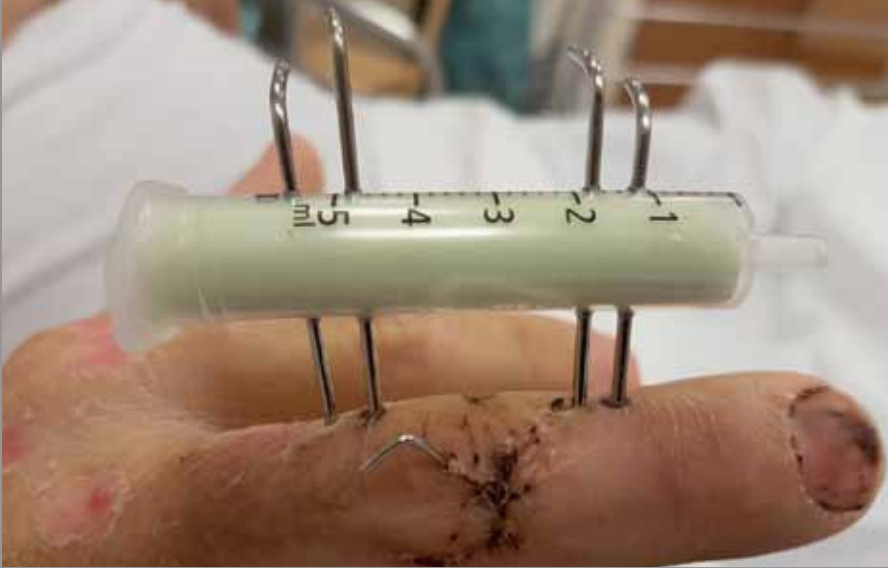


# in dit *Verband*



De behandeling van een avulsiefractuur

De VIPER studie is afgerond

Sugartong splint en Muenster gips

# 4

december 2018  
Nummer 4  
Jaargang 28

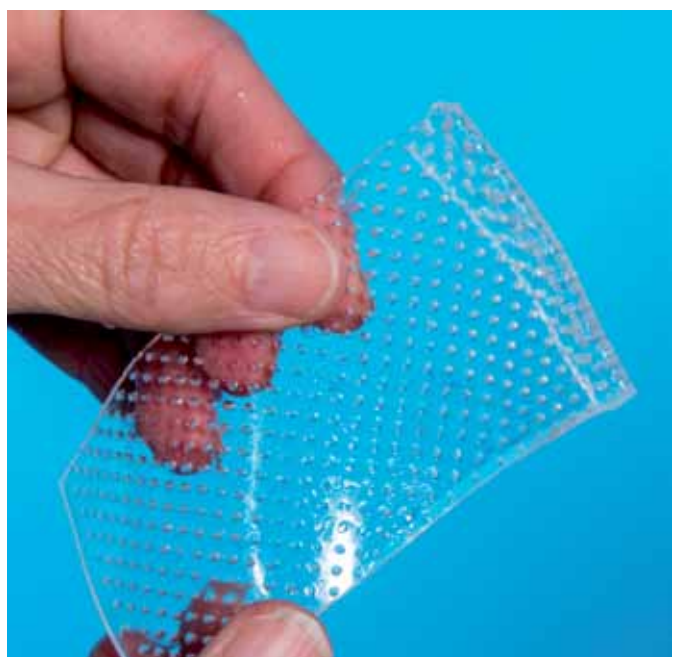
*‘Totale zorg op de gipskamer’*

**De Vereniging Afwijkende Heupontwikkeling informeert en ondersteunt iedereen die te maken krijgt met heupdysplasie en heupluxatie, de ziekte van Perthes, epifysiolyse en andere heupaandoeningen.**

**In onze besloten Facebookgroepen kan men terecht om ervaringen uit te wisselen en vragen te stellen.**

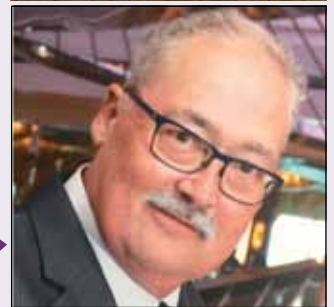


**Meer informatie is te vinden op [www.heupafwijkingen.nl](http://www.heupafwijkingen.nl). Ook kunt u daar gratis folders bestellen die u kunt meegeven aan (ouders van) patiënten.**



# Inhoudsopgave

Van de redactie	5
<i>Barbara Roberti</i>	
De behandeling van een avulsiefractuur van de tuberositas tibiae	6
<i>Linda van den Berg</i>	
Bijzonder materiaalgebruik	8
<i>Patrick de Laat</i>	
De VIPER studie is afgerond	8 ▶
<i>Marjolein Mulders</i>	
Mag ik rijden met gips?	10
<i>Marc van Megroot</i>	
Sugartong splint en Muenster gips	12 ▶
<i>Lenny Keylard</i>	
Een blik achter de schermen Dit keer: onderzoek naar het ontwikkelen van nieuwe biologische behandelmethodes voor artrosen	13
<i>René van der Lugt</i>	
Leefstijlcoaching in zorgverband	15
<i>Meijke van Herwijnen</i>	
Met de stand van de spalk gaat het nogal eens mis bij het aanleggen Onderzoeksartikel	16 ▶
<i>Jenny Groen</i>	
Ik kijk tevreden terug Interview met Mendel van Griethuysen	18 ▶
<i>Jan van Doorn</i>	
Het zelfgemaakte hulpstuk van Willem	19
<i>Willem Beemsterboer</i>	
Met krukken of een krukje?	20 ▶
<i>Gerrit Renooij</i>	
Ageeth op Aruba Column	21
<i>Ageeth Kok</i>	
Zorgpaden op de Belgische manier	22
<i>Lody Muskita</i>	
Basic-Fit mag niet meer om medische verklaring vragen	22
<i>Barbara Roberti</i>	
De patiënt: een Indiase drum	23
<i>Leendert-Jan Doornbos</i>	
In memoriam Peter Langenbach	24 ▶
<i>Lothilde den Besten</i>	



# Van de redactie

Voor u het decembernummer. In dit nummer een gevarieerd aanbod van artikelen. Het is echt heel leuk om elke keer weer een nieuw tijdschrift te creëren. Een hele klus voor de gehele redactie en die wil ik natuurlijk even in het zonnetje zetten na een jaar vol hard werken. Hartelijk dank daarvoor we hebben het weer mooi gefikst in 2018! Volgend jaar gaan we weer enthousiast nieuwe nummers maken samen met natuurlijk alle personen die mooie/interessante/grappige/ artistieke/bijzondere artikelen aanleveren. Ik ben benieuwd wat er allemaal binnen gaat komen.

In augustus willen we een themanummer maken gericht op kinderchirurgie/trauma. Graag wil ik u uitnodigen daarover mee te denken en mogelijke interessante personen of artikelen met de redactie te delen. Ook casuïstiek is van harte welkom.

De voorzitter (Mendel van Griethuysen) van de VGN legt zijn functie dit jaar neer dat betekent dat deze functie vrijkomt. In dit nummer hebben we een interview met hem en vertelt hij over zijn periode als voorzitter. Vanuit de redactie bedanken wij Mendel voor alle steun die hij ons heeft gegeven met name in de vernieuwde opbouw van de site en ook met het zoeken naar oplossingen voor het zoeken naar redactionele ondersteuning. Tijdens de ALV meer hierover. Ik denk dat ik ook namens alle gipsverbandmeesters mag vermelden dat wij erg dankbaar zijn voor zijn inzet voor de VGN, er is veel bereikt!

In dit nummer een artikel over AvulsiefRACTuur van tuberositas tibia van Linda van den Berg (sportarts in het Erasmus MC). Een duidelijk en overzichtelijk artikel over een zeldzaam letsel. Heel handig om dit gelezen te hebben ter herkenning van het letsel en eventuele complicaties.

Patrick de Laat heeft foto's van een unieke ex-fix, zo kan je altijd een ex-fix aanbrengen als de materialen niet geheel compleet zijn, het lijkt me in ieder geval een goedkope oplossing.

## De redactie wenst u een voorspoedig, maar bovenal gezond 2019!

Dr. Marjolein Mulders heeft de resultaten van de VIPER-studie als casuïstiek voor gipsverbandmeesters vrijgegeven. Opvallend is dat de kosten bij werkende mensen lager zijn bij een operatie t.o.v. conservatieve behandeling.

Lenny Keylard geeft een uitgebreide uitleg over het aanleggen van een muenstergips. Leuk om eens uit te proberen i.p.v. een bovenarmgips. Uiteindelijk zoeken we steeds meer naar een dynamische vorm van immobiliseren.

Marc Megroot heeft alles voor ons op een rijtje gezet over rijden met gips. Na het lezen van dit stuk weet u wat u kunt vertellen aan uw patiënt over rijden met gips.

René van der Lugt maakt een serie over ontwikkelingen en onderzoeken die nu gaande zijn in het Erasmus MC die direct invloed kunnen hebben op de toekomstige behandeling van onze patiëntencategorie. Zeer interessant om te lezen.

Ook de psychosomatische behandeling heeft invloed op genezing en behoudt van gezondheid. Vaak hebben wij als gipsverbandmeester daar minder tijd voor. Een leefstijlcoach kan hiervoor een oplossing bieden. Patiënten kunnen via hun zorgverzekering navragen of ze vergoeding hiervoor krijgen. Merijke van Herwijnen

(voorzitter van het landelijk bureau gespecialiseerd in leefstijl coaching) schrijft een artikel hierover.

Jenny Groen is net afgestudeerd als verpleegkundig specialist in het OLVG. Zij heeft een onderzoek gedaan naar de implementatie van het aanleggen van een thermoplastische spalk voor vinger letsel op de SEH. Een uitgebreide samenvatting van dit onderzoek is gemaakt.

Via de poli revalidatie van het AMC werd ik in contact gebracht met Willem Beemsterboer. Hij had voor zijn buurman een hulpmiddel gemaakt om het ongemak van een gipsbroek te verlichten. U kunt het resultaat aanschouwen.

In het OLVG had een patiënt een vernuftig (oud) krukje uit de kast getrokken voor mobiliseren met onbelast gips. Vakwerk voor goede timmermannen.

Ageeth houdt ons op de hoogte van het reilen en zelen op Aruba. Lody Muskita was op bezoek bij de zuiderburen en schreef daar een stukje over. Leendert-Jan had nog even tijd om een extra gipsklus te klaren.

Afsluitend in dit tijdschrift de In memoriam voor Peter Langenbach die veel voor de VGN heeft gedaan. Fred Mulder schreef nog een mooi stuk over Peter Langenbach.

De decembermaand een tijd van bezinning en een tijd van vooruitkijken.

Ik wens u fijne feestdagen toe en een voorspoedig 2019 namens de gehele redactie!

*Vriendelijke groet,  
Barbara Roberti en  
redactieteam*

### Verschijningstabel In dit Verband 2019

#### 1e uitgave In dit Verband 2019

Deadline aanleveren kopij: 8 februari 2019  
Deadline aanleveren advertenties: 8 februari 2019  
Verschijningsdatum: 15 maart 2019

#### 2e uitgave In dit Verband 2019

Deadline aanleveren kopij: 10 mei 2019  
Deadline aanleveren advertenties: 10 mei 2019  
Verschijningsdatum: 14 juni 2019

# De behandeling van een avulsiefractuur van de tuberositas tibiae

Linda van den Berg

Hoe komt het, dat de avulsiefractuur van de tuberositas tibiae vooral bij mannelijke adolescenten die intensief sporten voorkomt? En wat is de beste behandeling ervan?

## Pathofysiologie & traumamechanisme

Een avulsiefractuur van de tuberositas tibiae, is zeldzaam, en wordt meestal gezien bij sportende adolescenten. Op de plek waar de patellapees (ofwel pees van de m. quadriceps) zijn aanhechting heeft (tuberositas tibiae), ontwikkelt tijdens de groei het kraakbeen zich tot botweefsel. Tijdens deze ontwikkeling is de tuberositas tibiae kwetsbaar.

## Bovendien groeit botweefsel sneller dan spierweefsel

Bovendien groeit botweefsel sneller dan spierweefsel, waardoor er meer rekspanning is op de spieren en pezen. Hierdoor neemt de spanning op de tuberositas tibiae ook toe. Bij een plotselinge grote trekkracht van de m. quadriceps bij het strekken van het bovenbeen kan er een stukje van het bot worden afgetrokken, de avulsiefractuur. Intensief sporten, met name atletiek en andere springsporten, is een van de risicofactoren. Bij de landing komen er grote krachten vrij op het strekapparaat van de knie, waarbij de fyse van de tuberositas en het omliggende perichondrium kunnen falen.

De twee belangrijkste traumamechanismen zijn contractie van de quadricepsspieren tegen een gefixeerde tibia of acute passieve flexie van de knie bij aangespannen quadricepsspieren. (1-4) Soms wordt gezegd dat een onderliggende ziekte van Osgood-Schlatter en een avulsiefractuur met elkaar geassocieerd kunnen worden, maar een causaal verband is nog niet gevonden. (1, 2, 4-7) Het grote verschil is ook dat de ziekte van Osgood-Schlatter in het ossificatiecentrum plaatsvindt en dat een traumatische avulsie posterieur van dit ossificatiecentrum optreedt. Een avulsiefractuur van de tuberositas tibiae komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes. Mogelijk komt dit doordat jongens later in de groei komen en de apofyse en fyse

hierdoor later sluiten. Jongens zijn bovendien gemiddeld wat groter en zwaarder gebouwd en door een beter ontwikkelde m. quadriceps kunnen er grotere krachten op de insertie van het strekapparaat komen. (2, 3) Een andere verklaring is dat jongens vaker deelnemen aan atletiek en andere springsporten. (8)

## Classificatie

In de loop van de jaren zijn er verschillende classificatiemodellen geweest voor de avulsie van de tuberositas. De gemodificeerde Ogden classificatie is een samenvoeging van al deze modellen.

Type 1 is een fractuur door de apofyse, slechts een deel van de tuberositas is geavulseerd.

Als de volledige apofyse is losgetrokken, maar de proximale epifyse van de tibia nog intact is, is er sprake van type 2.

Bij type 3 is de volledige apofyse losgetrokken met een deel van de epifyse, doorlopend tot in het gewricht. (9)

Bij type 4 is er sprake van een apofysiolyse van de tuberositas en een epifysiolyse van de proximale tibia, omdat de fractuur doorloopt naar posterieur door de gehele fyse van de proximale tibia. (1, 10)

Type 5 is aan avulsie van het perichondrium ter plaatse van de aanhechting van de patellapees en lijkt op de patellar sleeve. (11)

## Bijkomend letsel & complicaties

Met het optreden van de avulsiefractuur kunnen ook de patellapees en/of quadricepspees scheuren (2). Bij een gescheurde patellapees zal de afstand tussen de onderpool van de patella en het avulsiefragment toenemen als de knie gebogen wordt. Het

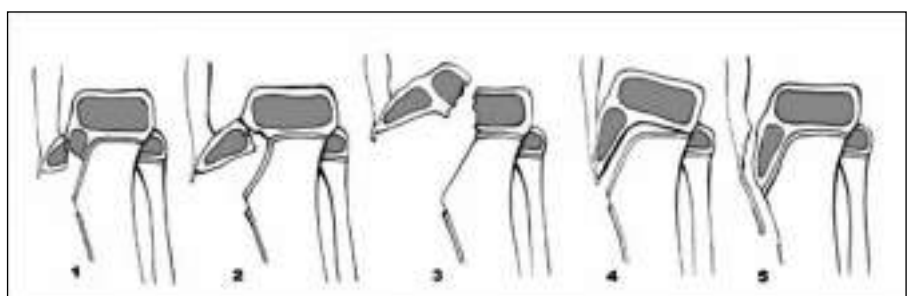
## Het is belangrijk altijd zowel een röntgenfoto met gestrekt been als met gebogen been te maken

is daarom belangrijk altijd zowel een röntgenfoto met gestrekt been als met gebogen been te maken. (12) Als er sprake is van een fractuur die doorloopt tot in het gewricht (type 3) kan er ook sprake zijn van schade aan de menisci en minder vaak ook de kruisbanden. (5, 13) Doordat de takken van de a. tibialis circumflexa anterior over de tuberositas tibiae lopen kan bij een avulsiefractuur ook een compartimentssyndroom optreden. (2, 14) Doordat de avulsiefracturen optreden op een moment dat er nog weinig restgroei is, is er zelden sprake van klinisch relevante groeistoornissen zoals beenlengteverschil of genu recurvatum. (2, 5, 8) Indien de avulsiefractuur op jongere leeftijd optreedt moet hier langduriger op worden gecontroleerd.

## Behandeling

Omdat een avulsiefractuur van de tuberositas tibiae niet vaak voorkomt, is voor

Figuur 1. De gemodificeerde Ogden classificatie type 1 tot en met 5. (7)



de behandeling geen uitgebreide wetenschappelijke literatuur en berust het meest op expert opinion. De behandeling is erop gericht het strekapparaat en de gewrichtscongruentie te herstellen.

De fracturen waarbij het gewricht niet betrokken is (type 1 en type 2) kunnen conservatief behandeld worden met gesloten repositie en gipsimmobilisatie voor zes weken. De fracturen waarbij het gewricht wel betrokken is, moeten worden behandeld door open, anatomische repositie en interne fixatie. (2-5) Deze behandeling wordt ondersteund door vier tot zes weken gipsimmobilisatie. (2, 3)

### Conclusie

Hoewel zeldzaam, komt de avulsiefractuur van de tuberositas tibiae het meest frequent voor bij mannelijke adolescenten die intensief sporten. Afhankelijk van de betrokkenheid van het gewricht worden de fractuur gesloten of open gereponeerd, maar de behandeling wordt altijd aangevuld met een gipsimmobilisatie.

### Referenties

1. Inoue G, Kuboyama K, Shido T. Avulsion fractures of the proximal tibial epiphysis. *British journal of sports medicine*. 1991;25(1):52-6.
2. Frey S, Hosalkar H, Cameron DB, Heath A, David Horn B, Ganley TJ. Tibial tuberosity fractures in adolescents. *Journal of children's orthopaedics*. 2008;2(6):469-74.
3. Mosier SM, Stanitski CL. Acute tibial tubercle avulsion fractures. *Journal of pediatric orthopedics*. 2004;24(2):181-4.
4. Zrig M, Annabi H, Ammari T, Trabelsi M, Mbarek M, Ben Hassine H. Acute tibial tubercle avulsion fractures in the sporting adolescent. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*. 2008;128(12):1437-42.
5. Ogden JA, Tross RB, Murphy MJ. Fractures of the tibial tuberosity in adolescents. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 1980;62(2):205-15.
6. Ogden JA, Southwick WO. Osgood-Schlatter's disease and tibial tuberosity development. *Clinical orthopaedics and related research*. 1976(116):180-9.
7. DL. S. Extra-articular injuries of the knee. In: Beaty JH KJ, editor. *Rockwood and Wilkins' fractures in children*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 969-73.
8. Kafer W, Kinzl L, Sarkar MR. [Epiphyseal fracture of the proximal tibia: review of the literature and report of simultaneous bilateral fractures in a 13-year-old boy]. *Der Unfallchirurg*. 2008;111(9):740-5.
9. R. W-J. *Fractures and joint injuries*. Baltimore: Williams and Wilkins; 2012. p. 831-3.
10. Ryu RK, Debenham JO. An unusual avulsion fracture of the proximal tibial epiphysis. Case report and proposed addition to the Watson-Jones classification. *Clinical orthopaedics and related research*. 1985(194):181-4.
11. Davidson D, Letts M. Partial sleeve fractures of the tibia in children: an unusual fracture pattern. *Journal of pediatric orthopedics*. 2002;22(1):36-40.
12. Frankl U, Wasilewski SA, Healy WL. Avulsion fracture of the tibial tubercle with avulsion of the patellar ligament. Report of two cases. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 1990;72(9):1411-3.
13. Lipscomb AB, Gilbert PP, Johnston RK, Anderson AF, Snyder RB. Fracture of the tibial tuberosity with associated ligamentous and meniscal tears. A case report. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 1984;66(5):790-2.
14. Pape JM, Goulet JA, Hensinger RN. Compartment syndrome complicating tibial tubercle avulsion. *Clinical orthopaedics and related research*. 1993(295):201-4.

*Linda van den Berg,  
Sportarts MC Erasmus*

# Bijzonder materiaalgebruik

*Patrick de Laat*

Tijdens ons spreekuur in het Radboudumc kregen wij het verzoek om een externe fixateur van een patiënt te verwijderen. De fixateur was aangelegd in Schotland, waar de patiënt een motorongeval had gehad.

Bij het verwijderen van het verband kwamen wij deze constructie tegen (zie foto). De spuit is gevuld met botcement en er zitten vier K-draden doorheen, die in de vingerkootjes zijn gefixeerd. In het gewricht zit ook nog één losse K-draad.

Met een kniptang knipten wij de K-draden onder de spuit door, om vervolgens met een combinatietang de resterende K-draden te verwijderen. Dit ging probleemloos en zonder klachten van de patiënt.

We hebben alles ontsmet tijdens het werken. De vinger is verbonden. Na inspectie kreeg de patiënt het advies tot handrevalidatie wegens stijfheid van de vinger. (Hij heeft vier weken fixatie gehad).

Wij vonden de manier van gebruik van materialen bijzonder en wilde dit onze collega's niet onthouden.

*Patrick de Laat,*  
gipsverbandmeester in opleiding/  
spoedeisende hulp verpleegkundige  
Radboudumc in Nijmegen.



---

# De VIPER studie is afgerond

*Marjolein Mulders*

Vele gipskamers in Nederland hebben meegewerkt aan de VIPER studie waarin de resultaten van een conservatieve behandeling van een extra-artculaire gedислоceerde distale radiusfractuur wordt vergeleken met de operatieve behandeling. In dit stuk geen uitweiding over inclusie /exclusie van patiënten en fracturen maar als het goed is weet u daar nog wel van aangezien deze bekend waren op de gipskamers. Het resultaat was natuurlijk al een tijdje bekend maar nog niet vrijgegeven aan ons vakblad. Marjolein Mulders is op dit onderwerp gepromoveerd en heeft voor ons tijdschrift een casuïstieke samenvatting gemaakt voor gipsverbandmeesters. Als u meer informatie over de achtergrond wil weten kunt u dit opvragen bij Marjolein Mulders.

Een 57-jarige man valt tijdens het sporten op de uitgestrekte pols. Hij bezoekt de spoedeisende hulp van een groot ziekenhuis in Nederland. Op deze spoedeisende hulp worden de Amsterdam Wrist Rules (AWR) toegepast omdat het tijd en kosten bespaart, en de kans op het missen van een klinisch relevante breuk van de pols laag is. De AWR-smartphoneapplicatie raadt aan om een röntgenfoto van de pols te maken. Op de röntgenfoto wordt een gedислоceerde extra-artculaire distale radius fractuur gezien, met tevens een fractuur van het processus styloideus ulnae. De breuk wordt gereponeerd met een acceptabele stand als eindresultaat.

Op dit moment adviseert de huidige nationale richtlijn voor alle gedислоceerde distale radius fracturen, gesloten repositie en gipsimmobilisatie. De fractuur van het processus styloideus ulnae blijft onbehandeld omdat we weten dat deze bijkomende fractuur niet resulteert in slechtere functionele uitkomsten. Na een week wordt er opnieuw een röntgenfoto van de pols gemaakt om te bevestigen of er geen redislocatie heeft opgetreden. De kans dat de fractuur redisloceert tijdens conservatieve behandeling is tot 60%, en ongeveer 40% van de conservatief behandelde patiënten moet alsnog worden geopereerd. Bovendien is een speciaal ontworpen predictie-model niet in staat om nauwkeurig te voorspellen welke fracturen een grote kans hebben om te redisloceren, en waarbij dus operatieve behandeling overwogen moet worden.

De röntgenfoto laat zien dat de fractuur is geredisloceert en de patiënt en de chirurg besluiten om alsnog operatief te behandelen volaire plaatfixatie. Tijdens deze procedure wordt de pronator quadratus losgemaakt om de plaat op de pols te kunnen plaatsen en fixeren. Het opnieuw hechten van deze spier wordt niet uitgevoerd, omdat is aangetoond dat er geen voordelen zijn van het hechten van de pronator quadratus. Zou de fractuur onbehandeld zijn gebleven op de eerste afspraak op de polikliniek, dan zou dit kunnen hebben geleid een symptomatische malunion. Een malunion kan zorgen voor pijnklachten en een functiebeperking van de pols, en kunnen worden behandeld met een correctie osteotomie. Deze procedure toont acceptabele functionele resultaten op de lange termijn met een PRWE-score van 18,5. Deze score blijft echter hoger dan de gemiddelde PRWE-score van de normale populatie die 7,7 punten bedraagt.

Na de operatie vraagt de patiënt wat hij na één jaar van zijn polsfunctie kan verwachten. Van de VIPER studie weten we dat operatief behandelde patiënten met een gedислоceerde extra-artculaire distale radius fractuur met een acceptabele stand na repositie, betere functionele uitkomsten hebben vergeleken met conservatief behandelde patiënten. Bovendien moet 42% van de conservatief behandelde patiënten alsnog worden geopereerd door een redislocatie. Deze patiënten hebben een slechter functionele uitkomsten na één jaar dan patiënten die meteen geopereerd worden.

Later dat jaar krijgt de chirurg een telefoontje van een zorgverzekeraar. De werknemer vertelt hem dat er in Nederland een aanzienlijke variatie is in de behandeling van patiënten met een breuk van de pols, en dat de chirurg een groot aantal patiënten operatief behandelt. De chirurg antwoordt dat operatieve behandeling van een patiënt met een breuk van de pols die scheef stond maar weer goed is rechtgezet €1676 minder kost dan conservatieve behandeling. Bovendien kost voor patiënten met een betaalde baan, operatieve behandeling €6851 minder in vergelijking met conservatieve behandeling. Met andere woorden, opereren is een kosteneffectieve interventie, vooral bij patiënten met betaald werk.

Marjolein Mulders  
[m.a.mulders@amc.uva.nl](mailto:m.a.mulders@amc.uva.nl)



*De Amsterdam Wrist Rules app geeft een advies aan alle artsen en verpleegkundigen werkzaam op de SEH, om wel of geen röntgenfoto van de pols aan te vragen bij een patiënt met een trauma van de pols (bijvoorbeeld een val op uitgestrekte hand).*





# Mag ik rijden met gips?

Marc van Megroot

Hoe vaak krijgen we deze vraag op de gipskamer te horen? Iedereen heeft wel een antwoord, maar eenduidig is dat niet in Nederland, ook arts en verzekeraar wijzen naar elkaar.

Na een kleine discussie met een van de artsen vond ik het tijd om hieromtrent wat op een rijtje te krijgen.

Doel was om vanuit de verzekeraars (niet allemaal) een eenduidig antwoord te krijgen wat ze doen bij schade. Graag had ik vanuit de wetgeving ook een sluitende bijdrage verwacht.

Tijdens mijn zoektocht in deze materie stuitte ik op een artikel uit het Medisch Contact van 9 mei 2013 geschreven door H. Bolkestein en dr. G. van Olden. Zij waren beide (toen) werkzaam in Meander Medisch Centrum te Amersfoort. Het is een vrij recent artikel en dus bruikbaar. Om hiervan bevestiging te krijgen heb ik een mailwisseling gehad met Mr. J. (Koos) Spee. Vervolgens schreef ik de verzekeraars aan om te vragen in hoeverre de maatschappij nog met hun standpunt eens was zoals gepubliceerd in Medisch Contact.

## De wetgeving

Allereerst vroeg ik om raad vragen bij het CBR (Centraal Bureau Rijvaardigheid). Daar was ik snel klaar: zij vertelden dat de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf ligt. Op de vraag of zij vinden of de patiënt met gips over het normale gebruik van arm en been beschikt, werd geantwoord dat dit inderdaad niet het geval is. Is de gezondheidsverklaring die je moet tekenen als je in het gips zit dan nog steeds bindend? Ja, luidde het antwoord, want de verantwoordelijkheid om te rijden ligt nog steeds bij de patiënt.

De regelgeving voor autorijden voor mensen met een lichamelijke handicap volgt uit de WvW (wegverkeerswet) uit 1994 en uit de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) Rijvaardigheid en geschiktheid. In deze wet is in artikel 5 opgenomen dat er een verbod is om een gevaar op de weg te zijn of het overige verkeer te hinderen.

Ook wordt erin beschreven (artikel 6) dat het verboden is om een zodanig gedrag te vertonen dat door jouw schuld een ander kan worden gedood of ernstig lichamenlijk letsel kan worden toegebracht. Je moet je dus gewoon netjes en veilig gedragen op de weg omdat je anders als je een ongeluk veroorzaakt strafrechtelijk kunt worden vervolgd.

Blijft de vraag of rijden met gips als onveilig gedrag kan worden beschouwd. De wet beschrijft in Artikel 124 WvW dat de geldigheid van het rijbewijs vervalt wanneer je als houder ervan niet meer kan beschikken over de lichamelijke en/of geestelijke geschiktheid die vereist wordt om een voertuig te besturen.

Je moet dan zelf als houder van het rijbewijs bij het CBR worden getest. Maar iemand met een geldig rijbewijs is niet verplicht om dit onderzoek aan te vragen of de (nieuwe) beperking te melden. Het duurt bij het CBR ongeveer 3 maanden voor een onderzoek is afgerond. Dat is dus te lang, aangezien de gipsbehandeling in bijna alle gevallen korter is.

Dan is er nog artikel 130 in de WvW en de regeling maatregelen rijvaardigheid en geschiktheid uit 2011. Hierin wordt geschreven dat een politieagent het rijbewijs mag invorderen als hij denkt dat de houder ervan niet in staat is om een motorvoertuig in bedwang te houden. Door het CBR wordt dan een maatregel opgelegd. Ze doen dan onderzoek naar de geschiktheid om een motorvoertuig te besturen.

“Een stoornis in het gebruik van een of meer ledematen is de grond op het vermoeden voor verminderde rijgeschiktheid.” Conclusie: Als iemand een arm of been in het gips heeft, kan de politieagent vermoeden dat de bestuurder niet in staat is om het motorvoertuig te besturen.

Duidelijkheid in de wetgeving ontbreekt dus nog steeds. Daarom heb ik de hulp ingeschakeld van **Mr J. (Koos) Spee**. Hij kwam naar aanleiding van bovenstaande met de volgende antwoorden: “In het oude RVV (Reglement Verkeersregels en Verkeerstekens) van 1966 stond een artikel dat van belang is voor dit onderwerp, namelijk:

*Artikel 13: De bestuurder moet voortdurend in staat zijn de handelingen te verrichten die van hem worden vereist. Hij moet voortdurend zijn voertuig of de*

*door hem bestuurde of geleide dieren onder controle hebben.*

*Maar dit artikel is met de wetswijziging van 1990 gesneuveld en komt dus niet meer voor in het RVV. Was dit artikel niet meer nodig of is de mening van de wetgever hieromtrent veranderd?*

*Nee. Het motto van het RVV 1990 was ‘Geef je verstand eens voorrang’. Op grond hiervan heeft de wetgever een aantal artikelen die voor zich spraken, geschrapt. Overigens met de nadrukkelijke bepaling dat het niet voldoet aan dit soort regels, die dus wel in het oude RVV stonden, voortaan zouden vallen onder het zogenaamde kapstokartikel in artikel 5 WvW.*

*Dus moet je nog steeds voortdurend in staat zijn om alle handelingen te verrichten die van je worden vereist en dat kan ook een plotselinge stuurcorrectie zijn om bijvoorbeeld een overstekend kind te ontwijken.*

*Als je met een been of arm in het gips zit lukt het niet om je voertuig voortdurend onder controle te houden.*

*Het lijkt mij dat je met één arm in het gips geen auto kan rijden omdat je auto daar niet op ingericht is (dat is soms wel het geval bij een auto die voor een invalide is aangepast).*

*Voor wat betreft de benen kan je ook geen auto kan rijden als er één been in het gips zit, dan zit je namelijk in een heel andere houding achter het stuur en is het moeilijk de auto in bijzondere omstandigheden onder controle te houden.*

*Ik zie één uitzondering en dat is als de auto een automaat is en alleen het linkerbeen onder de knie of nog lager in het gips zit. Dan kan je de auto wel onder controle houden, ook als er zich plotselinge omstandigheden voordoen.*

*Vriendelijke groet,  
Mr. J (Koos) Spee*

## De verzekeraar

Het bovenstaande gaat dus uitsluitend over een mogelijke strafrechtelijke vervolging. Bij een ongeluk kan ook een civiel aansprakelijkheid om de hoek komen kijken. We zijn in Nederland verplicht om via de autoverzekering de wettelijke aansprakelijkheid (WA) te verzekeren. In de polis kan de verzekeraar opgenomen hebben dat de verplichting om uit te betalen in bepaalde gevallen wordt ingetrokken. Op dit moment raden ziekenhuizen aan om aan de verzekeraar een schriftelijke verklaring te vragen. Deze zeggen dat zij hun cliënten laten weten het advies van de arts op te volgen. Hierdoor wordt de indruk gewekt dat de verantwoordelijkheid bij de arts ligt omdat hij kennis heeft over de toestand van de patiënt.

De arts kan dus door deze kennis de patiënt adviseren. De beslissing wel of niet in de auto te stappen en deze te besturen ligt bij de patiënt. De arts staat vrij of hij een schriftelijke verklaring opstelt, maar in Medisch Contact wordt artsen afgeraden om zo'n verklaring af te geven.

In Medisch Contact waren enkele reacties gevraagd van verzekeraars en daarom heb ik opnieuw navraag gedaan hoe ze er nu tegenaan kijken.

## De praktijk/conclusie

*Wat gaan we nu de patiënt adviseren?*

Op de allereerste plaats staat de veiligheid voorop. Met gips autorijden is niet verboden, maar mag/kan per definitie niet. Aangezien de omstandigheden bepalend zijn voor de verzekeraar om schade uit te keren of te weigeren, zou een grote rol voor de patiënt zelf moeten spelen of hij wel of niet aan het verkeer gaat deelnemen.

Als we afgaan op het advies van Mr. J. (Koos) Spee, hoe het CBR erover denkt en wat de wetgever bedoelt, kunnen we stellen dat het niet verantwoord is om met gips een voertuig te gaan besturen. Artsen zullen waarschijnlijk nooit een schriftelijke verklaring opstellen waarbij ze de patiënt toestaan om een voertuig te besturen. Herkeuring voor het besturen duurt te lang, en is over de meeste gipsperiodes heen.

Mijn advies en misschien ons advies als beroepsgroep zou moeten zijn om het besturen van een motorvoertuig gedurende de gipsperiode te vermijden. Doe een beroep op het gezonde verstand van de patiënt, en wijs hem op de gevaren zoals in dit artikel vermeld.

Marc van Megroot  
Gipsverbandmeester ADRZ  
Goes/Vlissingen  
[m.vanmegroot@adrz.nl](mailto:m.vanmegroot@adrz.nl)

Maatschappij	2013	2018
<b>FBTO</b>	Als een arts het niet afraadt om te rijden met gips, is het toegestaan. Het blijft de eigen verantwoordelijkheid van de bestuurder. Het kan zijn dat er niet wordt uitbetaald, afhankelijk van het geval.	Wij luisteren naar het besluit van de behandelend arts. Onze voorwaarden;  Heeft de klant een medische ingreep gehad? Of zit hij zit in het gips? Heeft een beroerte, een herseninfarct of een hartaanval gehad? Of heeft hij een ander lichamelijk gebrek? Dan is het aan de medisch specialist, huisarts of behandelaar om te beoordelen of de klant in staat is om een motorvoertuig te besturen.  Heeft de arts aangegeven dat de klant weer kan rijden? Maar verwijst hij de klant nog wel door naar het CBR? Dan moet de klant zich alsnog tot het CBR wenden. Geeft het CBR aan dat de klant niet mag rijden tot aan een (eventuele) medische keuring? Dan is het rijbewijs, tijdens die periode, niet geldig en is de klant dus ook niet verzekerd.
<b>Centraal Beheer/Achmea</b>	Dekking wordt pas niet meer geboden als er een verklaring is van een arts dat het voor de verzekerde niet veilig is om auto te rijden	Wij verwijzen naar de behandelend arts.  Heeft onze verzekerde een medische ingreep gehad? Of zit hij in het gips? Dan verwijzen we naar de medisch specialist, huisarts of behandelaar om te beoordelen of de klant in staat is om een motorvoertuig te besturen. Een verzekerde mag van ons autorijden wanneer de arts het niet afraadt of verbiedt. Belangrijk is dat de verzekeringnemer de auto goed kan besturen.
<b>Nationale Nederlanden</b>	Het advies is om het advies van de arts op te volgen. De verantwoordelijkheid ligt echter bij de verzekerde. Indien het ongeluk wordt veroorzaakt door het gips, is de verzekerde aansprakelijk.	Wij adviseren om het advies van de arts op te volgen. De verantwoordelijkheid ligt echter bij de verzekerde.  In geval van schade is het afhankelijk van de omstandigheden of er wordt uitbetaald.
<b>Univé</b>	De bestuurder is verantwoordelijk voor de veiligheid. In geval van schade is het afhankelijk van de omstandigheden of er uitbetaald wordt.	Geen reactie na herhaaldelijk e-mailverkeer en telefonisch contact.
<b>Ohra</b>	Adviseert om te overleggen met de arts. Indien de situatie volgens hem veilig is, hebben zij er geen probleem mee als cliënten autorijden met gips.	Wat de verzekeringstechnische kant (wel of geen dekking) betreft, is het afhankelijk van het soort schade dat veroorzaakt is en in hoeverre het gips hieraan heeft bijgedragen, en op welk dekkingsonderdeel een beroep wordt gedaan.
<b>ANWB</b>	Als de arts zegt dat het kan dan is het goed.	Een bestuurder moet zich realiseren dat het dragen van gips in zijn algemeenheid beperkingen met zich mee brengt. Wanneer blijkt dat een ongeval (mede) is veroorzaakt door een lichamelijke beperking, kan dit gevolgen hebben voor de verzekeringsdekking. Iemand die gaat rijden met gips neemt dus een risico. Dit risico zal beperkt zijn wanneer een arts aantoonbaar positief heeft verklaard over de rijgeschiktheid.
<b>AllSecur</b>	Dekking wordt geboden indien de verzekerde in het bezit is van een geldig rijbewijs en een schriftelijke verklaring van de arts. Aard en inhoud van deze verklaring worden niet nader toegelicht.	Wat wij hier normaal gesproken in aanhouden, is het oordeel van de arts. Er hoeft niet direct een schriftelijke verklaring afgegeven te worden, maar de behandelend arts kan beter beoordelen of rijden wel of niet veilig is.  Vanzelfsprekend is er geen dekking als verzekerde geen geldig rijbewijs heeft en als de wet voorschrijft dat het rijbewijs niet geldig is wanneer een bestuurder gips heeft, spreekt de consequentie voor zich.

# Sugartong splint en Muenster gips

Wat zijn de voor- en nadelen van deze gipsapplicaties en wanneer leg je ze aan?

Lenny Keylard

## Wat is een Sugartong splint en wat is een Muenster gips?

Een Sugartong splint (afbeelding.1) en het Muenster- of Munstergips (afb.2) zijn beide een gipsapplicatie voor immobilisatie van de onderarm met als belangrijkste kenmerk een beperking van pro- en supinatie zonder dat de elleboogflexie en -extensie in ernstige mate geblokkeerd worden.



Afb. 1 sugartong splint.



Afb.2 Een modified Muenster cast.

## Voor- en nadelen van Muenstergips/ Sugartong splint

### Voordelen:

- Flexie en extensie mogelijk in de elleboog.
- Beperkt in grote mate de pro- en supinatie, waarbij de Muenster cast meer effectief is dan de Sugartong splint. (1)
- Het kan toegepast worden bij twijfel tussen bovenarmgips of onderarmgips.

### Nadelen:

- Beperkt pro- en supinatie in grote mate maar niet volledig.
- Vergt enige oefening in aanleggen.
- Sugartong splint en Muenster gips kunnen een wond veroorzaken aan de achterzijde van de elleboog (zie afb. wond elleboog) wanneer er te weinig padding wordt gebruikt. (3)



Afb. van de wond aan de achterzijde elleboog door Sugartong splint.

### Weetjes

De Sugartong splint beperkt 30 procent van de pro- en supinatie van de onderarm.(3)

Een aangepaste versie van de Sugartong splint beperkt de pro-en supinatie nog meer en voorkomt de wond aan de achterzijde van de elleboog. (3)

Het circulaire Muenstergips beperkt de pro- en supinatie bijna net zo goed als een bovenarmgips, mits de arm goed wordt gemoduleerd. Dit wil zeggen dat de onderarm, zowel volair als dorsaal wordt gemoduleerd zodat er geen cirkelvormige cilinder ontstaat maar een ovaal.

### Waarvoor wordt het toegepast?

Dit gips kan toegepast worden bij fracturen van:

- Midschacht ulnae na een tot drie weken bovenarmgips.
- Anatomische midschacht radius na behandeling met bovenarmgips.

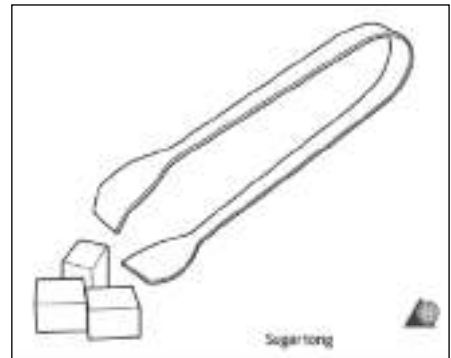
- Na een correctieplastiek van het distale radio-ulnaire gewricht na een trauma, waarbij pro- en supinatie beperkt moeten blijven maar waarbij je geen bewegingsvrijheid wilt verliezen in het ellebooggewricht.

## Waar komt de applicatie vandaan? (5)

Na onderzoek op Pubmed kwam er een artikel tevoorschijn uit 1963. Hierin kwam naar voren dat de Sugartong splint al in reviews uit 1912 genoemd werd als een goede technische spalk bij onderarmfracturen. De exacte ontstaanswijze van de spalk is niet bekend. (4)

## De naam Sugartong komt van het Amerikaanse suikertang

De naam Sugartong komt van het Amerikaanse suikertang, deze heeft dezelfde vorm als de spalk (zie afbeelding Sugartong AO)



## Hoe wordt hij in de praktijk toegepast?

Zelf heb ik deze gipsapplicatie niet tijdens mijn opleiding geleerd, maar ben ik hem tegen gekomen via het internet en AO (Arbeitsgemeinschaft fur Osteosynthesefragen).

Sindsdien leg ik de Muenstercast weleens aan bij twijfel tussen onderarm en bovenarmgips, of als er al enige tijd behandeld is met een bovenarmgips en de arts eigenlijk daarmee door wil gaan, maar niet ten koste van het ellebooggewricht dat dan stijf kan worden.

### Hoe leg je hem aan?

Er staat een erg mooie aanlegprocedure in het boek van BSN: Orthopaedic immobilization techniques. Hierin is stap voor stap beschreven hoe je de modified Muenstercast kan aanleggen.

Dit is een aangepaste circulaire versie waarbij rekening is gehouden met huiddefecten aan de achterzijde van de elleboog. Zie afbeeldingen Muenster cast: afb.2,3,4. (5)



Afb.3 Basis modified muenster cast.



Afb.4 De achterzijde van de Muenstercast is open om drukplekken te voorkomen.

### Bronnen

1. Assessment of Forearm Rotational Control Using 4 Upper Extremity Immobilization Constructs. Ayesha M. Rahman<sup>1</sup>, Nicole Montero-Lopez<sup>1</sup>, Richard M. Hinds<sup>1</sup>, Michael Gottschalk<sup>1</sup>, Eitan Melamed<sup>1</sup>, and John T. Capo<sup>1</sup>
2. KimJK, Kook SH, KimYK. Comparison of forearmrotation allowed by different types of upper extremity immobilization. J Bone Joint Surg 2012;94(5):455–60.

3. Am J Emerg Med. 2016 Feb;34(2):332-5. doi: 10.1016/j.ajem.2015.11.059. Epub 2015 Nov 21.
4. Modified sugar tong splint to avoid skin breakdown at the posterior elbow. Gil JA1, DeFroda SF2, Hsu RY2.
5. [https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0S0735675715010372.pdf?locale=en\\_US](https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0S0735675715010372.pdf?locale=en_US)
6. Am J Orthop. 1963 May;5:131. The sugar tong splint. GARTLAND JJ.
7. BSN: Orthopaedic Immobilization Techniques, A Step-By-Step Guide for Casting and Splinting., Samuel A. Brown, Frank E. Radja. <https://www.sagamorepub.com/files/lookinside/463/orthogalley1.pdf>

Lenny Keylard,  
gipsverbandmeester  
OLVG West,  
[L.Keylard@olvg.nl](mailto:L.Keylard@olvg.nl)

# Een blik achter de schermen

Dit keer: onderzoek naar het ontwikkelen van nieuwe biologische behandelmethodes voor artrose

## René van der Lugt

Binnen de muren van de universitaire centra wordt wetenschappelijk onderzoek verricht. Het preklinisch onderzoek in laboratoria neemt hierbij een geheimzinnige plaats in: ze zijn er wel, maar je weet niet wat er gebeurt. Aan de andere kant willen de onderzoekers de buitenwereld laten weten wat zij doen.

Om meer bekendheid te geven aan wat er in de laboratoria gebeurt heeft René van der Lugt een aantal onderzoekers die zijn verbonden aan de afdeling orthopedie vragen voorgelegd. De meeste doen een promotieonderzoek. Alle onderzoeken hebben relatie tot het steun- en bewegingsapparaat.

In de komende nummers van In Dit Verband komen de verschillende onderzoekers aan het woord. In dit nummer: Sohrab Khatab, onderzoeker afdeling orthopedie Erasmus MC.

### Even voorstellen



Sohrab Khatab,  
onderzoeker  
afdeling  
orthopedie  
Erasmus MC

“Meer dan 10 jaar geleden ben ik naar Rotterdam gekomen om Geneeskunde te studeren. Hoewel ik moest wennen aan de kille stad, wilde ik na het behalen van mijn artsenbul er niet meer weg. Gelukkig bood zich een mooie kans aan om basaal wetenschappelijk onderzoek te doen binnen het specialisme wat mij erg ligt, de Orthopaedie. Dit onderzoek doe ik onder begeleiding van prof. dr. Gerjo van Osch in het laboratorium van de afdeling Orthopaedie in het Erasmus MC, waar we ons bezighouden met het ontwikkelen van nieuwe behandeltechnieken voor artrose en bot-

defecten. Ons lab, de afdeling Orthopaedie en in het verlengde daarvan het Erasmus MC, zijn internationaal en nationaal een gerenommeerd onderzoeksinstituut en ziekenhuis. Geweldig dat ik daar deel van uit mag maken.”

### Met welk onderzoek hou jij je bezig?

“Ik houd mij bezig met het ontwikkelen van nieuwe biologische behandelmethodes voor artrose. Steeds meer mensen krijgen artrose en met de vergrijzing en obesitas epidemie zal dit aantal alsmaar

>>

stijgen. En dat terwijl er eigenlijk geen behandeling beschikbaar is die de ziekte een halt toe kan roepen of in het beste geval de ontstane schade kan repareren. Wel kunnen we de symptomen - zoals pijn - bestrijden en in het uiterste geval een gewrichtsprothese plaatsen, maar dit heeft natuurlijk risico's en protheses hebben maar een beperkte levensduur. In onze ogen kan een geschikte behandelmethode zowel de symptomen verlichten als de schade beperken of repareren."

### **Welke werking probeer je te onderzoeken?**

"We weten al dat artrose een gewrichtsziekte is waarbij in het bijzonder het kraakbeen is aangedaan. Kraakbeen is erg slecht doorbloed, daardoor kan de schade die optreedt moeilijk gerepareerd worden. De huid bijvoorbeeld is goed doorbloed, als hierin schade (een wondje) optreedt, komen er via de bloedbaan genoeg bouw- en-groeistoffen alsook verschillende celtypes om de reparatie te stimuleren en uit te voeren. Dit proces treedt niet vanzelf op in het kraakbeen. Daarnaast leren we, door nieuwe inzichten in de pathofysiologie van artrose, dat ook bij artrose ontsteking in het gewricht een belangrijke rol speelt. Dit is een steriel ontstekingsproces in het gewricht dat voornamelijk in het synoviale membraan dat de binnenkant van het gewricht omsluit optreedt. Dit ontstekingsproces kan zorgen voor pijn en leiden tot verdere schade aan het kraakbeen.

### **Schade en ontsteking kunnen ontstaan na trauma's in het gewricht**

Schade en ontsteking kunnen ontstaan na trauma's in het gewricht, zoals een gescheurde voorste kruisband of intra-articulair lopende fracturen. Patiënten hebben in dat geval dan ook een verhoogde kans om later in het leven artrose te ontwikkelen. Daarnaast zijn er tal van andere risicofactoren voor artrose, zoals obesitas en genetische aanleg. Verdere kennis over de pathofysiologie van artrose, biedt ons mogelijkheden voor het ontwikkelen van nieuwe therapieën. Met mijn onderzoek probeer ik het gewricht te helpen verdere schade te beperken en de ontstane schade te repareren als mede de pijn te verlichten. Zo onderzoek ik het effect van mesenchymale stamcellen (MSC) en bloedplaatjes rijk plasma (PRP) in verschillende dierenmodellen. Hierbij kijken we naar parameters als pijnvermindering, gewrichtsontsteking en kwaliteit van het kraakbeen."

"De mesenchymale stamcellen die wij gebruiken, zijn afkomstig uit het beenmerg van patiënten met artrose, die tijdens een heupoperatie cellen afstaan voor wetenschappelijk onderzoek. Stamcellen kunnen differentiëren naar andere celtypen. Zo kunnen ze onder andere kraakbeencellen, vetcellen of botcellen worden, op deze manier kunnen ze bijdragen aan herstel in het gewricht. Een andere belangrijke functie van stamcellen is dat ze ook een grote concentratie factoren kunnen uitscheiden die groei kunnen stimuleren en ontsteking kunnen remmen, dit nadat de juiste prikkels zijn toegediend. Hierin verschillen ze niet veel van PRP. PRP bevat een grote concentratie bloedplaatjes, die als ze geactiveerd zijn, ook een grote hoeveelheid groeifactoren en ontstekingsremmers vrijgeven. Normaal gesproken treedt dit proces op na bijvoorbeeld een snijwond, of schade aan interne organen, wat uiteindelijk leidt tot wondgenezing. Zoals genoemd is een gewricht als de knie en vooral het kraakbeen hiervan, slecht doorbloed. Hierdoor komen er mogelijk te weinig gunstige cellen of groeifactoren op de gewenste locatie. Door deze stoffen, die door stamcellen of PRP in het lab zijn uitgescheiden, op te vangen en te verwerken kunnen we ze geschikt maken voor intra-articulaire injecties. Hierdoor kunnen deze stoffen toch lokaal aanwezig zijn in het gewricht. Met behulp van deze injecties proberen we het evenwicht in het aangedane gewricht richting herstel te kantelen. Door de aanwezige ontsteking te remmen en met behulp van de groeifactoren herstel door de eigen cellen te stimuleren willen we ook de pijn verlichten.

### **In muizen lieten deze technieken pijnvermindering en remming van de ontsteking zien**

In muizen lieten deze technieken pijnvermindering en remming van de ontsteking zien. Pijn in muizen meten we door elk van de achterpoten van het dier op een speciaal daarvoor ontwikkelde gevoelige weegschaal te zetten. Bij een muis die pijnvrij is, zal elke achterpoot ongeveer 50 procent van het gewicht dragen, maar als hij in een van de poten pijn heeft, zal het percentage gewicht aan die pootzijde verminderen en aan de gezonde zijde toenemen. Als wij dit evenwicht weer herstellen, kunnen we spreken van een pijn remmend effect van onze therapie. Ontsteking meten we door

het synoviale membraan van het gewricht onder de microscoop te beoordelen. Natuurlijk moet er nog meer onderzoek uitgevoerd worden om het product te optimaliseren voordat we het op mensen gaan onderzoeken. Ook het ideale moment om deze injecties toe te dienen moet nog onderzocht worden. Aannemelijk is dat het meer effect zal hebben bij beginnende artrose of bijvoorbeeld net na trauma, om de risico's op verdere achteruitgang van het gewricht tegen te gaan. Een patiënt met een brace na kruisbandscheur of gips na intra-articulair trauma(chirurgie), kan dus bijvoorbeeld ook een injectie in het gewricht krijgen, om herstel te voorspoedigen en kans op artrose te verlagen. Maar ook een patiënt met artrose, die eigenlijk nog te jong is voor een prothese, kan injecties krijgen om de behoefte voor een prothese uit te stellen."

### **Wat heeft dat voor consequenties voor patiënten nu en in de toekomst?**

"Als blijkt dat stamcellen of PRP geschikt zijn als therapie voor artrose, zullen patiënten nog even geduld moeten hebben voordat deze therapieën op een veilige en verantwoorde manier toegepast kunnen worden. Helaas zijn er nu al "klinieken" die stamcel of PRP-injecties aanbieden voor verschillende doeleinden, terwijl de wetenschap dus nog niet uit is over de werkzaamheid of veiligheid hiervan. Desondanks vallen, patiënten die ten einde raad zijn, voor de loze beloftes van deze klinieken. Gelukkig kan de Inspectie Gezondheidszorg dit soort klinieken sluiten om patiënten te beschermen."

"Tot we een geschikte therapie hebben voor artrose, zullen wij ons inzetten voor het ontwikkelen voor een therapie die niet alleen de symptomen van artrose bestrijdt maar ook het ziekteproces aanpakt. Gelukkig hoeven we dat niet alleen te doen. Er is een grote internationale groep van artsen en onderzoekers die zich hiermee bezighoudt. Zo werkt ons lab samen met andere universiteiten in binnen en buitenland, door bijvoorbeeld kennis en technieken te delen. Samen met hun, de groep van patiënten die meedoen met wetenschappelijk onderzoek als proefpersoon of door stamcellen te doneren en natuurlijk de financiële steun van bijvoorbeeld de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek kunnen wij onze missie voortzetten."

*René van der Lugt*

# Leefstijlcoaching in zorgverband

*Meijke van Herwijnen*

De afgelopen tijd heeft leefstijlcoaching in veel media aandacht gekregen door de opname van de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) in het basispakket van de zorgverzekering. Alle reden om eens aandacht te besteden aan leefstijlcoaching: wat doet een leefstijlcoach, hoe herken je een goede leefstijlcoach en wat kunnen we met coaching op leefstijl binnen ons eigen werk? We spraken erover met Meijke van Herwijnen, voorzitter van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN).

## **Leefstijlcoaching, is dat nieuw?**

Veel zorgprofessionals besteden al aandacht aan leefstijl, bijvoorbeeld het belang van voldoende bewegen, stoppen met roken of gezond eten. Ook wordt in opleidingen en nascholingen de nodige aandacht besteed aan coachend werken, bijvoorbeeld in de vorm van motivational interviewing. Wat moet daar precies aan toegevoegd worden om het te kunnen hebben over leefstijlcoaching? En waarom is het zo'n hot item de laatste jaren?

Van Herwijnen legt uit: "Leefstijlcoaching heeft inderdaad twee pijlers: leefstijl als gespreksonderwerp en een coachende benadering. Ze krijgen allebei steeds meer aandacht. Leefstijl omdat steeds meer gezondheidsproblemen ontstaan of verergeren omdat mensen een ongezonde leefstijl hebben. En coaching omdat we onderhand heel goed weten dat we het hier over een gedragsvraagstuk hebben. Mensen vertellen dat ze meer groente moeten eten en minder saucijzenbroodjes, heeft nauwelijks effect. Je wilt met de patiënt samenwerken en zijn eigen motivatie en capaciteiten versterken."

Feitelijk houdt iedere zorgprofessional zich volgens haar bezig met leefstijlcoaching als hij de patiënt vraagt wat hij belangrijk vindt in zijn eigen gezondheid en welke stappen hij zou kunnen en willen zetten om dichter bij dat doel te komen. Een leefstijlcoach is een expert in die twee dingen: motivatie aanwakkeren en capaciteiten vergroten om dagelijkse gewoontes (de leefstijl) te veranderen. "Coachend werken kan een uitdaging zijn als je geacht wordt om een diagnose te stellen en de aandoeining van de patiënt te behandelen. Je patiënt verwacht van jou dat je hem geneest en mensen willen van nature het liefst dat je hun probleem oplost. Stel dat het probleem een gebroken been is, dan willen ze dat de breuk weer verdwijnt. Simpel. Ze moeten er vaak aan wennen als je het probleem herdefinieert: 'Hoe zorgen we dat u uw gewoontes kunt veranderen, zodat niet alleen deze breuk beter geneest, maar u ook min-

der snel dit soort problemen krijgt in de toekomst?'. Nu moeten ze ineens zelf ook aan de bak. En hoewel ze er gelukkiger van zullen worden als dit lukt, merken ze eerst vooral dat ze met een klus worden opgezadeld."

## **Weerstand**

Het gaat niet altijd om werk dat verricht moet worden voor de patiënt. Soms moeten ze iets accepteren wat ze moeilijk vinden, bijvoorbeeld immobilisatie gedurende langere tijd. Ook dat levert vaak weerstand op. Van Herwijnen: "Waar ze eerst hun frustratie konden richten op de zorgprofessional die de behandeling voorstelde, wil je nu dat ze zien dat zij zélf een doel hebben en dat daar bepaalde consequenties aan zitten waar ze voor moeten kiezen. Wil je je voet behouden, dan moet er langdurig gips om. En wellicht moet je nog veel meer doen, bijvoorbeeld je eetgewoontes veranderen om je diabetes(risico) te beheersen. Niet omdat de dokter het zegt, maar omdat jij bepaalde plannen hebt in je leven. Het is echt een kunst om deze slag met patiënten te maken."

Wat nieuw is volgens Van Herwijnen, is dat er de afgelopen jaren een concrete beschrijving is gekomen van de competenties van een leefstijlcoach, oftewel iemand die zich volledig toelegt op leefstijlcoaching. "Er is een beroepsvereniging met een register van professionals die op hbo-niveau geschoold zijn. Zij voldoen aan het opgestelde competentieprofiel en moeten zich net als elke zorgprofessional doorlopend blijven scholen op hun vakgebied. Dit heeft het mogelijk gemaakt om leefstijlcoaching een concrete plek te geven binnen de zorg.

Iedereen kan zich leefstijlcoach noemen, maar in het register van leefstijlcoaches komen is heel andere koek. Met de komst van de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) in het basispakket is de leefstijlcoach voor het eerst officieel zichtbaar binnen de zorg: mensen met obesitas kunnen vanaf 1 januari 2019 verwezen worden naar een tweejarig groepsprogramma dat begeleid wordt door een leefstijlcoach."

## **Wat doet een leefstijlcoach?**

Van Herwijnen benadrukt dat leefstijlcoaching geen medische behandeling is. "Als je in de zorg werkt, moet je werk bijdragen aan het vergroten van gezondheid en het verminderen van ziektes en klachten. Maar dat betekent niet dat we het daar steeds over moeten hebben met de patiënt. Wij hebben het trouwens ook niet over patiënten, maar over deelnemers, klanten of coachees. Ik vind onze belangrijkste interventie dat we mensen helpen formuleren wat ze nu graag willen en vervolgens met ze kijken hoe ze dat zo slim en haalbaar mogelijk kunnen aanpakken. Denk aan een man die met zijn kleinzoon van de glijbaan wil kunnen, zich dus goed wil kunnen bewegen. Of aan de vrouw die zich een ontspannen moeder wil voelen. In mijn ogen zou elk patiëntendossier daarmee moeten beginnen."

De voorzitter wil graag nog iets kwijt. "Het is mooi dat we nu via de GLI mensen met obesitas kunnen ondersteunen. Tegelijkertijd roep ik overal dat we geen obesitas-behandelaars zijn.

## *We zijn gidsen die mensen helpen*

We zijn gidsen die mensen helpen om hun energie in de juiste dingen te steken. En inderdaad, dat leidt tot gewichtsverlies en gezondheidsverbetering bij mensen met obesitas. Dat is een mooie bijzaak en een rechtvaardiging voor vergoeding vanuit de zorgverzekering voor deze groep mensen. Intussen begeleiden we net zo goed mensen die zich melden vanwege stressklachten of energiegebrek. Bijvoorbeeld in opdracht van werkgevers. Met die mensen doen we dezelfde dingen als met de GLI-deelnemers. Zal ik een geheimje verklappen? Stress, energiegebrek en overgewicht hebben allemaal dezelfde oorzaak: we vinden het moeilijk om keuzes te maken als er van alles tevéél is. We zeggen op teveel dingen 'ja'. Een leefstijlcoach helpt mensen om beter te kiezen en dat is goud waard in de omgeving van overvloed waar we in leven." >>

### Tips voor de dagelijkse praktijk

Heeft Van Herwijnen wellicht nog suggesties om onszelf weer even te scherpen? “Beseffen dat je nooit klaar bent met leren zit in de grondhouding van leefstijlcoaches. Daar komt meteen ook een tip uit voort: benader je patiënt altijd met het idee dat die in staat is om te leren en te verbeteren. Toon vertrouwen in zijn of haar vermogens, daarmee geef je een belangrijke steun. Wat ik zelf ook altijd doe, is na afloop van een gesprek even checken: heb ik energie

van dit gesprek gekregen, of heeft het me energie gekost? In dat laatste geval heb ik teveel zitten duwen en trekken. Dan moet ik terugschakelen naar meer luisteren, kijken en vragen. En een laatste idee: ga ook bij jezelf meer focussen op wat je goed doet en goed kan. We zijn met zijn allen zo gefocust op alles wat tekortschiet, dat je sterke punten te weinig aandacht krijgen en niet meer groeien. Ga opletten welke gesprekken écht goed waren, bedenk hoe dat kwam en ga dat meer inzetten.”

*Meijke van Herwijnen is oorspronkelijk afgestudeerd als voedingswetenschapper in Wageningen en heeft een Master of Health Administration behaald bij TIAS. Ze is naast haar onbezoldigde rol als voorzitter van de BLCN eigenaar van Visiom, een landelijk bureau gespecialiseerd in leefstijlcoaching. Ze geeft les over leefstijl en coaching binnen de Visiom Academie.*

# Met de stand van de spalk gaat het nogal eens mis bij het aanleggen

## Onderzoeksartikel

*Jenny Groen*

Zijn verpleegkundigen op de SEH van OLVG te Amsterdam in staat om bij vingerletsel - na scholing - een thermospalk correct aan te leggen? Doel is om patiënten ook buitenkantoor tijden de optimale behandeling te kunnen geven.



### Achtergrond

Op de spoedeisende hulp (SEH) OLVG Amsterdam bleek dat patiënten met vingerletsel na verschillende behandelingen ontslagen werden. Met vingerletsel wordt bedoeld: fracturen in de distale en midphalanx, volair plaatletsel en luxaties van de vinger. Op basis van literatuuronderzoek en best practices bleek een thermospalk de meest patiëntvriendelijke behandelingsmethode. Vanwege de kans op complicaties bleek scholing noodzakelijk om de thermospalk op de juiste manier aan te leggen.

### Vraagstelling

In hoeverre zijn verpleegkundigen op de SEH in OLVG Amsterdam in staat om, na scholing, een thermospalk correct aan te leggen volgens afdelingsprotocol, bij een patiënt met een fractuur in de distale of midphalanx en bij vermoedens van volair plaatletsel?

### Methode

Het onderzoeksdesign was een pilotonderzoek; een kwantitatief posttest onderzoek zonder controlegroep. Onderzocht is of verpleegkundigen op de SEH de thermospalk correct konden aanleggen en of er verschil was tussen het aanleggen door de SEH-verpleegkundigen en de SEH-verpleegkundigen in opleiding.

Het effect van de scholing werd op het eerstvolgende polibezoek vastgesteld door de gipsverbandmeester, kijkend naar de juiste indicatie, fixatie, stand en het ontbreken van wonden, drukplekken, scherpe spalkranden en circulaire aanleg. Het doel van het onderzoek was om te onderzoeken of verpleegkundigen op de SEH de spalk correct konden aanleggen; alle kwaliteitscriteria wogen hierdoor even zwaar. De uitkomst van de beoordeling van de gipsverbandmeester werd teruggekoppeld aan de verpleegkundigen op de SEH.

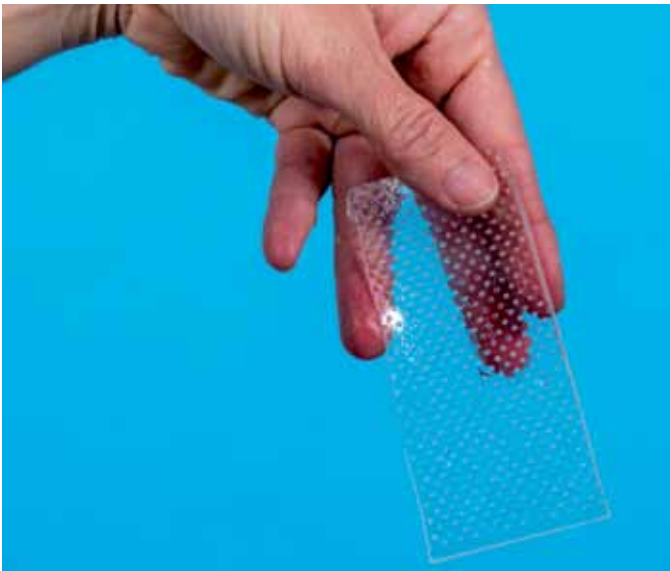
### Interventie

De verpleegkundigen op de SEH werden geschoold in het aanleggen van de thermospalk middels theorie- en vaardigheidstraining onder leiding van twee gipsverbandmeesters. De SEH-verpleegkundigen en de SEH-verpleegkundigen in opleiding werden gemengd in negen groepen. De scholing duurde 60 minuten, 15 minuten voor de klinische les (alleen theorie) en 45 minuten voor de vaardigheidstraining. Er is gekozen om beide groepen dezelfde scholing te geven. Beide groepen hadden voor de scholing geen ervaring met het aanleggen van thermospalken.

### Resultaten

Er zijn 39 SEH-verpleegkundigen en 17 SEH-verpleegkundigen in opleiding geschoold. Er zijn 22 thermospalken aangelegd, waarvan 7 correct. SEH-verpleegkundigen maakten niet significant meer fouten dan SEH-verpleegkundigen in opleiding (Fisher's exact toets:  $p = 0.325$ ).

Er is geen verschil in samenstelling van beide groepen wat betreft geslacht ( $p = 0.080$ ), dit verschil is er wel wat betreft de gemiddelde leeftijd ( $p = 0.011$ ). Uit de resultaten blijkt dat er geen verband was tussen de leeftijd van de verpleegkundige en het aantal fouten dat werd gemaakt bij het aanleggen van een spalk, Spearman's toets  $R_s = 0.431$ , ( $p = 0.051$ .) De meest gemaakte fout bij aanleggen was de stand van de spalk. Het aantal fouten nam in beide groepen af met het vaker aanleggen van de spalk ( $n = 4$ ).



### Conclusie

Verpleegkundigen op de SEH bleken de thermospalk in 33% van de gevallen foutloos aan te leggen. Er zijn geen significante verschillen gevonden in het type gemaakte fouten tussen SEH-verpleegkundigen en SEH-verpleegkundigen in opleiding. Er zijn aanwijzingen gevonden dat er minder fouten worden gemaakt indien de spalk vaker wordt aangelegd.

### Aanbeveling

De aanbeveling is om de verpleegkundigen op de SEH elk jaar te scholen in het aanleggen van de thermospalk. Er moet meer aandacht zijn voor het aanleggen van de spalk in de juiste stand. Uit onderzoek blijkt dat minder fouten worden gemaakt naar mate de SEH-verpleegkundigen vaker spalken aanleggen. Verbeteringen in het aanleggen van de spalk kwamen niet alleen door het opdoen van ervaring, maar ook door feedback van de gipsverbandmeester. De aanbeveling is om deze feedbackloop te continueren.

### Literatuurlijst

1. EPIC, elektronisch patiëntendossier OLVG, Amsterdam
2. Volksgezondheid Nederland [Internet] Acute zorg, gebruik SEH [2018, geraadpleegd op 10 juni 2018] Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidzorg.info>
3. Traumaprotocol noord [Internet] Vinger fractuur [2018, geraadpleegd op 7 juni 2018] Beschikbaar via: <https://www.traumaprotocol.nl>
4. Traumaprotocol west [Internet] Hand [2018, geraadpleegd op 7 juni 2018] Beschikbaar via: <http://lumc.nl>

5. Peter G, Davison, FR, Boudreau NB, Burrows R, Kenneth L, Wilson FR, Forearm-Based Ulnar Gutter versus Hand-Based, Thermoplastic splint for pediatric metacarpal neck fractures. *Plast Reconstr Surg.* 2016 Mar;137(3):908-16
6. Chotigavanichaya C, Limthongthang R, Pimonsiripol T, Harnroongroj T, Songcharoen P. Comparison effectiveness of custom-made versus conventional aluminum splint for distal phalange injury. *J Med Assoc Thai.* 2012 Sep;95 Suppl 9:S70-4
7. Smit JM, Beets MR, Zeebregts CJ, Rood A, Welters CF. Treatment options for mallet finger: a review. *Plast Reconstr Surg.* 2010 Nov;126(5):1624-9
8. Erhard N, Kinzl L, Mentzel M.J. Dynamic treatment of displaced proximal phalangeal fractures *Hand Surg Am.* 1999 Nov;24(6):1254-62.
9. Zimmerman, P.G. The difference between teaching nursing students and registered nurses *Nurse Educator* 2002 Dec 28, Issue 6, 574-578
10. Gerven van, P. Het onderste uit de kan: efficiënte leer strategieën voor ouderen. *Neuropraxis* (2003)
11. Halanski M, Noonan KJ. Cast and splint immobilization: complications. *J Am Acad Orthop Surg.* 2008 Jan;16(1):30-40.
12. World Medical Association [Internet] Ethical principles for medical research involving human subjects [2017, geraadpleegd op 13 December 2017] Beschikbaar via: <http://www.wma.net>
13. Matton N, Vrignaud C, Rouillard Y, Lemarié J. Learning flight procedures by enacting and receiving feedback. *Appl Ergon.* 2018 Jul;70:253-259.

*Jenny Groen*

*Opleiding: Master of Advanced Nursing Practice, Hogeschool Inholland Amsterdam*

*Praktijkinstelling: OLVG Amsterdam, Spoedeisende hulp*





# ‘Ik kijk tevreden terug’

## Interview Jan van Doorn met Mendel van Griethuysen

Mendel van Griethuysen is vier jaar voorzitter geweest van de VGN en stopt dit jaar met zijn functie. In dit interview een terugblik, met ook prikkelende ideeën voor de toekomst.

We bevinden ons in één van de talrijke restaurantjes die het UMC in Utrecht rijk is. Tegenover mij bevindt zich de voorzitter van de VGN die voornemens is, na jaren van – om in welertermen te spreken – hard labeur afscheid te nemen als voorzitter van onze vereniging. Niemand minder dan Mendel van Griethuysen. Eenvoudig als hij is weigert hij iedereen door mij aangeboden consumptie, dit wellicht om belangenverstrengeling en beïnvloeding te vermijden.

### **Teamwork**

Om te beginnen vertelt hij over zijn carrière binnen het bestuur. In 2014 werd hij voorzitter, als opvolger van Joris Ruhe. Maar al vanaf 2003 zat hij in het bestuur, eerst als algemeen bestuurslid, als bestuurslid ledenactiviteiten, vervolgens als penningmeester en uiteindelijk, omdat er niemand stond te trappen, als voorzitter. Bovendien was hij op dat moment het meest ervaren bestuurslid. ‘Iemand moet het doen’ was zijn gedachte.

In die fase waren er veel wisselingen in het bestuur. Mensen kwamen en gingen. Wat dat betreft is het huidige bestuur een oase van rust en stabiliteit. Hij benadrukt dat het vooral teamwork is!

### **Overzicht houden**

Op mijn vraag wat er zo leuk is aan het voorzitterschap vertelt Mendel dat het leuk is om overzicht te houden over het totale bestuur en alle bestuurlijke processen, en daar dan ook de centrale rol in te hebben. Hij vertelt er direct bij dat dit ook het nadeel is: je hebt geen specifieke taak. In die zin was penningmeester zijn gericht en overzichtelijker.

Het allerleukste vond Mendel toch de ALV en congressen in goede banen leiden en, zo tekent hij aan: “Ik kijk tevreden terug op de gehele bestuursperiode, maar niet specifiek op die van voorzitter”.

### **Teleurstellend**

Toen de vraag opkwam wat het meest teleurstellend was gedurende zijn voorzitterschap kwam toch het afblazen van de opleiding aan de Hogeschool Utrecht naar voren. Mendel zegt daar overigens geen katterig gevoel over te hebben. Het liep aan ‘alle kanten’ niet goed, met wisselingen van mensen bij verschillende instanties en beloftes die niet konden worden waargemaakt etcetera, terwijl aanvankelijk alle lichten op groen stonden.

Ook het CZO dat nog geen erkenning kon én wilde afgeven voor de HU zat verdere doorontwikkeling van de opleiding in de weg.

Wel vindt Mendel het nog steeds erg spijtig. Als onderdeel noemt hij de toegenomen activiteit binnen de Erasmus MC. Daar is veel meer elan, de contacten zijn geïntensiveerd en loopt het allemaal veel beter. Voor de toekomst – zonder over zijn graf heen te willen regeren – denkt Mendel dat het wellicht beter is om voor processen als deze experts in te schakelen.

### **Professioneel bestuur?**

Zo kwam het gesprek op het door mij geopperde idee dat het misschien een optie is om in plaats van een ‘vrijwilliger’ een bezoldigde voorzitter aan te stellen. Dit bijvoorbeeld voor een paar dagdelen per maand. Mendel verwerpt dit idee niet maar denkt dat leden het wel naast hun baan kunnen doen. Veel mensen hebben ‘iets’ naast hun baan tenslotte.

Bovendien vraagt hij zich af waar het dan eindigt: moeten de penningmeester en de secretaris dan ook een salaris(je)? Bijkomend nadeel is dat er dan óók een salarisadministratie gevoerd moet worden en hij denkt dat je daar als relatief kleine organisatie beter verre van kan blijven. Mendel ziet wel iets in een professioneel secretariaat. Dit is veel werk en zou de rest van het bestuur kunnen ontlasten.

### **Achtergrond gipsverbandmeesters**

Is hij tevreden met de vereniging zoals deze thans functioneert? Misschien zou er nog iets vernieuwd kunnen worden in het vak en in de vereniging, maar Mendel heeft daar zelf geen ideeën over. Verder is hij tevreden zoals het nu gaat, al heeft hij over bijvoorbeeld de (her)registratie wel wat op te merken. Zeker als in de toekomst de BIG nog eens wordt aangepast. Dan zou men zich bijvoorbeeld alleen voor de BIG kunnen registreren als men ook een ge(her)registreerd gipsverbandmeester is. Maar dit is toekomstmuziek.

Verder oppert hij het interessante idee dat we misschien iets moeten met de instroom van nieuwe leerlingen voor de opleiding. Moet je perse fysiotherapeut of verpleegkundige zijn? Zijn de opleidingen die iemand gevolgd heeft nou echt belangrijker dan de competenties waarover iemand beschikt? Uiteraard is dit een prikkelende stelling. Wie schrijft daar eens een artikel over? Volgens Mendel vindt het gros van de gipsverbandmeesters dat een verpleegkundige achtergrond het ‘je van het’ is. Hij stelt dit ter discussie.



### **Meer betrokkenheid**

Hij weet niet hoe, maar hij zou ook meer betrokkenheid van de leden bij de vereniging willen. Mendel wil geen stilstand maar hoopt dat de nieuwe voorzitter een visie voor de komende jaren geeft (hoewel je volgens premier Rutte voor visie naar de opticien moet). Maar: géén missie zonder visie! Hij adviseert de nieuwe voorzitter om bereikbaar én zichtbaar te blijven, maar realiseert zich terdege dat een andere voorzitter ook weer andere ideeën heeft. En dat zij(!)/hij – hoewel een besmette term – ‘de boel een beetje bij elkaar kan houden’.

### **In beeld blijven**

Wat gaat hij doen na zijn aftreden als voorzitter? Blijft hij werkzaam als gipsverbandmeester of is hij toe aan een andere baan of functie? Het antwoord luidt dat hij in elk geval in het UMC

als gipsverbandmeester werkzaam blijft, en hoopt dat hij daar aan nieuwe ontwikkelingen kan meewerken, zoals ontwikkelingen binnen de 3D. Iets meer de technische kant op. En daar is binnen het UMC als academisch ziekenhuis natuurlijk veel ruimte voor.

Uiteraard zal hij ook een actief lid van onze vereniging blijven, en wellicht nog wel weer iets gaan ‘doen’. Hij gaat nu meer tijd aan gezin en vrienden besteden nu het verenigingswerk geen tijd meer vraagt.

*Hij blijft in beeld!*

*Jan van Doorn,  
Gipsverbandmeester  
BovenIJ ziekenhuis*

---

# Het zelfgemaakte hulpstuk van Willem

## *Willem Beemsterboer*

Willem maakte voor zijn buurman een applicatie om met gipsbroek onbelast te blijven staan zonder om te vallen. Zijn buurman was heel blij met deze applicatie.

De buurman van Willem was een patiënt van de gipskamer in de Noordwest Ziekenhuisgroep. Hij had niets gebroken, maar zijn volledige hamstring was afgescheurd – vanaf zijn zitvlak. Twee weken lang moest hij een gipsbroek dragen onbelast.

De laatste week daarvan kon hij zijn zelfgemaakte hulpmiddel gebruiken. Ontzettend blij was hij daarmee, want nu kon hij onder meer zichzelf wassen omdat hij zonder krukken kon ‘staan’ op een been, terwijl zijn gipsbeen als het ware op het hulpstuk hing.

Op zijn been staan mag zijn buurman nog altijd niet, maar hij zit inmiddels in een bijzondere kniebrace.

*Applicatie gemaakt door Willem Beemsterboer.  
[w.beemsterboer@hotmail.com](mailto:w.beemsterboer@hotmail.com)*



# Met krukken of een krukje?

*Gerrit Renooij*

Tijdens het spreekuur van de chirurgie in het ziekenhuis OLVG-oost komt een patiënt binnen met behulp van een loopkrukje. Zij kreeg na een enkelfractuur een periode van 3/4 weken onbelast gips. Hieronder het verhaal en de oplossing van de patiënt met onbelast onderbeen gips. Een goede timmerman kan dit maken.

In 1966 viel mijn moeder van het keldertrapje. Vier treden slechts, maar haar enkel was verbrijzeld. De ambulance bracht haar naar het Diaconessenziekenhuis in Breda. Een operatie en ijzerepen volgden. En natuurlijk het verbod om voorlopig de voet te belasten. Mijn vader, op dat moment uitvoerder bij een uitbreiding van hetzelfde ziekenhuis, was van oudsher timmerman en erg inventief. Hij maakte een loopkrukje voor mijn moeder. Heel handig. Met de knie op het vlakke gedeelte, afgewerkt met schuimplastic en zachte stof, ben je na enige oefening redelijk mobiel. Lopen gaat makkelijk en je kunt er ook enig huishoudelijk werk mee verrichten omdat je maar een hand nodig hebt om je te verplaatsen. Na vele weken dienst belandde het krukje op zolder.

*Handig om het been op te laten rusten.*



Na het overlijden van mijn ouders vonden we bij het leeghalen van de woning het krukje op zolder terug. Ik kon het niet over mijn hart verkrijgen dit meubelstuk naar de kringloop te brengen, en zo belandde het bij mij in de kelder. Tot 19 juni 2018: mijn vrouw struikelde over een tuinslang en brak haar enkel. Krukken vond ze onhandig. Je hebt er beide handen bij nodig. Kan dus niets anders doen dan af en toe een rondje lopen. Maar van een actief leven opeens veroordeeld zijn tot zitten? Nee, dat gaat niet gebeuren. Het krukje werd uit de kelder behaald en heeft weer enige weken goede diensten bewezen. Van weggooien is voortaan echt geen sprake meer.

*Groet van Gerrit Renooij (en patiënt Paula Ligtvoet).*

*Lopen met het krukje gaat heel makkelijk.  
Staan zonder uit balans te raken is heel geen probleem meer.*



Iedere uitgave schrijft Ageeth, 44 jaar, getrouwd met Theo Kok (eigen timmerbedrijf), over haar belevenissen op de gipskamer vanaf het zonovergoten Aruba.

## Invoering elektronisch patiënten dossier; toch wel ff wennen

Inmiddels is Martin als vaste kracht op Aruba komen werken. Na zijn komst kon ik met vakantie en heb ik ook de sfeer weer mogen proeven in Almere (Flevoziekenhuis), altijd fijn om daar te zijn. Bij terugkomst op Aruba is het dan zover: het is al een jaar geleden aangekondigd en nu gaan we beginnen met het elektronisch patiëntendossier! We kijken er enorm naar uit dat we nu eindelijk alles digitaal krijgen en eindelijk kunnen zien wat de artsen hebben afgesproken. Over het algemeen komt de patiënt met een artsenbriefje, maar die vergeten ze nog wel eens of het is niet te lezen, waardoor het extra tijd kost om de patiënt te kunnen helpen. Hoe dan ook, deze week gaan we dan echt ('live' zoals ze dat hier noemen) van start. Ter voorbereiding op de start maandag, hebben we na elke patiënt tien minuten extra om het dossier in te vullen, de patiënt een nieuwe afspraak te geven en het dossier af te sluiten. Nou: tien minuten is dus echt niks en aan de andere kant is tien minuten veel. Om -vooral in het begin- in tien minuten de gegevens van de patiënt op te zoeken, de juiste pagina's te vinden om je dossier aan te leggen en in te vullen is niet veel, dus als je tien patiënten hebt, ben je honderd minuten kwijt achter de computer. Terwijl je in honderd minuten ook een heleboel patiënten kan helpen.

Maandag zijn we dus gestart. Afgelopen vrijdag kregen we eind van de dag nog drie consulten binnen, waarvan het gips eigenlijk zo snel mogelijk moest worden aangelegd, maar vandaag was er al geen plaats meer en op dinsdag was er nog maar beperkt plaats. Om vijf uur zou ik klaar moeten zijn, maar je moest mijn bureau eens zien: overal papieren en nog allerlei patiënten te bellen, terwijl ik ook nog twee braces moest afmaken. Om half zeven was ik het echt zat. Morgen weer een dag...

Dinsdag: vanmorgen om zeven uur begonnen, met eerst een blokje om administratie te doen. Ik moest namelijk nog patiënten plannen van gisteren, en er hadden ook vijf patiënten gebeld om een afspraak te maken die ik nog ergens moest plannen. En gisteren belde ook nog een plastisch chirurg: zijn patiënt moest gezien worden want die gaat morgen op vakantie...nou laat die dan maar om zeven uur komen. Daar ging mijn blokje. Bovendien was het me gisteren niet gelukt een aantal dingen in het systeem te krijgen, dus daar had ik een aantal vragen over. Dankzij de hulp die ik na mijn vroege patiënt kreeg, zijn die opgelost. Nog steeds moet ik patiënten plannen en bellen om te komen. Inmiddels weer twee consulten. Een patiënt op de operatiekamer moet vandaag nog in het gips: geen plaats. Dan zal ik een patiënt vandaag plannen en een morgen.

Ik had een flink blok gepland om overuren op te nemen om een zelfgemaakte galajurk af te krijgen (met dank aan Wendy voor de stof) voor de bruiloft komend weekend. Dat het niet ging lukken om die uren op te nemen snapte ik allang, maar ik had dat blok laten staan. Daarin kon ik mooi de consulten van afgelopen vrijdag plaatsen. Plaats maken voor die andere consulten werd lastig. Nou we zien wel, misschien zegt er iemand af, want we hadden een patiënt gepland met BMRO 2 en hij wist niet of hij vervoer zou hebben. Dat zou een hoop tijd schelen, hoeven we erna ook niet schoon te maken.

Maar hij had een chauffeur gevonden en kwam.

Als klap op de vuurpijl kwam er nog een patiënt met gips dat nat is geworden. En nog een patiënt met een onderbeen amputatie, hij bleek een 'isolatiepatiënt' - dan moet er daarna weer schoon gemaakt worden.

Het was zo hectisch en rommelig bij ons, dat toen een patiënt zo'n enorme dikke scheet liet, we niet meer bij kwamen van het lachen. Van alle drukte werden we zo melig dat het leek of het echt niet meer gekker kon worden. Belde een orthopeed of we ook nog even een kindje konden gipsen. Sorry dokter, we zitten vandaag echt vol. Aanstaande donderdag is hij de eerste.

De orthopeed kwam naar beneden: of het toch echt vandaag kon. Tja, het kan toch echt niet. Uiteindelijk dan akkoord voor de volgende dag, maar we moesten meer personeel vond hij (vinden wij ook). De dag zit erop, maar we worden nog gebeld door de afdeling. Iemand heeft zijn gips er zelf afgehaald (gebeurt nog wel eens) dus of we nog 'even' een nieuwe willen aanleggen. Ik was op dat moment bezig een onderbeengips aan te leggen van een patiënte die het eigenlijk ineens niet meer wil. Ja, ze wil het wel, maar niet 'zo'. Na daarover te hebben gebakkeleid, ben ik opnieuw begonnen. Dat was de dinsdag. Ook weer een iets langere dag dan de geplande acht uur. Ach, daar gaan we bij voorbaat al van uit als je aan een nieuw systeem begint, maar dat zal na verloop van tijd vanzelf beter gaan. Wat zal ons morgen te wachten staan? Aanstaande vrijdag gaat mijn collega Martin met vakantie, er komt een waarnemer die het nieuwe systeem ook niet kent. Gelukkig is Ans al eerder geweest, dus op de afdeling inwerken is niet nodig. We zullen zien hoe het gaat. Wel jammer dat het invoeren van het elektronisch patiëntendossier in fases gaat. De afdelingen zijn er mee begonnen, maar de artsen en de spoedeisende hulp nog niet. We kunnen dus nog niet alles digitaal zien. Zo zijn de orders voor ons en voor de röntgen ook nog niet digitaal. Als het goed is gaat vanaf november iedereen ermee aan de slag. Hopelijk loopt dan alles op rolletjes.

Groetjes Ageeth Kok

# Zorgpaden op de Belgische manier

*Lody Muskita*

Als je de opleiding volgt voor gipsverbandmeester, heb je de mogelijkheid om in de keuken van collega's te kijken en daar wat ervaring op te doen. Je ziet hoe de collega's werken, welke materialen er gebruikt worden en je leert tips & tricks. . . ook belangrijk. Verder zie je hoe de patiëntenlogistiek verloopt: wat gebeurt er met een patiënt als deze het ziekenhuis binnenkomt via de SEH? Hele zorgpaden worden er verzonnen om de patiënt zo snel en efficiënt mogelijk door het ziekenhuis te loodsen.

Het is de bedoeling dat de patiënt met een kant-en-klaar behandelplan het ziekenhuis verlaat, inclusief vervolgspraken. Door efficiënt te werken kunnen de aantallen immers gehaald worden en dat is weer goed voor het verlagen van de wachttijden, mochten die al oplossen door de verzonden zorgpaden.

Bij terugkomst van de leerling in het eigen ziekenhuis krijg je te horen wat er aan de andere kant, in dat ziekenhuis vooral anders en misschien beter gaat. Vanuit mijn eigen ervaring - en dat gaat terug naar de vorig eeuw -, keek ik vooral naar wat beter kon in ons eigen ziekenhuis, want dat was in mijn ogen winst. Sneller de patiënt helpen, betere service en dat soort zaken. Uiteindelijk verandert er weinig tot niets en gaan de zaken zo door zoals ze gaan.

Eenmaal klaar ben je vooral aan het werk en druk met begeleiden, behandelen, toeleggen op aandachtsgebieden zoals klompvoetjes of de diabetische patiënt en... zorgpaden optimaliseren (goed bezig!). Kortom je komt er niet meer aan toe om bij de collega's te kijken hoe het bij hen gaat, tuurlijk heb je het erover tijdens congressen of bijscholingen maar daar blijft het vaak bij en....o, ja goede bedoelingen als 'ik kom een keer kijken', waarvan je beiden weet dat dat in de praktijk vaak niet gaat lukken.

Een manier van 'in de keuken kijken bij een ander' is lesgeven; lesgeven aan collega's in binnen- en buitenland, kennis overdragen en anderen de tips & tricks bijbrengen. Dat heb ik de afgelopen dagen ook gedaan en wel aan onze zui-derburen, in het land van de bieren, de friet en Manneken Pis.

In de grote stad Antwerpen, de handelsstad, waar efficiëntie tot een kunst verheven zou moeten zijn om al die goederen verder Europa in te krijgen. Dat zou je denken. Stel je bent patiënt en gaat naar een ziekenhuis in Antwerpen dan gebeurt het volgende: De SEH-verpleegkundige vermoedt een fractuur, en er wordt geen x-foto gemaakt want hij of zij vermoedt een fractuur. Je krijg dan als patiënt een gipsspalk aangemeten, top! Vervolgens ga je naar de röntgenafdeling om al dan niet te bevestigen of er inderdaad sprake is van een fractuur.

Geen fractuur? Oké, succes en rustig aan doen.

Wel een fractuur? Dan gaat de spalk eraf (!?). En wordt er gegipst, huh? Dat was er toch al gedaan? Ja klopt, maar de spalk is tijdelijk tot dat duidelijk is of er sprake is van een fractuur. En na de wissel uiteraard weer een 'foto schieten' om te controleren of de stand ongewijzigd is. Dan krijgt de patiënt een vervolgspraak. Ik heb begrepen dat er daarna nog enkele gipswissels plaatsvinden en dat de nodige foto's geschoten gaan worden, alvorens de patiënt uitbehandeld is en verder kan gaan met zijn of haar leven.

Kijk dat is nog eens een zorgpad zoals het ook kan, onthoudt dat voor de volgende keer als je weer eens druk bent met het ontwikkelen van zorgpaden. Bedenk dan dat het ook anders kan verlopen en dat we het nog zo gek niet doen in dat toch wel mooie vak van ons.

*Werk ze en zorgpad ze,  
Groet Lody*

## 'Basic-Fit mag niet meer om medische verklaring vragen'

*Barbara Roberti*

Al jaren zijn er klachten over het opzeggen van de sportschool. Als je door een blessure maandenlang niet kan sporten of zelfs door een aankomend overlijden je abonnement moet opzeggen, wordt er vaak erg moeilijk gedaan. Het consumentenprogramma Radar besteedde er een uitzending aan.

**Bron: Radar**

Sportscholen zijn zo brutaal om papieren doktersverklaringen te vragen aan hun klanten, zelfs ook wanneer zij in het gips zitten. In de gipskamer is het dan ook een veel voorkomend fenomeen dat gevraagd wordt om een medische verklaring voor de sportschool. Dit is niet het werk van een arts op de gipskamer. Het geeft extra papieren rompslomp en natuurlijk komt ook de

AVG-wet hier om de hoek kijken. Welke persoonlijke informatie mag je geven aan een derde die niets met het probleem van de patiënt te maken heeft, behalve ervoor zorgen dat hij/zij zo lang mogelijk blijft betalen? Los daarvan is het wantrouwen naar sportschoolkanten toe onbeschrijfelijk grof. Tijdens de uitzending van Radar kwam dit ook naar voren.

## Gebroken ruggenwervel

Marco Driessen nam contact op met de redactie van Radar. Zijn achttienjarige zoon Rick had door een scooterongeluk een breuk in een ruggenwervel en zijn stuitje opgelopen. Daardoor moest hij revalideren en kon hij zes tot tien weken niet sporten. Rick droeg een korset en gebruikte een ringkussen.

## Brief huisarts geweigerd

Driessen nam meteen contact op met Basic-Fit om Ricks' abonnement stop te zetten. Daartoe was de sportschool bereid, maar men wilde wel een bewijs van de behandelend arts zien. Driessen belde het ziekenhuis maar krijgt te horen dat de arts zo'n verklaring niet schrijft. De huisarts zei tevens dat Basic-Fit hier niet om mag vragen, maar gaf uiteindelijk toch een brief mee. Daarnaast nam Marco een brief voor een nieuwe afspraak in het ziekenhuis mee naar Basic-Fit. Die bleek hier echter niet mee akkoord te gaan. 'Het gaat maar om een bedrag van 19,99 euro per maand, maar toch.'

## Keuringsarts

"Basic-Fit wil een medische verklaring hebben waarin staat dat je niet meer kan sporten. Maar een sportschool kan geen medische verklaring van de arts vragen, omdat de arts die niet mag geven", zegt huisarts Kees Koolbergen uit Alkmaar, die overigens niet de huisarts van de familie Driessen is. Koolbergen legt uit dat dat te maken heeft met het medisch beroepsgeheim en belangenverstrengeling. "Wat deze jongen moet doen, is een brief schrijven naar de sportschool waarin hij zijn verzoek onderbouwt. Als Basic-Fit zijn verhaal niet gelooft, is het hun taak om een keuringsarts in te schakelen. Die verantwoordelijkheid mogen ze niet afschuiven op de sporter. Ook heeft de sporter recht op privacy, hij hoeft dus niet precies te delen waar hij last van heeft."

## Contract opschorten

Een sportschool kan twee dingen doen: een keuringsarts inschakelen, of gewoon het contract opschorten. Anneke van Kesteren

van het Juridisch Loket zegt dat objectief vastgesteld moet worden welke verklaring voldoende zou zijn. "Nu is het naar het oordeel van Basic-Fit om te bepalen wat nodig is." Basic-Fit heeft wel een bepaling opgenomen waarin gesproken wordt over 'medische problemen', dus dan kun je als klant naar de kantonrechter, die zich kan uitspreken over wat precies moeten worden aangetoond. "Wat ook opvalt is de passage 'blijvend niet kunnen sporten', maar wat is blijvend? Dat wordt niet gespecificeerd." Van Kesteren snapt niet dat Basic-Fit niet kiest voor een veel simpelere oplossing, namelijk het opschorten van het abonnement. "Je kunt zeggen dat hij drie maanden niet kan sporten, dus we verlengen het contract met drie maanden. Dat doen veel sportscholen en dat is best redelijk."

## Reactie Basic-Fit

Radar vroeg Basic-Fit om in te uitzending te reageren, maar dat wilde de sportschoolketen niet. Basic-Fit liet desgevraagd weten dat er sprake is van een incident en dat er 'slechts om enige vorm van medisch bewijs gevraagd wordt en dat een medische verklaring niet nodig is'. Dat komt echter niet overeen met wat Basic-Fit aan de familie Driessen liet weten. Basic-Fit gaat zijn medewerkers opnieuw instrueren hoe ze moeten omgaan met klanten die eerder dan gebruikelijk willen opzeggen. "Ook mogen medewerkers de term 'medische verklaring' niet meer gebruiken."

Op de site van Radar worden nog meer casussen beschreven: <https://radar.avrotros.nl/uitzendingen/gemist/item/basic-fit-mag-niet-meer-om-medische-verklaring-vragen/>

## Bronvermelding

Avrotros Radar

Twitter: <https://www.twitter.com/avrotrosradar>

Facebook: <https://www.facebook.com/avrotrosradar>

Barbara Roberti

# De patiënt: een Indiase drum

*Leendert - Jan Doornbos*

Vandaag kwam er een man op mijn poli met een gebroken Mrdanga oftewel Khol, een drum van klei en leer uit India (leer van koe die een natuurlijke dood is gestorven). Hij had het idee dat hij deze drum wellicht kon repareren met kunststof gips. Een nieuwe drum zou erg duur zijn en dat kon hij niet betalen. Wilde ik met hem meedenken?

Zie hier het resultaat. Het plan van de meneer was om de plakaten gips los te halen van de drum en deze onder het riet te spannen. Al met al een echte out of the bass gipsprobleem.

*Leendert - Jan Doornbos, gipsverbandmeester  
L.Doornbos@hagaziekenhuis.nl*



## *In Memoriam*



### **Peter Langenbach**

*24 december 1953 - 29 augustus 2018*

Peter, geboren Hagenees, kwam als jonge jongen al in de zorg terecht. Na zijn middelbare school kreeg hij een vakantiebaan in een verpleeghuis. Werken in de gezondheidszorg was hem op het lijf geschreven en in het Leyenburg ziekenhuis kwam Peter op de gipskamer te werken.

Binnen de NVGP was Peter betrokken bij de fusie naar onze huidige VGN. Ook binnen de opleiding van Peter zeer actief. Zijn enthousiasme en inzet werden beloond met het verkrijgen van het erelidmaatschap. En daar was hij trots op!

De 'slag van Langenbach' is wat hij in Den Haag heeft achtergelaten. Een collega beschrijft het als volgt: de mooiste manier om een teenplateau/schoen af te werken!

Na de vele jaren in Den Haag koos Peter voor een Rotterdams ziekenhuis. In het Ikazia was hij geen 'hoofd' meer en werd hij uiteindelijk voorzitter van de OR.

Peter was een man met een makkelijke babbel en hij kende vrij veel mensen. Peter moest je er ook niet op uitsturen om (ouderwetse) fotomappen te halen. Je was hem dan een uur kwijt. Tussen de rookpauzes door leerde ik Peter kennen als een vakman. Technisch was hij zeer bekwaam. Had verschrikkelijk veel kennis. Hij had de eerste kunststoffen nog meegemaakt en kon daar leuk over vertellen.

Een klein jaar geleden werd hij ziek. Na een aantal chemobehandelingen werd duidelijk dat de vorm van kanker die hij had, niet tegen te houden was. Samen met zijn vrouw en kinderen heeft hij de laatste maanden intensief geleefd en heeft hij zich voorbereid op zijn sterven.

Wij wensen zijn vrouw Nora, kinderen en kleinkinderen veel sterkte met dit grote verlies.

*Lothilde den Besten*



verenigde  
gipsverbandmeesters  
nederland

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

Dhr. M. Breukel,  
secretaris  
(dagelijks en algemeen  
bestuur),  
[secretariaat@vgned.nl](mailto:secretariaat@vgned.nl)

Mevr. K. te Kronnie,  
penningmeester  
(dagelijks en algemeen  
bestuur),  
[penningmeester@vgned.nl](mailto:penningmeester@vgned.nl)

Mw. M. Geers,  
bestuurslid met portefeuille  
Registratie & Accreditatie  
[registratiecommissie@vgned.nl](mailto:registratiecommissie@vgned.nl)

Mw. K. den Hertog,  
bestuurslid met portefeuille  
Opleidingszaken  
[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. A. de Vries,  
bestuurslid met portefeuille  
Ledenactiviteiten  
[ledenactiviteiten@vgned.nl](mailto:ledenactiviteiten@vgned.nl)

Mw. B. Roberti,  
bestuurslid met portefeuille  
Redactie "In dit Verband"  
[redactie@vgned.nl](mailto:redactie@vgned.nl)

Mevr. M. Rijsdijk,  
bestuurslid met de portefeuille  
Innovatie, Trends en Toekomst  
[itt@vgned.nl](mailto:itt@vgned.nl)

Mevr. E. Buter-Kanis,  
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) Voorzitter VGN  
Papyrusdreef 28  
3564 CP Utrecht

in  
dit  
Verband

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

a.u.b.  
postzegel  
plakken

## Vakmanschap is meesterschap!

(Ingezonden brief)

Tijdens onze vakantie, kreeg ik het bericht van het overlijden van Peter Langenbach.

In begin jaren '80 heb ik van Peter het "rollen" van het vak geleerd.

Hij was een vakman die door zijn tomeloze onvermoeibare enthousiaste inzet mensen aan zich kon binden. Collega en tevens vriend.

Ook werden er vele congressen bezocht, zoals in het Kurhaus (baycast) en bij Seton in Engeland.

Tevens was hij één van de mede-initiatiefnemers om het concept opleiding aan te bieden aan de L.O.G. van het A.Z.R.

Nora, kinderen en kleinkinderen, sterkte gewenst met dit enorme verlies.

Fred Mulder.



## 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 : \_\_\_\_\_



## DE NIEUWE VERZAMELMAP 2017-2020

VRAAG DE MAP NU AAN VIA  
INFO@GIPSKAMER.COM



THERAPIES. HAND IN HAND.  
www.bsnmedical.nl - www.gipskamer.com

**BSN** medical

## 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 van de 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 1500 exemplaren
- is een uitgave van de vereniging: VERENIGDE GIPSVBANDMEESTERS 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

- Femke Becker gipsverbandmeester Luxemburg
- Jan van Doorn, gipsverbandmeester, Boven-IJ Ziekenhuis, Amsterdam.
- Lenny Keylard, gipsverbandmeester, OLVG, Amsterdam
- Matthijs Marres, gipsverbandmeester, UMC Utrecht.
- Lody Muskita, gipsverbandmeester, OLVG, Amsterdam.
- Erna Pronk, gipsverbandmeester, WFG, Hoorn
- Dr. Egbert-Jan M.M. verleisdonk, traumachirurg, Diaconessenhuis, Utrecht
- Renske van Wingerden, gipsverbandmeester, Franciscus Gasthuis

## Vormgeving en grafische productie

- Lines & Letters bv, Soest

## Advertenties / abonnementen

- Sonja Tambach-Bunt, gipsverbandmeester ZMC Zaandam, secretaris/penningmeester IdV De Sint Pieter 10, 1509 ZK Zaandam e-mail: [secretariaatIDV@vgned.nl](mailto:secretariaatIDV@vgned.nl)

## Eindredacteur

- Vacature e-mail: [ldv@vgned.nl](mailto:ldv@vgned.nl)

## Hoofredacteur

- Barbara Roberti, gipsverbandmeester, OLVG, Amsterdam. e-mail: [redactie@vgned.nl](mailto:redactie@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.)
  - revalidatieartsen (V.R.A.)
  - reumatologen (N.V.R.)
  - Sport Medische Afdelingen (S.M.A.)
  - algemene ziekenhuizen 1x
  - academische ziekenhuizen 1x

Voor geïnteresseerden buiten de doelgroep:

Abonnementsprijs €17,50 per jaar excl. BTW.

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.