als we met deze richtlijn Ponseti voorschrijven en de rest door de

specialist zelf laten uitzoeken, dan voorzie ik problemen". Hans-André Schuppers onderschrijft dat: "In de VS en in het Verenigd Koninkrijk is in grote centra onderzocht wat de beste behandeling is. En wij gaan in Groningen een andere brace proberen dan in Maastricht? Laten we daarmee ophouden."

Margot van der Grinten, orthopeed in het Erasmus MC, zegt dat ze graag een onderdeel van de richtlijn veranderd zou zien: "Wij zien soms kinderen die elders niet goed behandeld zijn. Er staat nu in de richtlijn dat een kind binnen een week behandeld moet worden, maar ik heb liever een kind van een maand oud met een onbehandelde voet dan een verkeerd behandelde voet." Kinderfysiotherapeut bij Fysiodé Jacqueline Lohle zegt dat de richtlijn nu alleen voor orthopeden geldt en dat er behoefte is aan een multidisciplinaire richtlijn. Dat is iets voor het traject nadat deze conceptrichtlijn is aangenomen, antwoordt Arnold Besselaar: "Deze richtlijn is zeker niet het einde, er komt een vervolgetraject." In dit vervolgetraject wordt ook de concentratie van klompvoetjeszorg verder uitgewerkt.



Tot slot komt in de discussie ter sprake dat de richtlijn juridisch niet afdwingbaar is, ook al is deze straks vastgesteld door de NOV. Hans-André Schuppers plaatst hier een belangrijke nuance: "Je mag gemotiveerd van een richtlijn afwijken. Maar als er

vervolgens schade is, dan geldt een omgekeerde bewijslast, zo blijkt uit jurisprudentie."

*Het bestuur van de Nederlandse Vereniging Klompvoetjes*



## De opinie en vraag van...

### Barbara Roberti

Iedere gipsverbandmeester heeft het wel eens meegemaakt. Je ziet een nieuwe applicatie door scholing, contacten met andere gipsverbandmeesters, congressen of gewoonweg omdat je het zelf verzint door logisch na te denken en je de reacties van patiënten automatisch interpreteert en registreert. Je wordt enthousiast en wil er mee aan dan slag, maar dan komt het... Het is niet bewezen dat het werkt en je wordt teruggefloten door specialisten, die alleen geloven in evidence based medicine... Je enthousiasme wordt nog verder onderuit gehaald als je hoort wat je moet doen om het wel te bewijzen. Je idee moet in een voorstel gegoten worden zodat het door de medisch ethische en wetenschappelijke commissies kan worden goedgekeurd. Wat dan te doen, je tanden erin zetten en 2 à 3 jaar met je applicatie bezig gaan, waarna de conclusie is dat er te weinig patiënten zijn geïncludeerd om een duidelijke conclusie te trekken? Oké het is wat sceptisch, maar gipsverbandmeesters houden over het algemeen niet van deze lange omwegen.

Mijn vraag is of het de innovatie binnen onze beroepsgroep remt. Nu wordt er in de praktijk vaak uitgegaan van best practice medicine, alleen zonder dat er ooit reële bewijsvoering voor de bestaande behandelingen zijn aangedragen. Mijn voorstel is om verschillende vormen van behandeling beter te registreren op de gipskamer (of wellicht zijn er gipskamers die dat al heel geavanceerd doen), die de best practice medicine kan ondersteunen en die tevens een bijdrage kan leveren aan een begin van wetenschappelijke verificatie. Als voorbeeld neem ik pijnregistratie. We kunnen de behandeling uitbreiden met het noteren van een goede VAS score en registratie van pijnmedicatie. Deze gegevens kunnen in retrospectieve zin gebruikt worden als pilotstudies naar het effect van ons handelen op genezing en beleving van patiënten. Het zou mooi zijn als de registratie in het EPD zou plaatsvinden in verband met de continuïteit van de gegevens. Daarmee creëer je een versneld pad bij de invoering van nieuwe behandelingsapplicaties.

Als daar ook direct goede pijnscores en registratie van pijnmedicatie plaatsvindt. De vraag is met welke andere categorieën er ook goed geregistreerd kan worden, samen met de VAS score en registratie van pijnmedicatie gebruik. Belangrijk is dat de registratie niet te uitgebreid is, want dan kost het te veel tijd. Opvallend daarin is dat patiënten het over het algemeen helemaal geen bezwaar hebben om een pijnscore lijstje in te vullen. Het gaat dan om de evaluatie van de eigen zorg. Op vele afdelingen is bijvoorbeeld pijnregistratie al standaard (Vaak op de eerste hulp, IC enz). Dat doen we mogelijk te weinig op de gipskamer.

**Zijn er gipskamers die dergelijke pijnscores of registraties bij de gipsbehandelingen noteren in het EPD?**

*Uw reactie kunt u mailen naar [barbararoberti@hotmail.nl](mailto:barbararoberti@hotmail.nl)*

# Gipsverbandmeester Willie van der Sanden gipst beroemde benen

GELDROP - Gipsverbandmeester Willie van der Sanden werkt al 25 jaar in het St. Anna Ziekenhuis in Geldrop. In al die jaren heeft 'ie heel wat beroemde benen en andere geblesseerde lichaamsdelen onder handen mogen nemen. Ruud van Nistelrooy, Romario, Alex, ze lagen allemaal op zijn tafel.



De gipsen mallen van Romario, Ruud van Nistelrooy en Ernest Faber liggen normaal gesproken veilig op zolder bij Willie van der Sanden thuis. Voor deze keer heeft hij ze meegenomen naar zijn behandelkamer in het St. Anna. Samen met de vele foto's en shirts bewaren ze de herinneringen aan de sporters die door hem in het gips gezet zijn. "Omdat Ruud van Nistelrooy toen zo'n voortreffelijke speler was dacht ik: dat wil ik bewaren voor mijn dochters. Die waren toen een jaar of zes en die wilden het gips van Ruud van Nistelrooy wel hebben. Dus dat heb ik laten signeren en mee naar huis genomen."

## Romario

Een van de eersten die gipsverbandmeester Van der Sanden behandelde, was de superspits Romario. Hij raakte in 1990 geblesseerd toen hij met PSV tegen Den Haag speelde. Van der Sanden zette zijn onderbeen in het gips. Die mal heeft nog in het Holland Sport museum gestaan. Nu ligt het, mét handtekening, bij Van der Sanden op zolder. "Het is een voorrecht om die bekende sporters ingegipst te hebben, maar het maakt niet uit of het morgen de buurman of de buurvrouw is. Die gaat met hetzelfde enthousiasme in het gips". Van der Sanden gipst niet alleen mensen, op zijn website [www.gipsverbandmeester.com](http://www.gipsverbandmeester.com) staat ook een foto van een kalfje met een rood en een wit gipsen pootje. "Dat is eigenlijk een beetje een uit de hand gelopen hobby van me. Een veearts is vaak duur en daarom vragen ze mij dan of ik even kan komen."



Publicatie: [www.omroepbrabant.nl](http://www.omroepbrabant.nl),  
donderdag 25 april 2013 - 14:02 |  
Auteur: Marjolein Kronenberg

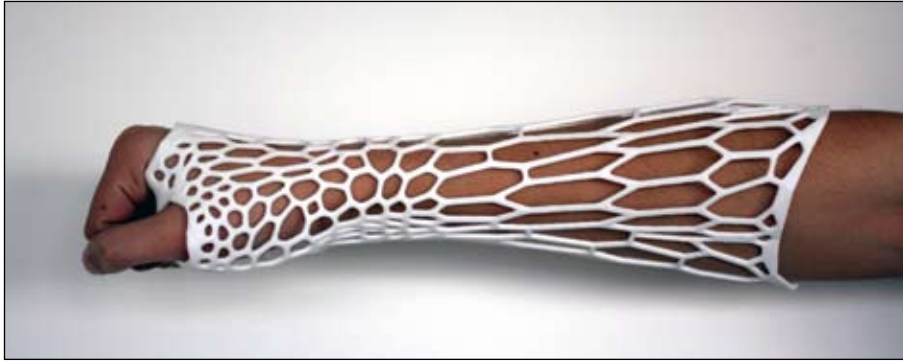


Foto 1: Willie gipst Romario  
Foto 2: Het gips van Romario  
Foto 3: Willie gipst Ruud van Nistelrooy

# Gebroken met een traditie...

Miranda Philips

Er is nieuw "gips" op de markt wat nooit meer stinkt en waar je mee kan douchen en zelfs kan 'krabben'!



Het aanleggen van het nieuwe "gips" gaat wel anders dan we gewend zijn. Het gaat dan ongeveer zo:

De medische hulp zoekende patiënt (die zo-even nog geen patiënt was, maar door een val nu wel patiënt is geworden) kijkt in het rond en rent de eerste beste spoedeisende hulp binnen en zegt: 'ik heb mijn arm gebroken!' Dan krijgt de patiënt een radiologisch onderzoek en een 3d scan.

De dokter ontvangt de gegevens van het onderzoek en bevestigt dat het een fractuur is en vertelt waar het zit. Een speciaal softwareprogramma rekent uit wat er om heen moet, waar het om heen moet en hoe sterk het op bepaalde plaatsen moet zijn en hup; het zogenaamde gips zit om de arm van de patiënt. Klaar. Nou als dat zo makkelijk zou zijn, dan zijn de gipsverbandmeesters overbodig of deze veranderen van gipsmeester naar kantoorclerk of 3-D robot. Want alles wat we dan hoeven te doen is op een knop drukken van de 3d printer en dan komt het gips eruit (?). Want de diagnose wordt nog altijd gesteld door de dokter. Maar wat zijn verder nog de voordelen van dit gips?

Het is licht van gewicht, sterk, goedkoop, waterproof, hygiënisch, recyclable, ventilerend, dun, het ziet er ook nog eens leuker uit en het is anatomisch accuraat. Wist u trouwens dat in de Verenigde Staten elke 5 seconden iemand een fractuur oploopt? De meest voor-

komende fractuur is de pols en gemiddeld kan een persoon twee fracturen in zijn/haar leven oplopen. Dat wordt wel dringen bij de printer, want als er een paar uur gedaan wordt over het uitprinten van 1 gips, is dat toch niet erg efficiënt maar wel duur.

In juli is er op de nieuwssite van nu.nl een artikeltje gepubliceerd over Cortex. Het zou de moderne versie zijn van gips. Nou heb ik niet geweten dat er een 'modernere' versie van gips bestaat dan wat we al beschikbaar hebben, maar dat terzijde. Het komt uit Nieuw Zeeland en is ontworpen door Jake Evill. Als je dit leest als trotse gipsverbandmeester dan komen de wenkbrauwen zo ongeveer boven de haargrens uit van verbazing. De eerste vragen komen al op het moment dat je het stukje leest. Wat nou krabben? En wie zegt dat je niet met gips kunt douchen? Hoezo gips stinkt? En dit spul dan? Dat gaat zeker niet lekker broeien, dat kunststof? En hoe gaat het dan om, hoe zit het vast, en als de zwelling afneemt wat dan? Lekker belangrijk dat je een shirt kunt dragen met lange mouwen.

De gemiddelde mens die dit leest en absoluut geen ervaring heeft met gips, jubelt dit toe en wil bijna vrijwillig in dit soort 'gips'. De gipsverbandmeester die dit leest, denkt: Oh, nee hè, nou moet ik nog meer uitleg geven over het gips! Het altijd trouwe mineraalgips P.O.P. en ook het kunststof gips waar we al decennia

*Breaking news!*

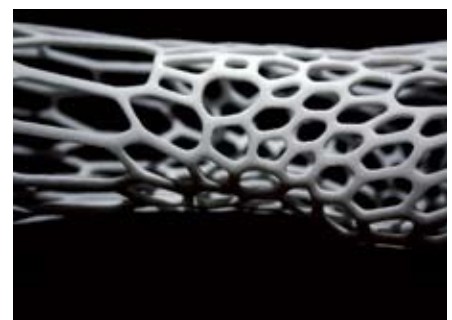
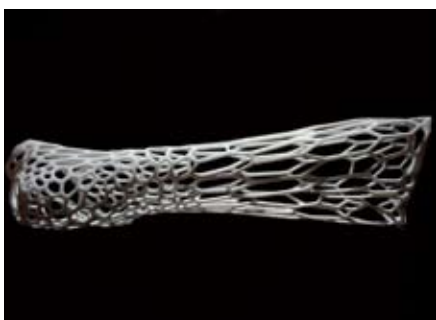
patiënten mee gipsen, worden (al dan niet terecht) bekritiseerd. Natuurlijk is het leuk dat ons vak in de publiciteit komt, maar op deze manier wordt het (denk ik onterecht) geschetst alsof wij alleen maar loodzware, stinkende, massieve gipsen aanleggen. Gelukkig weten de ervaringsdeskundigen het te nuanceren om ons uit het negatieve daglicht te halen. Maar wat doen we nu met deze informatie? Het is vooral een openbaring in de Verenigde Staten, maar de vraag die gegarandeerd door onze patiënten gesteld wordt een dezer dagen is of wij dat gips ook op de plank hebben liggen. "Jawel", kunnen we dan zeggen, "maar dat heeft geen 'open patroon'." Thermoplastisch materiaal is er zat en daar kunnen we ook een mooi onderarm 'gips' van maken. Dat het een beetje meer zweet en toch niet zo comfortabel is als het lijkt zeggen we er dan niet bij. Misschien moeten we met een eigen landelijke website komen waarin we ons eigen kunststof gips aanprijzen alsof we iets nieuws ontwikkeld hebben. Of proef ik nu toch een beetje afgunst vanwege dat mooie designgips van Jake Evill? Nee, ik denk het niet, alleen de realiteit is anders dan nu gedacht wordt. Het ziet er inderdaad mooier uit dan een doorsnee onderarmgips, maar niet kunnen douchen? Daar denken de meeste gipsverbandmeesters wel anders over. Jeuk? Maak het afneembaar, dan kun je er ook bij. Laat de Cortex maar bij de American Dream, wij hebben onze eigen tips en trucs voor gips. In een serieuze mailwisseling met Jake Evill werd mij verzekerd dat dit de toekomst zou worden, maar daar heb ik toch dus toch vraagtekens bij.

## Bronnenlijst:

<http://nutech.nl/internet/3516501/open-gips-3d-printer-in-ontwikkeling.html>

NU.nl/Dennis Mons.

[www.jakevilldesigndunked.com](http://www.jakevilldesigndunked.com)



Dhr. J. Ruhe, voorzitter (dagelijks en algemeen bestuur),  
[voorzitter@vgned.nl](mailto:voorzitter@vgned.nl)  
Mevr. E.A. Buter-Kanis, secretaris  
(dagelijks en algemeen bestuur), [secretariaat@vgned.nl](mailto:secretariaat@vgned.nl)  
Dhr. M. van Griethuysen, penningmeester, vice-voorzitter  
(dagelijks en algemeen bestuur), [penningmeester@vgned.nl](mailto:penningmeester@vgned.nl)  
Mevr. A. van Warners, bestuurslid met portefeuille  
Registratie & Accreditatie, [registratiecommissie@vgned.nl](mailto:registratiecommissie@vgned.nl)  
Dhr. W. Walet, bestuurslid met portefeuille Opleiding en CZO,  
[opleidingscommissie@vgned.nl](mailto:opleidingscommissie@vgned.nl)  
Dhr. C.G.J.M.H. van de Rijt, bestuurslid met portefeuille  
Visitatie, [visitatie@vgned.nl](mailto:visitatie@vgned.nl)  
Mevr. H. Cornelissen, bestuurslid met portefeuille  
Ledenactiviteiten, [leden@vgned.nl](mailto:leden@vgned.nl)  
Dhr. D. Haandrikman, bestuurslid met portefeuille  
Redactie "In dit Verband", [haandrikmanredactie@vgned.nl](mailto:haandrikmanredactie@vgned.nl)  
Mw. I. Gouweleeuw, algemeen bestuurslid,  
[gouweleeuw@vgned.nl](mailto:gouweleeuw@vgned.nl)  
Mevr. M.W. Romijn, Notuliste, [notulist@vgned.nl](mailto:notulist@vgned.nl)  
Dhr. C. Feijten Website, [communicatie@vgned.nl](mailto:communicatie@vgned.nl)

Het postadres van het Secretariaat VGN is:

Secretariaat VGN  
Merelweg 38  
8191 XR Wapenveld

Dhr. M. van Griethuysen (Mendel)  
Penningmeester VGN  
Papyrusdreef 28  
3564 CP Utrecht

In dit Verband  
J. van Oene  
Bas Pauwestraat 116  
3077 MP Rotterdam

a.u.b.  
postzegel  
plakken

## Beste Redactie,

Mijn complimenten voor het duidelijke artikel van Marijn van Dalen over de spitsvoet in het tijdschrift In dit Verband nr 2. Het is alleen jammer dat hij in het hoofdstuk Behandeling, de behandeling door de gipsmeesters ernstig te kort doet. Op de eerste plaats kun je een (spastische) spitsvoet niet met medicijnen en fysiotherapie behandelen. Er is geen enkele wetenschappelijke studie die dit aantoonst. Wel is aangetoond dat je een korte kuitspier kunt verlengen indien je, minimaal 6 uur op een etmaal, de spier rekt (plasticiteit van de sarcomeren). Dat kan dus niet met medicijnen en niet met fysiotherapie (je kunt immers niet 6 uur rekken). Ook niet met nachtsplanken (worden niet verdragen indien te veel kracht wordt uitgeoefend en nachtsplanken worden alleen voorgeschreven om progressie van spits tegen te gaan).

De enige effectieve behandeling van de (spastische/disuse) spitsvoet (en dat had niet misstaan in een blad voor gipsmeesters) is gipsredressie. Hierbij wordt de spier

maximaal gerekt gedurende 5 à 10 minuten en vervolgens in deze gerekte stand gegipt in een circulair onderbeen loopgips. Deze handeling om de 3 dagen herhalen. Met gipsredressie kun zo in 2 à 3 weken enorme lengtewinst boeken van de kuitspier en in veel gevallen chirurgie voorkomen. Belangrijk werk dus voor de gipsmeester.

Voor de spastische spitsvoet is, ten behoeve van een effectieve gipsredressie, een voorbehandeling van de triceps surae met botulinetoxine-injecties effectief (diverse studies). En dan, in geval van spasticiteit, wel nabehandelen met een nachtspalk en overdag een enkelvoetorthese in de schoen. Eventueel bij CVA patiënten een fenolisatie uitvoeren van de n. tibialis posterior. Een peroneusveer is niet bedoeld om te rekken. Een peroneusveer is een loophulpmiddel bij een voetheffersparese.

*Dr H. Van de Meent, revalidatiearts  
Afd. Revalidatie, tel +31 24 3655366  
UMC St Radboud Nijmegen*

# Bestelkaart / adreswijziging

Naam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode/Woonplaats : \_\_\_\_\_

Beroep/functie: \_\_\_\_\_

Organisatie/Werkgever. \_\_\_\_\_

## Thema-uitgave

verzoekt om toezending van de thema-uitgave:

Nr: \_\_\_\_\_, jaargang 20\_\_\_\_, € 4,50 (excl. porto, btw)

## Bewaarmap "In dit Verband"

(Gipsverbandmeesters krijgen deze bewaarmap tegen portokosten)

verzoekt om toezending van de bewaarmap: € 8,- (incl. porto en btw)

## Abonnement "In dit Verband"

verzoekt een abonnement:

abonnement € 18,55 per jaar. (incl. btw)

## Adreswijziging

verzoekt het tijdschrift voortaan toe te sturen aan:

nieuw adres

Naam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode/Woonplaats : \_\_\_\_\_

## Wat is gedaan?

De foto's zijn een beetje klein en het dus niet makkelijk te zien. Maar als je goed kijkt zie je op de AP opname een onderbreking in de epifysairschijf aan de mediale zijde in het gewricht. Dit doet denken aan Salter-Harris 3. Op de laterale opname valt op dat de fractuurlijn niet doorloopt in de fibula. Het is dus een distale tibiafractuur en lijkt op een Salter-Harris 2. Een CT werd gemaakt om eventuele dislocatie uit te sluiten. De conclusie was dat er sprake was van een triplanefractuur. De stand was acceptabel, zodat conservatief werd behandeld.

Een fractuur als deze past helemaal bij de leeftijd van de patiënt. Dit heeft te maken met hoe de groeischijf sluit van de distale tibia. Dit, en de hoe de fractuurlijnen verlopen, is prachtig te zien op de volgende link:

<http://www.youtube.com/watch?v=6VQ8YO5XddI>



CT triplane fractuur

## Wat zou u doen?

Een man van 46 jaar heeft een week geleden een val opgevangen op de uitgestrekte hand. De duimmuis en het gebied rond het CMC zijn licht gezwollen en er wordt een matig haematoom gezien. Knijpen wil niet vanwege de pijnklachten. De meeste drukpijn is aan basis van MC1. De volgende foto's worden gemaakt.

Wat zou u doen?

Stuur uw reactie naar de redactie van In dit Verband:

[haandrikmanredactie@vgned.nl](mailto:haandrikmanredactie@vgned.nl)



## Aanwijzingen voor auteurs

Lever getypte tekst op papierformaat A4 regelafstand 1.

U wordt verzocht het manuscript ook digitaal aan te leveren (Word.).

### Tekst

De tekst moet beginnen met een samenvatting van niet meer dan 100 woorden.

Aan het slot van het manuscript worden toegevoegd:

- A. 1. Naam en functie van de schrijver(s).
2. Afdeling(en) waar het werk plaatsvond.
3. Naam en volledig postadres vande schrijver waar correspondentie naar toe moet worden gezonden, en e-mail adres. Dit komt te staan onder de summary.
- B. De bijschriften bij de figuren en de tabellen. Geef met een verwijzing in de tekst aan waar de figuren/tabellen moeten komen. Voorbeeld: (figuur 1), (tabel 1).

### Illustraties (figuren/tabellen)

Illustraties, wij onderscheiden figuren en tabellen, behoren apart bijgeleverd te worden, niet in de tekst plakken. De kwaliteit moet goed zijn, beslist geen polaroids! Bij voorkeur 300 dpi op ware grootte.

Aan de achterzijde van alle illustraties of met een sticker op de dia moet worden vermeld:

1. Een nummer. Dit nummer moet overeenkomen met het nummer van het figuur c.q. de tabel in de tekst en die van het bijbehorende bijschrift.
2. Top/bovenzijde van de illustratie.

### Literatuur

Vermeld alleen de literatuur die in het artikel is aangehaald. Vermeld in de tekst in klein superschrift het cijfer dat overeenkomt met die van de literatuur lijst.

De volgorde in de literatuurlijst is: naam, voorletter(s) (zonder punten er tussen), titel, naam tijdschrift, jaartal, nummer (vet), bladzijde. Voorbeeld:

1. Veth RA, Klasen BJ. Traumatic instability of the proximal tibiofibular joint. Injury 1981; 13; 159-64.

Indien de auteurs van een artikel in de tekst worden aangehaald vermeld dan alleen de naam van de eerste auteur met "et al" ("en de zijnen/hare") en in superschrift het cijfer dat overeenkomt met de literatuurlijst.

Voorbeeld:

Walle et al <sup>19</sup> beweren dat in Nederland ....

# Colofon

## " In dit Verband "

- verschijnt 4x per jaar
- heeft een oplage van 2400 exemplaren
- is een uitgave van de vereniging:  
VERENIGDE GIPSVERBANDMEESTERS NEDERLAND (V.G.N.)
- auteursrechten voorbehouden

De V.G.N. is een vereniging, die o.a. tot doel heeft: het bevorderen van de theoretische en technische vakbekwaamheid van gipsverbandmeesters. De gipsverbandmeester behandelt patiënten met aandoeningen aan het steun- en bewegingsapparaat. Met behulp van materialen tracht hij/ zij een immobiliserende, mobiliserende, corrigerende of ondersteunende werking te verkrijgen en maakt daarbij o.a. gebruik van verband, orthese, prothese en extensie technieken.

## Redactie-Commissie

- Drs. P.F.J. Houben, algemeen chirurg, Isala-Klinieken, Zwolle.
- Martin Leenders, gipsverbandmeester, Immo Tech, Amersfoort.
- Drs. M. van der Pluijm, orthopaedisch chirurg, Sint Maartenskliniek, Nijmegen.
- Barbara Roberti, gipsverbandmeester, OLVG, Amsterdam.
- Dr. R. Saouti, orthopaedisch chirurg, VUMC, Amsterdam.
- Dr. E.J.M.M. Verleisdonk, algemeen chirurg, UMC, Utrecht.

## Vormgeving en grafische productie

- Lines & Letters, Soest

## Advertenties / abonnementen

- J. van Oene, administrateur/penningmeester  
Bas Paauwestraat 116, 3077 MP Rotterdam  
tel: 010 - 47 94 165, e-mail: [jvanoene@planet.nl](mailto:jvanoene@planet.nl)

## Eindredactie

- Miranda Philips, gipsverbandmeester,  
Scheper Ziekenhuis, Emmen,  
e-mail: [philipsredactie@vgned.nl](mailto:philipsredactie@vgned.nl)
- Douwe Haandrikman, gipsverbandmeester,  
Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk.  
e-mail: [haandrikmanredactie@vgned.nl](mailto:haandrikmanredactie@vgned.nl)

## Abonnement

gratis toezending aan:

- gipsverbandmeesters (V.G.N.)
- algemeen chirurgen
- traumatologen
- orthopaedisch chirurgen (N.O.V.)
- plastisch chirurgen (N.V.P.R.C.)
- neurochirurgen
- revalidatieartsen (V.R.A.)
- reumatologen (N.V.R.)
- Sport Medische Afdelingen (S.M.A.)
- medisch adviseurs ziekenfondsen/K.L.O.Z.
- algemene ziekenhuizen 1x
- academische ziekenhuizen 1x

Voor geïnteresseerden buiten de doelgroep:

Abonnementsprijs €17,50 per jaar.

Losse nummers €4,50 excl. porto.

Opzegging dient schriftelijk te geschieden, uiterlijk 1 maand voor het verstrijken van het abonnementsjaar (januari t/m december).

## Reproductie

Zonder schriftelijke toestemming van de uitgever is de gehele of gedeeltelijke overneming van artikelen, tekeningen en foto's uitdrukkelijk verboden.

## ISSN: 0927-9954

De verantwoordelijkheid van de inhoud van de artikelen ligt bij de auteurs zelf.