

in dit *Verband*



Behandeling volaire plaatruptuur

Metatarsale 5 fractuur en korter gips

Interview: Uit de oude doos

3

september 2016
Nummer 3
Jaargang 26

'Totale zorg op de gipskamer'

 verenigde
gipsverbandmeesters
nederland

Inhoudsopgave

Van de redactie

Barbara Roberti, Jan Snijder Uphoff

5



Behandeling Volaire-Plaatruptuur

Welmoet H. Westendorp, Linda van der Veen, Esther Moerman

6 ▶

Visitatie

Christ van de Rijt

9



Verdere gipsontwikkeling artikel MT 5 # 10 ▶

Aries Oldenhuis, Barbara Roberti

11

Distale tibia stress fracturen Voor u gelezen

M.J. Jelsma, R.N.J.de Nijs, H.W. Boons

Skelet in Beeld: Pronator quadratus
Fatpad sign

Lenny Keylard

12 ▶



Op gips avontuur in het oerwoud!

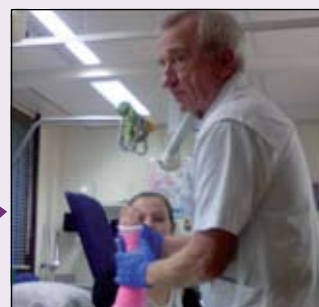
Leendert-Jan Doornbos

13

Van het bestuur

Krista te Kronnie

13



Interview: Uit de oude doos

Lenny Keylard

14 ▶

De geboorte van Evidence-Based Practice

Kim de Lange

16



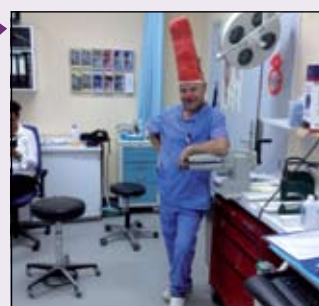
Metatarsale 5 fractuur en korter gips 17 ▶

Barbara Roberti

Bon Bini Aruba Column

Ageeth Kok

19 ▶



Refereeravond achillespeesruptuur in Alrijne

Karin den Hertog

20

Wat zou u doen?

Lenny Keylard

21

Van de redactie

Geachte lezers,

De zomer is voorbij maar we hebben niet stilgezeten deze zomer. Het vakgebied voor gipsverbandmeester blijft dynamisch en vooruitgang houdt de mens scherp.

Zo zou het wellicht toch beter zijn om de volaire plaatletsels in een meer gestrekte spalk te behandelen zoals beschreven in het artikel van Welmoet Westendorp. In dit nummer ook een stuk van Christ van de Rijt over de visitaties in den Lande. Het geeft een mooi overzicht van ziekenhuizen die gevisiteerd zijn en welke niet.

Verder ook voor u de voortgaande informatie over MT 5 fracturen, waaronder zomergips en een vervolg van de hand van Aries Oldenhuis en Barbara Roberti.

Uit OLVG West een leuk artikel over Fat Pad sign in de rubriek Skelet in Beeld van Lenny Keylard.

Voorts de vaste rubrieken gipsbopper, wat zou u doen, van het bestuur en de column van Ageeth.

Voor u gelezen werd een stuk over Tibia stressfracturen van de hand van Jetse Jelsma uit het tijdschrift NTvO.

Via Karin den Hertog kregen we een verslag van een refereeravond in het Alrijne ziekenhuis, de refereeravond ging over achillespeesruptuur en behandeling.

Van Leendert-Jan Doornbos een oproep om klompvoeten te gipsen in Afrika in oktober.

Van de hand van Lenny Keylard een interview 'Uit de oude doos'.

Van Kim de Lange een bijdrage over EBP, ook interessant om te lezen.

Hieronder volgt een rectificatie van het vorige ALV-verslag:

“Een fijne nazomer!”

In het verslag in de vorige uitgave van de ALV ontbraken foto's en beschrijving van het aantreden van Jan Snijder Uphoff als hoofdredacteur en bestuurslid en terugtreden van Miranda van Vliet als eindredacteur van ons lijfblad en beroepsvereniging.

Miranda heeft gedurende 8 jaar deel uitgemaakt van de redactiecommissie als eindredacteur, heeft dit een tijdlang gedaan met alleen Douwe Haandrikman aan haar zijde als hoofdredacteur, dus met zijn tweeën de klus geklaard die wij nu met acht leden doen.

Inmiddels weten wij wat een Sisyphus arbeid dit is om steeds het blad gevuld te krijgen met kwaliteitsartikelen en last but not least kwaliteitsadverteerders. Miranda is verantwoordelijk geweest voor deze invulling en daarnaast voor de opbouw en lay out van het blad alsmede het contact met de uitgever.

Het niet vermelden hiervan in de vorige uitgave betreuren wij als redactie en trachten dit middels dit schrijven een beetje recht te zetten.

Dank Miranda voor je geleverde prestatie en inzet al die jaren.

Wij wensen je, zowel beroepsmatig als vooral ook privé voor de komende jaren alle goeds toe en nogmaals dank.

Laat mij eindigen met een oproep aan alle lezers ons te blijven voorzien van artikelen. Collega gipsverbandmeesters, net afgestudeerden middels hun scripties, artsen die nog artikelen hebben liggen, kortom iedereen die dit blad ontvangt, leest en waardeert.

De zomer is voorbij, voor u allen een fijne nazomer gewenst.

*Barbara Roberti (eindredactie)
Jan Snijder Uphoff (hoofdredacteur)*

Verschijningstabel In dit Verband 2016

4e uitgave In dit Verband 2016

Deadline aanleveren kopij: 11 november 2016
Deadline aanleveren advertenties: 21 november 2016
Verschijningsdatum: 16 december 2016

1e uitgave In dit Verband 2017

Deadline aanleveren kopij: 10 februari 2017
Deadline aanleveren advertenties: 20 februari 2017
Verschijningsdatum: 17 maart 2017

Behandeling Volaire-Plaatruptuur met gestrekte spalken en vooral handentherapie

Welmoet H. Westendorp, Linda van der Veen, Esther Moerman

Samenvatting

De volaire plaat is een dikke bindweefselstructuur welke aan de volaire zijde van het proximale interfalangeale (PIP) gewricht gelegen is. De volaire plaat voorkomt hyperextensie van de midfalax. Rupturering van de volaire plaat door een hyperextensietrauma kan instabiliteit van het PIP-gewricht van de vinger veroorzaken¹⁻⁵. Deze ruptuur wordt in de praktijk vaak niet tijdig herkend en zo wordt het letsel inadequaet behandeld. Dit kan leiden tot posttraumatische deformiteiten^{5,6}. Met als doel eventuele invaliderende complicaties te voorkomen bespreken wij hierbij de meest voorkomende klinische presentatie en behandeling van een volaire-plaatruptuur.

Klinische presentatie

De ernst van een volaire-plaatruptuur wordt bij de eerste presentatie vaak onderschat. Een onbehandelde volaire-plaatruptuur kan leiden tot blijvend functieverlies: zowel een swanneck deformiteit als een boutonnière deformiteit of flexiecontractuur^{5,6}.

Hyperextensietrauma van het PIP-gewricht van de vinger (luxatie naar dorsaal), is een van de meest voorkomende handletsels^{7,8,9}. Een krachtig hyperextensietrauma kan aanzienlijke schade aan de structuren en weke delen van het gewricht veroorzaken^{10,11}.

Meestal is er sprake van een overrekking van de vinger welke is ontstaan tijdens het sporten. Anamnestic dient het traumamechanisme uitgevraagd te worden, zoals het voorkomen van een subluxatie of dislocatie en of deze na het trauma is gereduceerd. Het tijdsverloop tussen ongeluk en presentatie is van invloed op de mate van zwelling en stijfheid. Bij lichamelijk onderzoek wordt er pijn aangegeven over het PIP-gewricht waarbij een zwelling te zien is, eventueel met hematoom, laceratie en deformiteit.

Dorsale dislocatie kan klinisch worden waargenomen waarbij röntgenfoto's in drie richtingen (oblique, anteroposterieur en zuiver lateraal) betrouwbaarder zijn om het gewricht te beoordelen (figuur 1)^{1,3,4,5,12}. Naast een standsafwijking van het gewricht kan er soms ook een avulsiefractuur van de midfalax gezien worden. Dit kan wijzen op kapsel-schade, waaronder letsel van de volaire plaat¹³.



Figuur 1: Laterale röntgenfoto van een vinger met een avulsiefractuur ter plaatse van de basis van de midfalax.

Na het aantonen van de dislocatie dient onder lokale anesthesie repositie plaats te vinden. Vervolgens worden opnieuw röntgenfoto's gemaakt om opnieuw congruentie van het gewricht te kunnen beoordelen en om een eventuele iatrogene fractuur uit te sluiten^{4,5,11}. Middels actief en passief bewegingsonderzoek na repositie dient de stabiliteit van het gewricht te worden beoordeeld.

Bij een hyperextensietrauma van het PIP-gewricht scheuren de structuren die deze beweging antagoniseren: de volaire plaat die samenvloeit met het collaterale ligamentencomplex en zeer stevig aan de basis van de midfalax verankerd is¹⁴. De volaire plaat is een gemiddeld 1,5 mm dikke, fibrocartilagineuze structuur. Proximaal begint

deze zwaluwstaartvormig vóór het kopje (caput) van de basisfalax. Naar distaal ontstaat een plaat die de volaire gewrichtspleet overbrugt en aan de basis van de midfalax insereert. Ter plaatse van het PIP-gewricht vormt de volaire plaat de bodem van de flexorpeeschede. Stabiliteit naar dorsaal wordt voornamelijk door het lateraal-distale deel van de volaire plaat geboden, daar waar deze samenvloeit met het collaterale ligamentencomplex en zeer stevig aan de basis van de midfalax is verankerd.

Middels biomechanisch onderzoek is aangetoond dat de locatie van de volaire-plaatruptuur afhankelijk is van de snelheid van de inwerkende kracht. Een langzaam trauma leidt tot proximale rupturering, een snel trauma geeft distale rupturering, met of zonder avulsiefractuur van de basis van de midfalax. In de praktijk blijkt het vrijwel altijd om distale rupturen te gaan gezien het meestal om hoogenergetische letsels gaat. Het is van belang om onderscheid tussen distale en proximale rupturering te maken, omdat dit de aard van de late complicatie lijkt te bepalen: distale rupturering resulteert voornamelijk in de chronische, posttraumatische hyperextensiedeformiteit, proximale rupturering in de flexiecontractuur¹⁴.

Classificatie volaire-plaatruptuur

Om een inzicht te verkrijgen in de diverse verschijningsvormen van het PIP hyperextensietrauma is er door dr. R.G. Eaton een classificatie opgesteld^{15,16}. Deze is gebaseerd op de aanwezigheid van (fractuur)dislocatie. Eaton onderscheidt drie typen (figuur 2);

Type I: hyperextensie

Milde distorsie van het PIP-gewricht met microscopisch ligamenteair letsel. Hierbij is geen sprake van instabiliteit.

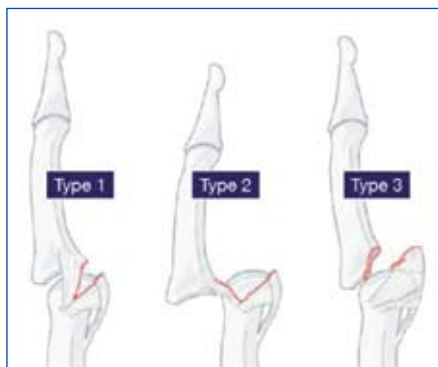
Type II: luxatie naar dorsaal

De middenfalax disloceert naar dorsaal met avulsie van de volaire plaat met (eventueel) een minimaal botfragment en een scheur in het collaterale ligament.

Type III: luxatie met fractuur onderverdeeld in stabiel en instabiel

- A stabiel: Er is sprake van een volledige luxatie in combinatie met een fractuur die niet leidt tot instabiliteit van het gewricht. Op de röntgenopname is een fractuur zichtbaar die minder dan 30-40% van het gewrichtoppervlak is aangedaan.

- B instabiel: Complete avulsie of ruptuur van minimaal twee van de stabiliserende ligamenten hetgeen leidt tot een instabiel gewricht. Er is meer dan 30-40% van het gewrichtsvlak aangedaan en er is letsel aan de volaire plaat, het collaterale ligament en het accessoire collaterale ligament.



Figuur 2: Drie typen volair-plaatletsel geïndiceerd volgens Eaton.

Behandeling – conservatief

Er zijn weinig studies gedaan die conservatieve en operatieve therapeutische opties na volaire-plaatruptuur met elkaar vergelijken. De meningen over het type en de duur van de behandeling lopen sterk uiteen van enkele dagen buddy-tape tot 6 weken statisch of dynamisch spalken (figuur 3 en 4)^{17,18,19}.



Zo wordt er bijvoorbeeld door de Nederlandse Vereniging voor Handchirurgie een extensie blokkerende spalk in 30° flexiestand aangeraden indien het PIP-gewricht na repositie stabiel is¹⁹. Onze ervaring is dat patiënten na het aanleggen van zo'n spalk vaak te laat of niet gezien worden door een handtherapeut, waardoor er inmiddels een flexiecontractuur is ontstaan. Dan dient er een extensiespalk aangemeten te worden en volgt er een langdurig na traject met vaak blijvend functieverlies.

Vanwege een gunstig effect op het voorkomen van een flexiecontractuur ofwel swanneck deformiteit hebben we in ons centrum de voorkeur om na de eerste presentatie zo snel mogelijk een spalk aan te meten met (zo mogelijk) PIP in 0° voor maximaal vier weken.

Met het advies binnen 1 à 2 weken te beginnen met gecontroleerde extensieoefeningen onder begeleiding van de handtherapeut²⁰. De handtherapeut dient de vooruitgang met goniometrische metingen van het PIP-gewricht te monitoren en tijdig terug te verwijzen naar de handchirurg bij verlies van mobiliteit. Er is frequent enkele maanden therapie nodig om maximale verbetering van de functie te verkrijgen.

Operatieve behandeling

Chirurgische behandeling is volgens de literatuur geïndiceerd wanneer de volaire plaat zo gescheurd is dat er instabiliteit in het gewricht ontstaat. En indien er een verwonding is aan de volaire zijde van het gewricht en een avulsiefragment groter dan 30% van het gewrichtsoppervlak²⁰. In zeldzame gevallen kan de volaire plaat proximaal ruptureren en er sprake zijn van interpositie tussen het caput van de proximale falanx en de basis van de midfalax. Dit kan leiden tot een niet-reponeerbare dislocatie die middels een open reductie gereponeerd moet worden.

Bij een directe open reconstructie wordt het proximale deel van de volaire plaat met niet-oplosbare hechtingen gefixeerd aan de basis van de midfalax. Dit wordt



Figuur 3: Twee vormen van thermoplast spalken tot 30 graden extensiebeperking in PIP

vanuit de huidige literatuur alleen geadviseerd bij uitgebreider letsel, zoals een niet te reponeren dislocatie of een avulsiefragment >30% van het gewrichtsoppervlak^{3,4,12,11,22}. Open reductie en reconstructie kan extra (in de toekomst hinderend) littekenweefsel geven maar biedt anderzijds ook de mogelijkheid tot nauwkeurige inspectie en débridement van het gewricht. Hierna dient ook een spalk te worden aangelegd. Intensieve handtherapie is bij deze complexe letsels essentieel voor het slagen van de behandeling.

Conclusie

Vanuit onze ervaringen geniet conservatieve behandeling op dit moment onze voorkeur, al dient nader wetenschappelijk onderzoek deze visie te onderbouwen. Voor alle scenario's geldt dat de behandeling staat of valt bij handtherapie en de compliantie van de patiënt²³. De handtherapeut bewaakt de functie van het gewricht, geeft scholing voor in de dagelijkse praktijk en weet wanneer terugverwijzen naar de handchirurg geïndiceerd is.

Door tijdig de diagnose volaire-plaatruptuur te herkennen en adequaat te behandelen kunnen eventuele complicaties zoals een swanneck deformiteit en een flexiecontractuur vaak worden voorkomen.

Welmoet H. Westendorp,
arts-assistent plastische chirurgie
OLVG Oost, Amsterdam

Linda van der Veen,
gipsverbandmeester
OLVG Oost, Amsterdam

Esther Moerman,
plastisch chirurg
OLVG Oost, Amsterdam

Corresponderende auteur:
Welmoet Westendorp
afdeling plastische chirurgie
OLVG Oost,

Postbus 95500
1090 HM Amsterdam
Telefoon: 020 599 91 11
E-Mail: w.h.westendorp@olvgnl >>



Figuur 4: Buddy tape

Literatuur

1. Wolfe SW, Hotchkiss RN, Pederson WC, Kozin SH. *Green's Operative Hand Surgery*. 6th ed. New York Elsevier 2011
2. Leibovic SJ, Bowers WH. Anatomy of the proximal interphalangeal joint. *Hand Clin* 1994;10:169-178
3. Vicar AL. Proximal interphalangeal joint dislocation without fractures. *Hand Clin* 1988;4:5-13
4. Lubahn JD. Dorsal fracture dislocations of the proximal interphalangeal joint. *Hand Clin* 1988;4:15-24
5. Liss FE, Green SM. Capsular injuries of the proximal interphalangeal joint. *Hand Clin* 1992;8:755-768
6. Watson HK, Weinzweig J. Stiff joints. In: Green DP, editor. *Operative hand surgery*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone; 1999
7. Chinchalkar SJ, Gan BS. Management of proximal interphalangeal joint fractures and dislocations. *J Hand Ther* 2003;16:117-128
8. Freiberg A. Management of proximal interphalangeal joint injuries. *Can J Plast Surg* 2007;15:199-203
9. Kim YS, Song HS, Kim HM, Chung – E. Park IJ. Simultaneous double dislocation of the interphalangeal joint in a finger. *Arch Orthop Trauma Surg* 2009;129:1387-1390
10. Waardenburg IE, Sluimers JE, Nicolai J-PA. Het hyperextensietrauma van de vinger. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:51
11. Schuurman AH, Bos KE. Behandeling van hyperextensietraumata van het proximale interfalangeale gewricht van de vinger. *Ned Tijdschr Traumatol* 1993;2:45-50
12. Glickel SZ, Barron OA, Eaton RG. Dislocations and ligament injuries in the digits. In: Green DP, editor. *Operative hand surgery*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone; 1999
13. Nance jr EP, Kaye JJ, Milek MA. Volar plate fractures. *Radiology* 1979;133:61-64
14. Bowers WH, Wolf jr JW, Nehil JL, Bittinger S. The proximal interphalangeal joint volar plate. I. An anatomical and biomechanical study. *J Hand Surg Am* 1980;5:79-88
15. Benson LS, Bailie DS. Proximal interphalangeal joint injuries of the hand. Part II: Treatment and complications. *Am J Orthop* 1996;25:527-530
16. Glickel SZ, Barron A, Catalona LW. Dislocations and ligament injuries in the digits. Volume 1 *Green's operative handsurgery* 5e edition, chapter 9, Elsevier, Churchill Livingstone, 2005
17. Brand PW: Mechanical factors in joint stiffness and tissue growth. *J Hand Ther* 1995;8:91-96
18. Kottke FJ, Pauley DL, Ptak RA: The rationale for prolonged stretching for correction of shortening of connective tissue. *Arch Phys Med Rehabil* 1966;10:345-352
19. Wynn Parry CB: Management of the stiff joint. *Hand* 1971;3:169-171
20. Handchirurgie nvv, artsen nvvsh, eds. *Hand letsels*. Nijkerk, 2005
21. Arora R, Lutz M, Fritz D, Zimmermann R, Gabl M, Pechlaner S. Dorsolateral dislocation of the proximal interphalangeal joint: closed reduction and early active motion or static splinting; a retrospective study. *Arch Orthop Trauma Surg* 2004;124:486-488
22. Deitch MA, Kiefhaber TR, Comisar BR, Stem PJ. Dorsal fracture dislocations of the proximal interphalangeal joint: surgical complications and long-term results. *J Hand Surg Am* 1999;24:914-923
23. Bot AG, Bekkers S, Herndon JH, Mudgal CS, Jupiter JB, Ring D. Determinants of disability after proximal interphalangeal joint sprain or dislocation. *Psychosomatics* 2014;55:595-601

Visitatie

Christ van de Rijt

In 1999 is de VGN gestart met het visiteren van gipskamers in samenwerking met het CBO. Daarna is er in 5 jaar een visitatieronde geweest onder 56 ziekenhuizen.

In 2005 is met TNO een normenkader ontwikkeld om her-visitatie mogelijk te maken en daarvoor is de huidige vragenlijst ontwikkeld. Momenteel hebben we 29 visiteurs, waarvan 1 landelijk coördinator en 3 regiovoorzitters. Dit jaar hopen wij de tweede ronde af te sluiten, maar door omstandigheden zal dit niet gaan lukken en zal het beleidsplan aangepast moeten worden.

Definitie visitatie

- Visitatie is het geven van feedback tussen vakgenoten, ter bevordering van kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Middels visitatie

- Wordt nagegaan of de voorwaarden aanwezig zijn om kwalitatief verantwoorde zorg te kunnen verlenen
- Ligt de nadruk op het beoordelen van de wijze waarop of de omstandigheden waaronder de zorg wordt verleend en niet de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar
- Wordt er niet geoordeeld in termen van “goed” of “slecht” maar in de vorm van advies en aanbeveling
- Worden de gevisiteerde niet afgerekend op het maken van fouten maar worden ze gestimuleerd om, waar nodig, de werkomstandigheden te verbeteren.

Het doel van de visitatie is

- Een zo goed mogelijk beeld krijgen van het reilen en zeilen van de gipsafdeling binnen de organisatie
- Het opmerken van goede onderwerpen en knelpunten en het aangeven waar verbeteringen mogelijk zijn voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Beoordeling vindt plaats aan de hand van een vooraf ingevulde vragenlijst, een bezoek aan gipskamer en omgeving en een gesprek met de gevisiteerde. Van dit geheel wordt er een verslag gemaakt en teruggezonden aan de gevisiteerde gipskamer. Visitatie is op vrijwillige basis. Visitatie dient een terugkerend proces van kwaliteitsbewaking te zijn.

De volgende ziekenhuizen zijn tot op heden gevisiteerd

2007

- Franciscus ziekenhuis Rotterdam
- Sint Maartenskliniek Nijmegen
- Sint Elisabeth ziekenhuis Tilburg
- UMGUtrecht
- Flevo ziekenhuis Almere

2008

- LUMC Leiden

2009

- Waterland ziekenhuis Purmerend
- Reinier de Graaf ziekenhuis Delft
- Gelre ziekenhuizen locatie Lucas Apeldoorn

2010

- MC Groep Zuiderzee Lelystad
- Medisch Spectrum Twente Enschede
- Medisch Centrum Leeuwarden

2011

- Gemini ziekenhuis Den Helder
- Ziekenhuis Lievensberg Bergen op Zoom
- Maxima medisch centrum Veldhoven
- Deventer ziekenhuis Deventer
- Ziekenhuis de Tjongerschans Heerenveen
- Martini ziekenhuis Groningen

2012

- Jeroen Boschziekenhuis Den Bosch
- Ziekenhuis Gelderse vallei Ede

2013

- Boven IJ-ziekenhuis Amsterdam
- MCH Haaglanden locatie Westeind Den Haag
- West-Fries Gasthuis Hoorn
- Sint Anna ziekenhuis Geldrop
- UMC Groningen
- Slingeland ziekenhuis Doetinchem
- Diaconessenhuis Utrecht
- OLVG Amsterdam
- Haga ziekenhuis locatie Leyweg Den Haag

2014

- Maasziekenhuis Patein Beugen
- Spaarne ziekenhuis Hoofddorp
- Wilhelmina ziekenhuis Assen
- Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht
- Maasstad ziekenhuis Rotterdam
- Slotervaart ziekenhuis Amsterdam
- Sint Jansdal Harderwijk
- Wilhelmina kinderiekenhuis Utrecht
- Zaans Medisch Centrum Zaandam

2015

- AMC Amsterdam
- Catherina ziekenhuis Eindhoven
- Erasmus MC Rotterdam
- Medisch centrum Alkmaar
- Meander ziekenhuis Amersfoort
- Rode Kruis ziekenhuis Beverwijk
- Kennemer Gasthuis Haarlem
- Streekiekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk
- Isala kliniek Zwolle

2016

- Ziekenhuisgroep Twente Hengelo

Totaal aantal ziekenhuizen	84
Gevisiteerd	48
Willen niet	20
Nog te doen	16.

Dit zal niet gaan lukken in 2016.

Het beleidsplan voor 2016 tot en met 2021 is bekend:

Te visiteren	63
Regio 1	28
Regio 2	12
Regio 3	23

Dit betekent dat er ongeveer 12-14 ziekenhuizen per jaar moeten worden gepland.

De planning is om de visitatie te combineren met het CZO.

Ook moeten we ons afvragen of we op dezelfde manier ronde 3 in willen gaan.

Moet de vragenlijst worden aangepast?

Moeten we gebruik gaan maken van een ander kwaliteits-systeem? Etc.

Het is de bedoeling dat er dit jaar een enquête zal worden rondgestuurd, waarin iedere gipsverbandmeester aan kan geven hoe hij/zij daarover denkt en wat zij willen. Met deze uitslagen zal de visitatiecommissie een plan opstellen.

U kunt zich, als gipskamer, aanmelden om gevisiteerd te worden door een delegatie van de visitatiecommissie. Mocht er interesse bestaan om je aan te melden als visiteur, dan kan dit natuurlijk altijd. Natuurlijk wordt dit door de vereniging gewaardeerd met accreditatiepunten. Het is immers ook verrijkend voor jezelf. Iedere deelname aan een visitatie wordt gewaardeerd met 8 accreditatiepunten.

Heb je interesse om gevisiteerd te worden of zelf te visiteren? Neem dan contact op met:

Christ van de Rijt
 Coördinator visitatiecommissie
 Sint Anna ziekenhuis Geldrop
christvanderijt@ziggo.nl

Verdere gipsontwikkeling op artikel MT 5

Aries Oldenhuis, Barbara Roberti

Aanvulling op voorgaande artikelen van de MT 5 Fractuur behandeling van Aries Oldenhuis en Barbara Roberti

Dus die MT 5 dance fracture ligt net buiten de zone 3 van je Jones fractuur indeling. Zie voor verduidelijking van de grenzen ook het artikel van Lenny van IDV 2015-4 met daarbij een duidelijk plaatje van de innervatie van de MT 5 en de zone indeling. Let wel de insertie van de m. Peroneus tertius en de verplaatsing van de fractuur zijn belangrijk indicatoren voor de mogelijke non-union en verdere verplaatsing van fractuurfragmenten.



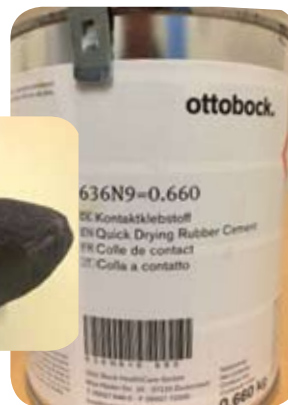
Sinds kort lukt het om een dunne rubberzool onderop de kunststof-schoen te plakken.



De juiste lijm daarvoor is van Otto Bock (no 9), uitgetest door onze orthopedisch instrumentmaker. Op beide materialen de lijm opbrengen en goed verhitten met de heat-gun laat de zool goed vastplakken voor direct gebruik.

Zo kan de patiënt thuis de kunststof-schoen gebruiken zonder hoogteverschil met de andere voet en wordt het gemodelleerde afwikkelprofiel optimaal benut.

Hier nog een voorbeeld van de kunststof-schoen + opgeplakte zool en de daarbij horende foto: de patiënt liep



overschoen? Na 4.5 weken kwam de patiënt retour. Lopen ging zonder problemen en geen asdrukpijn meer. Beleid is geleidelijk over op stevige schoen op geleide van klachten.



er al 6 dagen op voordat hij naar de SEH ging. Na 1 week onderbeen-spalk direct over op deze schoen. Eigenlijk is de zool te dik misschien kent iemand een echt dunne gips-

Hetzelfde schoentje kan ook bij kinderen worden ingezet.

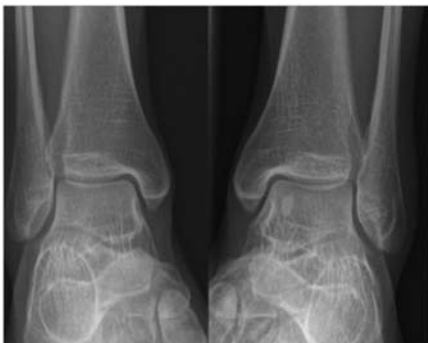
Een 45-jarige vrouw met stressfracturen van distale tibia en fibula van linker- én rechterbeen na start van een hardloopp programma. In het Nederlands vertaald uit het Nederlands Tijdschrift voor Orthopedie, Vol 22, Nr. 4, december 2015. *Een bijzondere casus.*

Distale tibia stress fracturen

J. Jelsma, R.N.J.de Nijs, H.W. Boons

Een verkorte samenvatting voor gipsverbandmeesters

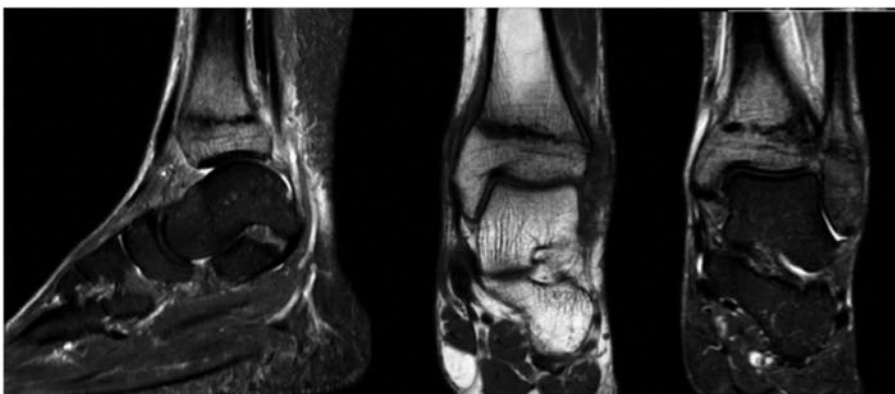
Distale stressfracturen van tibia en fibula kunnen partieel of compleet optreden na eenmalige of herhaalde excessieve belasting zoals bij deze casus van een vrouw van 45 jaar die toenemende pijn kreeg in



De eerste röntgenfoto's van linker en rechterenkel lieten geen afwijkingen zien.



Op bovenstaande röntgenfoto's zijn consolidaties van de fracturen van linker en rechterenkel zichtbaar.



Op linker MRI is de stressfractuur in de distale linker tibia duidelijk. Middelste en rechter MRI zijn AP-beelden van de fracturen en op rechterfoto is duidelijk dat tibia en fibula gefactureerd zijn.

beide enkels nadat ze was begonnen met een hardloop trainingsprogramma voor beginners. 7 weken eerder kreeg zij toenemende pijn aan beide enkels waardoor ze de training niet langer dan 12 minuten kon volhouden. De pijn bleef aanhouden bij gewoon lopen. Ze gebruikte NSAIDS om pijn te bestrijden. Bij lichamelijk onderzoek op de orthopedische kliniek van het Elkerliek ziekenhuis was de uitlijning van haar benen normaal. Bij inspectie en palpatie waren beide laterale malleoli en beide tibio-talare gewrichten zeer licht gezwollen en drukgevoelig. Op röntgenfoto's waren geen afwijkingen te zien. Differentiaal diagnostisch was overbelasting van enkelgewrichten en omringende weke delen het meest waarschijnlijk. Lidocaïne en depomedrol (3:1) infiltratie van het rechter enkelgewricht had alleen een mild positief effect. Besloten werd haar twee zachte semi-rigide gipsverbanden te geven voor 2 weken. Ondanks sterk verminderde enkelbelasting bleef zij klachten houden: links meer dan rechts. Hierop werd besloten om een MRI van het linkerenkel gewricht te maken. De MRI toonde een distale cruris stressfractuur. Nieuwe röntgenfoto's van beide enkels toonden nu wel bilaterale stressfracturen. Zij kreeg nu beiderzijds loopgips en antistolling voor 4 weken, die verlengd werd met 2 weken semi-rigide gipsverband. Haar klachten namen hierna af. Verwijzing

naar reumatoloog voor nader onderzoek via bloed- en urineonderzoek en DEXA (Dual -energy X-ray absorptiometry) toonde geen osteomalacie, systeemziekten of metabole botstoornissen, zoals osteoporose.

Opvallend aan deze casus is dat stressfracturen in vroege stadia niet zichtbaar zijn op röntgenfoto's. Pijn kan er al 2 weken tot 3 maanden zijn voordat deze fracturen zichtbaar worden bij conventionele radiografie. MRI blijkt bij klinische verdenking van stressfractuur de optimale keuze te zijn. Scintigrafie en CT-scan hebben nadelen omdat respectievelijk de scintigrafie vals negatieve uitslagen kan hebben en CT-scans minder visualisatie geven in een vroege fase van oedeem in sub-periostale ruimtes en in endostale beenmergruimtes. Een duidelijke oorzaak van deze dubbelzijdige stressfracturen is bij deze patiënt niet gevonden, behoudens het hardloopp programma.

Aanvullend werd literatuuronderzoek naar dit type stressfractuur verricht. Globaal kunnen stressfracturen veroorzaakt worden door excessieve belasting bij overigens gezonde patiënten en/of door andere (systemische) pathologie Biomechanische factoren spelen vaak een rol: denk aan voet anomalieën, varus- of valgusstanden van enkel of knie met afwijkende uitlijning van knie- en enkelgewricht en beenlengte verschillen. Tot de biomechanische oorzaken kun je ook slecht aangepast schoeisel rekenen. Andere risicofactoren zijn onder andere medicatie en roken.

*J. Jelsma,
assistent in opleiding
tot orthopedisch chirurg*

*R.N.J. de Nijs,
reumatoloog*

*H.W. Boons,
orthopedisch chirurg,*

Elkerliek Ziekenhuis, Helmond

Skelet in Beeld: Pronator quadratus Fatpad sign

Lenny Keylard

De pronator fatpad sign kun je constateren op een laterale röntgenfoto van de distale antebrachii die als teken kan fungeren om een verdenking op fracturen bij te staan. Maar is dit wel een betrouwbaar sign (teken)?

Anatomie van de Musculus Pronator quadratus

De Musculus pronator quadratus is een vierkante spier die zich aan de distale palmaire zijde van de pols bevindt. Een fascia ligt over de spier en sluit de spier af voor inter-musculaire communicatie met andere spieren en zorgt ook voor een compartiment waarin vocht zich kan ophopen. Over deze fascia ligt een dun laagje vet (fatpad) die zorgt voor afscheiding tussen de m. pronator quadratus en m. flexor digitorum profundus¹.

Origo: mediaal anterior ¼ distale deel van de ulnae.

Insertio: lateraal anterior ¼ distale deel van de radius.

Functie: pronatie van onderarm, borgt het distale radio-ulnaire gewricht.

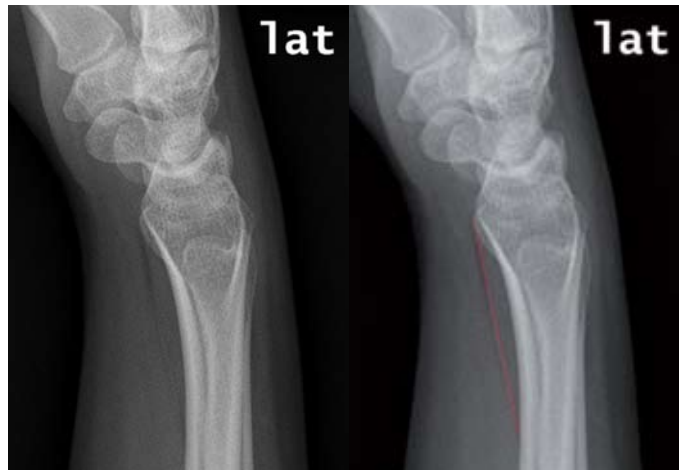
Innervatie: n. medianus⁵



Wat zien we op een röntgenfoto?

Wat we bekijken is de fatpad die op de m. pronator quadratus ligt.

Deze is te zien als een lucente lijn die een driehoek maakt met



Afbeelding 1 (normale fatpad)

de distale radius op een laterale röntgenfoto van de pols. (Afb.1).

De fatpad is in ongeveer 90 procent van alle pols-röntgenfoto's te zien, mits deze goed lateraal is ingeschoten¹. Afbeelding 1 geeft een normale pronator fatpad weer.

Wat zegt een afwijkende pronator fatpad?

Een bolling van de fatpad geeft aan dat er zich vocht/bloed in de m. pronator quadratus bevindt.

Ook kan de uitzetting van vocht de lijn doen wegvagen. Wij spreken in dit artikel alleen over een bolling (raised) en niet over de obliterated of disrupted signs.

Een pronator fatpad sign kan een indirect signaal geven van een onderarm trauma.

Dit kan zijn:

- Een fractuur van de ulnae en of radius
- Spier scheur of haematoom
- Ontstekingsbeeld
- Infecties b.v. osteomyelitis, cellulitis
- Septische artritis van de pols

Afbeelding 2 laat zien hoe een bolling van de (positieve) fatpad eruitziet.



Afbeelding 2 (positieve fatpad)

Is de pronator quadratus fatpad een veilige graadmeter voor de indicatie fractuur?

Er zijn verschillende studies die aangeven in hoeveel procent sensitief dit teken kan zijn, deze variëren van 26 tot 98 procent.

Een van de laatste studies geeft aan dat een bolling van de pronator quadratus fatpad een slechte indicatie is voor het stellen van een fractuur, en dat bij een normale fatpad je een fractuur niet kan uitsluiten.

Maar als we alle tekenen van pronator fatpad bij elkaar optellen zowel de raised (bolling) obliterated en disrupted. Dan is de sensitiviteit 65 procent en specifiek 69 procent³.

Mogelijk is verdieping in de obliterated en disrupted fatpad nog handig voor in de praktijk.

Hierover later meer.

Bronnen

- 1 Josh B. Moosikasawan, MD, The Pronator Quadratus Sign, Radiology: Volume 244: Number 3—September 2007
- 2 G. Annamalai and N. Raby Scaphoid and Pronator Fat Stripes are Unreliable Soft Tissue Signs in the Detection of Radiographically Occult Fractures. Clinical Radiology. Volume 58, Issue 10, October 2003, Pages 798-800
- 3 Explorative study of the sensitivity and specificity of the pronator quadratus fat pad sign as a predictor of subtle wrist fractures F. Fallahi & H. Jafari & Gail Jefferson & P. Jennings & R. Read. Skeletal Radiol (2013)
- 4 <http://www.wikiradiography.net/page/Soft+Tissue+Signs-+The+Wrist>
- 5 Spieren: tests en functies / Florence Peterson Kendall ... [et al.]; vert. [uit het Engels] door: Paul Hulsman; eindred.: Ad Zuidgeest; [tek. van: Diane K. Abeloff]. - 4e, herz. dr. - Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008. - X, 469 p

Lenny Keylard
OLVG west te Amsterdam

Op gips avontuur in het oerwoud!

Leendert-Jan Doornbos

Hoe mooi is het om met je kennis van het gipsverband de wereld voor kinderen in Congo-Brazzaville een klein stukje beter te maken?

Stichting 'Op Gelijke Voet' (actief in CB sinds jaren '70) voert twee keer per jaar een orthopedische missie uit voor de behandeling van Klompvoeten bij kinderen. Na anderhalf jaar onderbreking in de missies gaat er in oktober weer een ploeg die kant op. De ploeg bestaat uit een orthopedische chirurg, OK-verpleegkundigen, Fysiotherapeuten en... *een nog te vinden gipsverbandmeester!*

Verhinderd helaas, dus kan jij?

In februari 2014 ben ik met hun mee geweest naar CB. Ik vond dit geweldig. Het land is een buurland van Congo (oud Zaire) en is een stuk veiliger dan het Congo. Het landschap is erg ruig en er is veel oerwoud. In het weekend hebben we uitjes gedaan waarbij we deze natuur hebben bewonderd. De mensen zijn vriendelijk maar praten voornamelijk Frans. Door mijn beperkte steenkolen Frans heb ik daar vooral mijn schaar, zaag en gips het werk laten doen. Het was geweldig nuttig om je kennis van gipsverband ook aan de andere kant van de wereld toe te kunnen passen. Helaas ben ik dit jaar verhinderd en ben ik dus opzoek naar jou!!

Wanneer en hoe?

De missie vangt aan op 8 oktober. Gezamenlijk vlieg je dan naar het kleine vliegveld in Point Noire. Je bent in 8 uur vliegen in een totaal andere wereld aangekomen en wordt gelukkig vriendelijk ontvangen door de lokale projectcoördinator. Omdat de stichting al lang in het gebied actief is zijn de lijnen kort met de regering en kan de veiligheid zo goed als gegarandeerd worden. Vervolgens rijd je 4 uur naar het oosten om daar in het dorpje Dolisie intrek

te nemen in een hotel. De kosten voor het reizen en verblijf wordt door de stichting betaald. Elke dag loop je naar het ziekenhuis om daar gips aan te leggen, te verwijderen, te inspecteren en te instrueren. Je bent dus niet alleen bezig met gipsen maar besteed ook tijd aan het opleiden en instrueren van lokale medewerkers. Als maitre de Platre wordt jouw kennis erg gewaardeerd en toont iedereen zich leergierig. Qua apparatuur zorgt de stichting voor alles. Ik vond het alleen wel prettig om mijn eigen schaar te hebben. Uiteindelijk vlieg je op 24 oktober weer terug.

Dus...

Ben jij een enthousiaste en flexibele gipsverbandmeester die de meerwaarde van ons vak ook graag wil tonen over de grens, dan is dit echt iets voor jou! Het is verder wel echt heel prettig als je de Franse taal beheerst, al is het een klein beetje. Dit maakt het communiceren met de patientjes makkelijker en zorgt ervoor dat je beter je kennis aan de CB-collega's kan overdragen. Een grote plus verder is dat je bijzondere aandoeningen tegenkomt en direct ziet wat dit met de persoon doet. Zo zie je: Ranchitis, Blounds disease, Klompvoeten (al dan niet genegeerde), windswept knees, Cerebrale Parese en nog veel meer bizarre afwijkingen.

Interesse? Laat het me weten!

Al met al, neem a.u.b. even contact met mij op als jij het leuk vindt om met de volgende missie mee te gaan. Ik vertel je graag meer over het hoe en wat. Als je direct wat meer informatie wilt hebben, ga dan naar www.sogv.net.

Van het bestuur

Zomervakantietijd... De lekkerste tijd van het jaar als je 't mij vraagt. Niet dat ik zelf in de zomer op vakantie ga. Waarom zou je dat doen als je ook in oktober of november kunt gaan wanneer het in Nederland grijs en nat is. Andere plekken in de wereld zijn op dat moment een stuk aantrekkelijker.

Maar die zomer in Nederland vind ik dus heerlijk. Ik weet dat er door veel mensen wisselend over gedacht wordt: Schijnt de zon dan is iedereen het met me eens, regent het dan balen we hier massaal van. Schijnt de zon, dan gaat heel Nederland ineens naar buiten. De terrassen, parken en stranden zitten vol en we zijn blijer dan ooit. Dit is het gevoel wat ik bedoel... zomer in Nederland. Hadden we die baaldagen met regen niet, dan zouden we de zon nooit zo waarderen als we nu doen.

Terwijl mensen om me heen vakantie nemen, werk ik dus lekker door. Ondertussen genietend van het relaxte zomergevoel dat iedereen heeft. Door de lage vakantiebezetting is het weleens wat drukker op de gipskamer, maar ach... de patiënten in hun korte broeken hebben de tijd.

Tussen de middag lekker lunchen in de zon. Na het werk even lekker een fris biertje of wijntje drinken op het terras of lekker

buiten sporten; skaten, hardlopen, fietsen. Als je geen zin hebt om te sporten, maak je een lange wandeling. Of toch liever dat terras met dat koude drankje. Nog eventjes de BBQ aan, natuurlijk nemen we nog een drankje...

Ineens besef je weer dat je morgen gewoon weer moet werken en dat het inmiddels al ver voorbij je normale bedtijd is... oeps. Gelukkig slaapt iedereen slecht dankzij de muggenplaag, dus valt je slaperige hoofd niet echt op tussen die van je collega's de volgende ochtend.

Zelfs onze bestuurstaken staan op een laag pitje. De meeste bestuursleden gaan er even tussenuit. Even geen skype- of real-life-vergaderingen. Alleen de dagelijkse bestuurstaken gaan gewoon door, verder is het aan de bestuursleden zelf hoe actief ze zich bezighouden met de VGN. In mijn geval is dat, zoals je waarschijnlijk al verwacht had, minimaal.

Kortom: Superfijn die zomer in Nederland! Het zorgt ervoor dat je prioriteiten in je leven lekker helder zijn: Optimaal genieten als de zon schijnt, morgen kan het weer anders zijn.

*Krista te Kronnie
Penningmeester VGN*

Interview: Uit de oude doos

Lenny Keylard

Naam: Eric Schaft

Functie: Gipsverbandmeester

Leeftijd: 62 jr

Werkend vanaf in de gipskamer:
1990

Welk ziekenhuis: Voorheen De Heel,
momenteel Zaans Medisch Centrum

Waarom bent u gipsverbandmeester geworden, of hoe bent u in aanraking gekomen met het vak?

Eric: In 1971 heb ik mijn verpleegkundige A diploma gehaald, in '78 mijn kinder aantekening en in '88 heb ik de SEH opleiding gedaan en ben ik op de Spoedeisende hulp gaan werken.

In deze tijd was je in je eentje aan het werk op de gehele SEH, geen secretaresse geen hulp, je moest alles zelf regelen op een dag waar er toch zo'n 30 patiënten langs kwamen in je dienst.

De Chirurgen waren destijds zelf gipsen aan het aanleggen. Je werd dan ingedeeld op de poli, SEH of gipsmiddag.

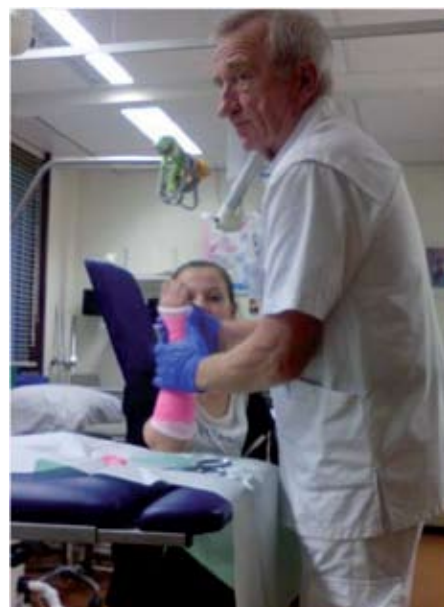
Zo kwam Eric via de spoedeisende hulp in aanraking met het vak van gipsverband.

Wat sprak u zo aan in het vak gipsverbandmeester?

Eric: Het zelfstandig werken en dat je een inbreng hebt in het behandelplan.

Vanaf 1990 is Eric gediplomeerd gipsverbandmeester.

Eric Schaft in actie.



Wat is in uw ogen het meest veranderd in het werkveld in de afgelopen jaren/tijden? In positieve zin en negatieve zin.

Eric: Wat het meest is veranderd zijn de kunststof gipsmaterialen, ik vind dit positief omdat je er dunner mee kan werken waardoor je nog minimale bewegingen toe laat die spier atrofie iets verminderen. Dit was niet mogelijk met glasfiber.

Eric: de beroepsgroep is erg positief, professioneel en actief.

Zo ben ik vroeger weleens afgereisd naar het AMC met een patiënt in mijn eigen auto, omdat ik een speciale spalk moest aanleggen voor een peesletsel bij een patiënt waarvan ik niet goed wist hoe deze precies in elkaar zat. In het AMC hebben wij samen een gips aangelegd dat paste bij de aandoening.

Dit geeft aan dat collega's open staan voor elkaar en feedback accepteren en respecteren.

Wat mist u aan de oude werkwijzen of technieken die niet meer bestaan? En waarom?

Eric: Ken jij het **Velpeau** verband, of heb jij ooit een **thorax abductie** gips gemaakt in de praktijk? Wat wij vroeger ook aanlegden is een **Durchhang** (doorhang) gips waarbij iemand moest doorhangen bij een wervel fractuur tussen 2 tafels, met schouder en kont alleen op de tafel.

Eric Schaft samen met Eric van Barneveld



Welke handeling of techniek paste u vroeger toe in de praktijk, die achterhaald is, of bij voorbaat al aan twijfelde over de werking ervan.

Eric: Ik heb altijd al getwijfeld aan de toepassingen en werking van de patella tendon bearing. Zelf geloof ik niet zo in de werking en de krachtsovang die het zou moeten leveren.

En om deze reden heb ik dit ook niet toegepast in de praktijk. Ook had ik niet veel vertrouwen in de Allgowerbeugel. Deze gipste je in bij een onderbeengips en stak voorbij de voet uit waardoor je erop kon staan en de kracht zich verdeelde over het onderbeen, in plaats van de enkel.

Hoe ziet u de toekomst en innovaties in het vak?

Eric: Ik zie het positief in en vindt bijvoorbeeld de 3-d printers fantastisch. Ik denk dat je het niet tegen kan houden, en moeten we het tegenhouden?

Wel denk ik dat we moeten waken voor ons vak en ons domein, doordat deze innovaties eraan komen zullen we moeten knokken om maatwerk te leveren in plaats van ortheses uit de kast trekken.

De basiskennis zal altijd hetzelfde blijven en zal behouden moeten worden voor het vak!

Oude techniek of toepassing die aangedragen is door ge-interviewd personage:



Eric Schaft samen met Eric van Barneveld

Wat is de gedachte van de techniek of toepassing?

Je kan er met beleid een redressie van het kniegewricht mee bereiken door hem aan te draaien en de knie in extensie te brengen.

Wat is het materiaal? En hoe werk je ermee?

Het is een metalen constructie, die je geleidelijk kan aandraaien totdat het doel bereikt is en extensie voldoende is in het knie gewricht.

Lenny Keylard

Quengelgips

Uitleg:

Quengelgips, Eric heeft dit apparaat laten maken door de technische dienst van het ziekenhuis.

Wat is het?

Een apparaat dat je ingipst op onder en bovenbeen waarbij de knie vrij is.

Indicatie: Knie contracturen, extensie beperkingen knie.

Waar wordt het voor toegepast?

Behandeling van extensie beperking van de knie.



De geboorte van Evidence-Based Practice

Kim de Lange

Enige tijd geleden beseftte ik dat ik tot de laatste generatie behoor die zich nog levendig kan herinneren hoe het leven was zonder mobiele telefoon. Sommige verschijnselen raken zo ingeburgerd dat je vergeet dat het ooit – nog niet zo lang geleden – anders was. Neem het verschijnsel Evidence-Based Practice (EBP). Elke zorginstelling wil evidence-based zorg verlenen, elke hbo-v heeft EBP opgenomen in het curriculum en de termen Evidence-Based Medicine (EBM) en Evidence-Based Practice zijn wereldwijd bekend. Toch had vijftig jaar geleden nog niemand van beide begrippen gehoord. Waar komt deze populaire wetenschappelijke stroming vandaan? En wat heeft EBP voor de verpleegkunde betekend?

Bewijs het maar

Rond 1980 ontwikkelen David Sackett en zijn collega's een nieuwe onderwijsmethode voor geneeskundestudenten aan de Canadese McMaster University, genaamd *critical appraisal*. In plaats van dat de docent - de autoriteit - alle antwoorden op klinische vragen dicteert, leren studenten zelf antwoorden te vinden in wetenschappelijke artikelen. Bovendien moeten ze deze artikelen voor gebruik eerst kritisch beoordelen op kwaliteit en bruikbaarheid.

In 1992 publiceren David Sackett en zijn collega's een artikel over hun onderwijsmethode. Ze bepleiten enthousiast een verschuiving van *authority-based medicine* naar *evidence-based medicine*.¹ De patiëntenzorg zou volgens de auteurs verbeteren als het geneeskundig handelen niet langer gebaseerd zou zijn op intuïtie of klinische ervaring, maar alleen op *evidence* afkomstig uit wetenschappelijk onderzoek. Deze stelling levert veel discussie op. In 1996 publiceren ze om die reden opnieuw een artikel: *Evidence-based medicine: what it is and what it isn't*.² Hierin geven ze een gematigder definitie: een *evidence-based* genomen beslissing integreert het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, de klinische ervaring en de voorkeur van de patiënt. Het is dezelfde definitie die elke hbo-v student tegenwoordig leert in de propedeuse.

Of het door de publicaties in gerenommeerde vakbladen komt, de bevoegenheid van de auteurs, de tijdsgeest of puur de inhoud; de nieuwe anti-autoritaire en pro-wetenschappelijke denkwijze wordt een wereldwijde hit. De geboorte van EBM is een feit en David Sackett staat sindsdien bekend als 'father of EBM'.

Hype of blijvend?

Ook in Nederland dringt EBM door. Eerst alleen onder artsen, maar daarna ook onder verpleegkundigen. Rond 1998 verschijnen in Nederlandse vakbladen als *TvZ* en *Verpleegkundig Nieuws* de eerste artikelen over *Evidence-Based Practice*, dan meestal nog aangeduid als *Evidence-Based Nursing* of *Evidence-Based Verpleegkunde*. Er zijn positieve, maar zeker ook kritische geluiden. Zo waarschuwt de toenmalige Nederlandse hoogleraar *Verplegingswetenschap* Mieke Grijpdonck in 2000 voor te veel optimisme over deze EBP 'hype'. EBP groeit echter uit tot meer dan een hype. Een belangrijke stimulans is dat de eerste hbo-v's in 2005 EBP als vak opnemen in hun curriculum. Sindsdien leren ook verpleegkundestudenten waar ze wetenschappelijke artikelen kunnen vinden en hoe ze deze artikelen kunnen beoordelen op betrouwbaarheid en bruikbaarheid.

Hielden verpleegkundigen voor de komst van *Evidence-Based Medicine/Nursing/Practice* zich dan niet bezig met wetenschap? Jawel. Al in 1980 startte in Maastricht de opleiding tot *Verplegingswetenschap*. Maar in tegenstelling tot nu, stond niet het onderzoeken van verpleegkundige interventies centraal, maar werd het verschijnsel verplegen bestudeerd. Wat is verpleegkunde en wat is het niet?

Toen de studie in 1990, als onderdeel van de studie *Algemene Gezondheidswetenschappen* in Utrecht startte, kwam er meer nadruk op onderzoek naar verpleegkundige interventies. Onderzoek werd hiermee kwantitatiever van aard. De opkomst van *Evidence-Based Practice* versterkte deze ontwikkeling omdat binnen EBP de kwantitatieve onderzoeksmethoden – zoals het gerandomi-

seerd gecontroleerd onderzoek (RCT), *systematic reviews* en *critically appraised topics* (CAT's) - meer aandacht krijgen dan kwalitatieve onderzoeksmethoden.

Kritisch denken

Hoewel EBP in de medische en verpleegkundige sector – net zoals de mobiele telefoon in het dagelijks leven – tegenwoordig niet meer weg te denken is, zijn er toch belangrijke kanttekeningen te plaatsen bij dit wetenschappelijke fenomeen. De eerste kanttekening betreft de zogenaamde verschuiving van *authority-based* naar *evidence-based* zorg verlenen. In hoeverre is er in de verpleegkundige praktijk sprake van zo'n verschuiving? Met de opkomst van EBP kwam er meer aandacht voor *systematic reviews*, richtlijnen en protocollen. Zijn dit eigenlijk niet nieuwe autoriteiten die verpleegkundigen geacht worden te volgen? De huidige hbo-v student wordt weliswaar opgeleid tot EBP-gebruiker – iemand die zelf richtlijnen kan zoeken en beoordelen; in de praktijk fungeren de meeste verpleegkundigen echter vooralsnog als EBP-volgers – iemand die 'louter geldende richtlijnen aanhoudt of adviezen van EBP-experts opvolgt'.

Een tweede kanttekening betreft het idee (of zelfs illusie?) dat we *evidence-based* zorg verlenen zolang we richtlijnen en protocollen opvolgen. Er bestaat namelijk een grote kloof tussen wetenschap en praktijk. Zo gaan er vaak jaren voorbij voordat onderzoeksresultaten daadwerkelijk doorgedrongen zijn in de praktijk en andersom blijkt het zeer lastig om bewezen zinloze interventies, zoals het bijhouden van een vochtbalans, uit de praktijk te bannen.

Ondanks deze twee kritische punten, kan EBP niet afgeschreven worden als een achterhaalde wetenschappelijke stroming. De winst van EBP moet wellicht niet gezocht worden in de nieuwe wetenschappelijke onderzoeksgebieden of onderzoeksmethoden die de beweging propageert, maar in het inzicht dat kritisch denken essentieel is om een goede hulpverlener te kunnen zijn.

Bronnen

Leestip voor geïnteresseerden:

'*A Doctor's Order: the Dutch-Case of Evidence-Based Medicine (1970-2015)*' van Timo Bolt.

- 1 Evidence-Based Medicine Working Group. 'Evidence-Based Medicine: a New Approach to Teaching the Practice of Medicine'. JAMA 1992;nr268;p2420-5.

- 2 Sackett DL et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: p71-2.

Informeer bij de auteur voor overige bronnen.

Kim de Lange

Basis Metatarsale 5 fractuur en korter gips

Barbara Roberti

Dit stukje laat een verkorte zomer versie van het OBLG (onderbeen loopgips) zien die in het OLVG ook wordt gegeven bij MT5-basis avulsie fracturen met groot fragment of Jones fractuur zonder dislocatie. Dit gips wordt ook als zwimmersgips aangeboden met niet absorberende watten als basis.

Meestal wordt er in het OLVG 6 weken gips voorgeschreven en belasten op geleide van pijn. Na 6 weken wordt dit zonodig verlengd naar 8 tot 10 weken.

Doel van het gips is het voetgewelf goed te ondersteunen en trekkracht bij de aanhechting van de Peroneus Brevis pees te minimaliseren.

De reden dat we vaak tot vlak onder de knie gipsten was omdat je met een langere hefboom meer kracht kan verminderen en omdat het gips anders vervelend in de kuit kan drukken.

Na een MOK-cast cursus zijn er een aantal varianten uitgeprobeerd om te kijken of de beweeglijkheid bij een korter gips daadwerkelijk de enkel minder immobiliseert. Dat bleek niet echt het geval. Maar de randen waren wel irritant. Daarvoor zijn we overgegaan op een combi-cast. Waarbij een stevige opbouw van voetgewelf en voet gedaan wordt met een 10 cm scotch-cast en de verdere opbouw met soft-cast 7,5 cm. De afwikkeling wordt sterk verminderd zodat de Peroneus Brevis minimaal kan bewegen. Er kan gekozen worden voor zwimmersgips als er geen wonden zijn en de huid niet te fragiel is. Bij mensen met oedeemateuze benen wordt dit gips wel afgeraden i.v.m. oedeemvorming net boven de rand van het gips, dan is OBLG (de lange versie) beter.

Barbara Roberti OLVG
Email: B.E.Roberti@olv.nl



Column Ageeth op Aruba Column

Iedere uitgave schrijft Ageeth, 40 jaar, getrouwd met Theo Kok (eigen timmerbedrijf), over haar belevenissen op de gipskamer vanaf het zonovergoten Aruba.

Losse schroeven

Mirjam is gelukkig een maandje extra gebleven. Inmiddels is de sollicitatieprocedure echt begonnen. Eer we iemand hebben gevonden, die ook in Nederland een opzegtermijn heeft en nog van alles moet regelen, zijn we toch zo weer een paar maanden verder. Terwijl we aan het zoeken zijn naar een vaste kracht, wilde Martin gelukkig voor een iets langere periode blijven.

Helemaal fijn, want ik wilde graag naar het jubileumcongres en dat betekende dat ik dan afwezig was en er wel iemand moest zijn die de gipskamer full-time kon waarnemen... Vandaar dat we Martin hebben gevraagd, hij heeft namelijk al in 2007 en 2008 op Aruba gewerkt. Er is natuurlijk veel veranderd, maar hij kent het eiland en de collega's en dat maakt het altijd iets makkelijker. Hij heeft altijd al gezegd dat hij graag weer eens wilde komen. Toevallig kwam het in Nederland ook net zo uit dat hij nu wel even voor een tijdje weg kon, dus dat was voor beide partijen een uitkomst. Martin is uiteindelijk drie maanden gebleven.

Het was voor hem als thuiskomen. De ballonnen (waar je van die figuurtjes van kan maken) van hem destijds heb ik nog liggen. Hij kan zo weer met de kindertjes aan de slag. Ook de felbegeerde snert wordt nog steeds op maandag geserveerd. Vroeger voor 1 gulden, inmiddels kost ie 3,05 gulden, maar dat mag de pret niet drukken. Veel herinneringen dus voor Martin. Bij aankomst bleek dat velen hem nog wel kenden. Wat natuurlijk super voor hem was. Helaas waren de ballonnen een beetje 'gaar' en knalden de meeste bij het opblazen al uit elkaar. Gelukkig doet de rode neus het ook altijd goed.

De eerste twee maanden op Aruba werkte Martin maar vier uurtjes per dag. Voor de maand juni was het een 40-urige werkweek. Maar Martin had veel bezoek, dus dat was ideaal. Thuis ontbijten, daarna een paar uurtjes werken en vervolgens weer afspreken op het strand. Verder mochten Theo en ik regelmatig de bbq-kunsten van Martin proeven. Ik denk dat de bbq-king er niets bij is; heerlijke Lentse ballen en ribjes. Niet te versmaden!

We hebben ook weer fijn samengewerkt. Er waren veel patiënten met een onderbeenamputatie, dus daar hebben we onze ervaringen over uitgewisseld. Sinds een paar maanden is namelijk eindelijk het protocol erdoor dat alle amputaties in het gips gaan. We hebben daar best veel werk van. Veel mensen hier op het eiland zijn namelijk – helaas – diabetes en daarom hebben wij regelmatig te maken met amputaties.



We hebben samen ook weer aparte dingen meegemaakt. Bijvoorbeeld een patiënt die kwam met gipsklachten. Hij gaf aan dat het voelde alsof zijn kous aan het been plakte, want wanneer hij zijn enkel bewoog voelde hij het trekken. Bij het verwijderen van het gips was de operatiewond helemaal open, zelfs zover dat we de plaat konden zien zitten. Vervolgens liet de patiënt zien hoe hij oefende en wanneer hij wat voelde. Bleek dat hij zo hard zijn enkel heen en weer heeft bewogen en met zijn hand zijn voorvoet heeft 'gewiebel'. Zo had hij meer kracht. De schroeven zijn er gewoon uit 'gelopen'. "De dokter zei dat ik moest oefenen..."

De eerste sollicitatiebrieven zijn inmiddels binnen, dus daar gaan we ons hierover buigen. Spannend en leuk. Tot snel...

Groetjes Ageeth Kok

Refereeravond achillespeesruptuur

Karin den Hertog

Op maandag 23 mei hebben de gipskamer, chirurgie en orthopedie van het Alrijne ziekenhuis gezamenlijk een refereeravond georganiseerd. Titel van deze informatieve avond was: "Achillespeesruptuur, van blessure tot aan herstel."

Na een achillespeesruptuur hebben de gipsverbandmeester en de fysiotherapeut een grote rol in de nabehandeling. Om deze reden zijn de gipsverbandmeesters uit de regio en fysiotherapeuten uit het voet/enkel netwerk van het Alrijne ziekenhuis uitgenodigd om meer kennis te vergaren over het ontstaan van de achillespeesruptuur, de verschillende behandelmogelijkheden en gevraagd om met elkaar van gedachten te wisselen over dit onderwerp.

Na een inleidende presentatie over de anatomie en pathofysiologie van de achillespees door Lotte Nieuwenhuys, physician assistant orthopedie, werd de acute ruptuur onder de loep genomen. Dr. E. Ritchie, traumatoloog hield een heldere presentatie over de keuze tussen conservatieve en operatieve behandeling bij de acute ruptuur, gebaseerd op de nieuwste onderzoeken.

De langer bestaande of gemiste ruptuur werd besproken door dr. W. van Laar, orthopeed. Hij liet een voorbeeld zien van een operatieve repair van een chronische ruptuur.

De nabehandeling op de gipskamer verschilt nogal eens tussen ziekenhuizen. Barbara Roberti, gipsverbandmeester presenteerde haar onderzoek over deze verschillen in gipsbehandeling en nodigde de gipsmeesters uit tot uitwisselen van ervaringen. Daarbij kwam naar voren dat de conservatieve behandeling van de achillespees beter dynamisch zou kunnen zijn. Er zijn ziekenhuizen die dit al doen. Hou er rekening mee dat er kans op Elongatie is van de achillespees. Dit betekent dat de hakverhoging langer ingezet moet worden dan bij operatieve ingreep (in het OLVG 2 weken in spits onbelast gevolgd door belast 6 weken in een walker met hakverhoging met oefeningen tot 90 graden (onbelast) daarna hakverhoging in de schoen tot 2 weken).

De refereeravond werd afgesloten door Jochem Klein, fysiotherapeut. Hij vertelde over de opbouw van het vaak langdurige revalidatietraject na een achillespeesruptuur repair.

Deze avond bood een mooie gelegenheid om een kijkje in de keuken te nemen van de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt met een achillespeesruptuur.



Gipsbloopers!

Deze Dame had een artrodeze van haar DIP-gewricht van DIG 2. Ze zullen op de operatiekamer wel gedacht hebben dat de 1-step-splint niet ingekort kon worden. De dame had wel veel bekijks gehad. Er waren op straat zelfs mensen die haar vroegen of ze naar huis wilde bellen (ET Phone home). Ze miste alleen nog het lampje in de top van de vinger. Natuurlijk moest ze ook vaak iets aanwijzen.

Als u ook zulke bijzondere gipsen tegenkomt mail ze dan met foto de redactie van "In dit Verband" of naar barbararoberti@hotmail.nl



In dit Verband
S. Tambach-Bunt
De Sint Pieter 10
1509 ZK Zaandam

a.u.b.
postzegel
plakken

Wat zou u doen?

Deze mevrouw melde zich in het OLVG met een pijnlijke pols na een val.
Er werden foto's gemaakt. Wat valt u op en hoe lang zou u gips voorschrijven?
Stuur uw reactie naar de redactie van In dit Verband e-mail: redactie@vgned.nl

Lenny Keylard



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 : _____



verenigde
gipsverbandmeesters
nederland

Dhr. M. van Griethuysen,
Voorzitter
(dagelijks en algemeen bestuur),
voorzitter@vgned.nl

Mevr. E.A. Buter-Kanis,
secretaris
(dagelijks en algemeen bestuur),
secretariaat@vgned.nl

Mevr. K. te Kronnie,
penningmeester,
vice-voorzitter
(dagelijks en algemeen bestuur),
penningmeester@vgned.nl

Mevr. A. van Warners,
bestuurslid met portefeuille
Registratie & Accreditatie,
registratiecommissie@vgned.nl

Dhr. W. Walet,
bestuurslid met portefeuille
Opleiding en CZO,
opleidingscommissie@vgned.nl

Dhr. C.G.J.M.H. van de Rijt,
bestuurslid met portefeuille
Visitatie,
visitatie@vgned.nl

Mevr. A. Kik,
bestuurslid met portefeuille
Ledenactiviteiten,
ledenactiviteiten@vgned.nl

Jan Snijder Uphoff,
bestuurslid met portefeuille
Redactie "In dit Verband",
idv@vgned.nl

Vacant,
Notuliste,
notulist@vgned.nl

Dhr. C. Feijten,
Website,
communicatie@vgned.nl

Het postadres van het
Secretariaat VGN is:
Secretariaat VGN
Merelweg 38
8191 XR Wapenveld

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

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 ¹⁹ beweren dat in Nederland

Colofon

"In dit Verband"

- verschijnt 4x per jaar
- heeft een oplage van 1500 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.
- Lenny Keylard, gipsverbandmeester, OLVG, Amsterdam
- Mathijs Marres, gipsverbandmeester, UMC Utrecht.
- Lody Muskita, gipsverbandmeester, OLVG, Amsterdam.
- Drs. M. van der Pluijm, orthopaedisch chirurg, Sint Maartenskliniek, Nijmegen.
- Erna Pronk, gipsverbandmeester, WFG, Hoorn
- Dr. R. Saouti, orthopaedisch chirurg, VUMC, Amsterdam.
- Dr. Egbert-Jan M.M. Verleisdonk, Traumachirurg, Diaconessenhuis, Utrecht.
- Tryntsje Zwart, gipsverbandmeester, Medisch Centrum, Leeuwarden.

Vormgeving en grafische productie

- Lines & Letters bv, Soest

Advertenties / abonnementen

- Sonja Tambach-Bunt, secretaris/penningmeester IdV De Sint Pieter 10, 1509 ZK Zaandam
- e-mail: secretariaatIDV@vgned.nl

Eindredactie

- Barbara Roberti, gipsverbandmeester, OLVG, Amsterdam.
- e-mail: redactie@vgned.nl

Hoofredactie

- Jan Snijder Uphoff, gipsverbandmeester, MCGroep Lelystad/Emmeloord
- e-mail: ldv@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.