

PODOLOGIE EN FYSIOTHERAPIE

IETS OF NIETS ?

Bert en Jan Bruggeman, Henk Jan Kooke, preventieve fysiotherapeuten

INLEIDING

Onlangs mochten wij uitvoerig in Fysiopraxis (7) lezen hoe mooi en nuttig het beroep podotherapeut wel niet in elkaar stak. Het hoofd van de opleiding voor podotherapie Mevr. de Heus - een fysiotherapeute, die overigens nooit haar vak uitoefende - kreeg alle ruimte om de fysiotherapie de podologiekaas van het brood te eten, notabene in hun eigen vaktijdschrift. De interviewster, Mevr. Urlings, waarschijnlijk een journaliste met uitstekende interviewtechnieken, maar met weinig inzicht in de mogelijkheden van de preventieve fysiotherapie. Ze zal waarschijnlijk ook niet in het bezit van het diploma fysiotherapie zijn en zo ja, dan een stokoud diploma. Of we hebben hier met een collega te maken die wel van haar handvaardigheid overtuigd is, maar dan uitsluitend aan het menselijk lichaam. Nee, niet dat geknoei met zooltjes, lijm en dergelijke, het zou eens aan mijn gevoelige magische handen kunnen gaan zitten, nee dat is duidelijk meer iets voor de podotherapeut. En de redactie dan, zijn die het ook gewoon met Mevr. de Heus eens dat podologie niets voor fysiotherapeuten is en dat zij hiermee onvoldoende opgeleid het terrein van de podotherapeut betreden? Dat is toch haast onvoorstelbaar, is men het zicht op het vak dan totaal kwijt en tot niets meer in staat dan zichzelf te ontmantelen. Die moeten dan, net als de vergrijsde besturen van de beroepsverenigingen, maar eens snel plaatsmaken voor collegae met een meer helder zicht op het vak fysiotherapie. Wij zijn het overigens van harte met Mevr. de Heus eens dat podotherapie een waardevolle opleiding is, waar men ondermeer degelijk leert eelt snijden, nagelbeugels aanleggen, nagel- en likdoornproblemen oplossen, haren met hars verwijderen en schimmels bestrijden. Geen zaken waar ook maar enige bemoeienis van de fysiotherapeut bij mogelijk is. Echter haar opmerkingen, dat bijvoorbeeld fysiotherapeuten bij sporters moeten volstaan met spierversterking en spierverlengende therapieën en voor de belastingbeperking naar de podotherapeut zouden moeten doorverwijzen, willen wij graag weerspreken. Hoewel er zeker samenwerking mogelijk zal zijn, ook in omgekeerde richting, heeft de preventief ingestelde fysiotherapeut het meestal in het geheel niet nodig en is het niet wenselijk dat hij sporters met overbelastingsklachten van of samenhangend met de voet voor corrigerende of ontlastende hulpmiddelen naar de podotherapeut doorstuurt.

OVERLAPPING

Er is een overlappingsgebied tussen podotherapie en preventieve fysiotherapie en dat zijn de overbelastingsklachten van het bewegingsapparaat. De podotherapeut is sinds kort ook op het terrein van de fysiotherapeut - het bewegingsapparaat- werkzaam en wel met corrigerende -

en ontlastende hulpmiddelen, zowel gericht op de voet als op gewrichten boven de voet. De fysiotherapeut en vooral de preventieve fysiotherapeut werkt echter eveneens met beschermende, ontlastende en corrigerende hulpmiddelen. Hij gebruikt de hulpmiddelen in zijn beleid om de gezondheid van de gewrichten van zijn patiënten te beschermen tegen overmatige belasting in de thuissituatie (werk, hobby en sport). Een paar voorbeelden:

1. Het voorkomen van overbelasting bij de rug wordt gerealiseerd met hulpmiddelen als gordels, lordosezitsteunen en hakverhogingen.
2. Het voorkomen van overbelasting bij de enkelverzwikking wordt gerealiseerd met hulpmiddelen als enkelbrace en wigzool.
3. Het voorkomen van overbelasting bij calcaneuspijn wordt gerealiseerd met hulpmiddelen als een hakverhoging met gat, softsole met gat, een combinatie wigzool met gat en softsole.

Kortom of het nu patiënten met rugklachten, enkelverzwikkingen of calcaneuspijn zijn, het principe van het voorkomen van overbelasting tijdens het consolidatieproces is exact hetzelfde, alleen de hulpmiddelen zijn anders.

De pot en de ketel

De opmerking van Mevr. de Heus dat onvoldoende opgeleide fysiotherapeuten het werkterrein van podotherapeuten betreden en dat nog wel uit concurrentie-overwegingen is om een drietal redenen onjuist, onzorgvuldig en heeft duidelijke "pot/ketel" kenmerken:

Ten eerste zijn de overbelastingsklachten van het bewegingsapparaat het werkterrein van de fysiotherapeut.

Ten tweede is de preventieve fysiotherapeut op geen enkele wijze onvoldoende opgeleid om zich op het terrein van de belastingbeperkende, podologische hulpmiddelen te begeven, deze hulpmiddelen horen er onverbrekkelijk bij.

Ten derde is er voor de preventieve fysiotherapeut geen enkele sprake van concurrentie-overwegingen als hij belastingbeperkende - inclusief podologische- hulpmiddelen aanwendt. De preventieve fysiotherapeut is in de eerste en enige plaats begaan met zijn patiënt. Hij zal hem te allen tijde willen beschermen tegen steeds gevaarlijke aanwezige dreiging van overbelasting in het gewone dagelijkse leven. Daartoe worden hulpmiddelen aangewend, podologische zijn daar een onderdeel van. Deze hulpmiddelen worden genuanceerd en met voldoende achtergrond en bovenal integer aangewend.

Andersom hebben wij er geen moeite mee dat podotherapeuten naast de nagels, likdoorns ed. ook het bewegingsapparaat, werkterrein van fysiotherapeut, betreden. Dat doen er wel meer, vrijheid, blijheid wat ons betreft. Wel zijn

wij van mening dat de overbelastingsklachten van het bewegingsapparaat, met name ook die van de voet, zich bij de preventieve fysiotherapeut in de beste handen bevinden, hier onder zullen wij argumenteren waarom.

1. PODOThERAPIE TE PASSIEF

Een groot nadeel van de podotherapeut is, dat zowel bij aandoeningen van de voet als ook bij aandoeningen boven de voet niet meer kan bieden dan een passief corrigerend-, ondersteunend hulpmiddel voor de voet. Van dit verstrekken van alléén passieve hulpmiddelen voor de voet gaat een soort "corsetwerking" uit, die vergelijkbaar is met de corsetwerking van een enkelbrace die alléén gedragen wordt of met de corsetwerking van een brace voor de rug die te lang en zonder begeleiding wordt gedragen.

Podologische fysiotherapie een actief beleid

In een beleid podologische fysiotherapie bij calcaneus pijn of metatarsalgie in aanwezigheid van bijvoorbeeld holvoeten zal naast het drukontlastende hulpmiddel een specifiek rekings- en mobiliserings oefenprogramma worden toegediend. Bij achillespeestendinitis in aanwezigheid van planovalgusvoeten zal naast de corrigerende inlay intensieve proprioceptistraining voor de tibialis posterior worden gegeven. Bij de enkeldistorsie zal naast de enkelbrace intensieve proprioceptis training voor de peroneï plaatsvinden. Preventieve fysiotherapie is dus een totaal beleid bij alle aandoeningen van het bewegingsapparaat, inclusief de voet en steeds een uitdrukkelijke combinatie van **actieve** en **passieve** maatregelen. Podologische fysiotherapie overstijgt daarmee het louter passieve beleid van de podotherapeut.

2. PODOLOGIE EN FYSIOTHERAPIE, AMERIKA

Podologie en fysiotherapie is in Amerika heel vanzelfsprekend, al sinds de begin jaren tachtig wordt er regelmatig in de vaktijdschriften voor fysiotherapie gepubliceerd over podologie voor fysiotherapeuten (2, 3, 4, 5). Verder worden er cursussen podologie georganiseerd voor fysiotherapeuten, ook op het gebied van de reumatische en diabetische voeten. Daar kan de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie nog eens een voorbeeld aan nemen, in plaats van samen met Mevr. de Heus een cursus te organiseren waar de fysiotherapeut alleen de diagnose stelt en dan leert doorverwijzen naar de podotherapeut om zelf met zijn handen in de zak te gaan zitten en over een jaar of wat in het haar.

3. PODOThERAPIE BLIJF BIJ VOET

Wij zijn het ook niet met Mevr. de Heus eens dat podotherapeuten betrokken moeten worden bij aandoeningen boven de voet, it's not at all in the name. Wij zijn eerder van mening dat het in het geheel niet denkbeeldig is, dat podotherapeuten (net zoals vele podoberoepen dit voor de gewoonte hebben) patiënten met aandoeningen boven de voet (nek-, rug-, en knieklachten en vele andere) al te gemakkelijk van allerlei, dure hulpmiddelen voorzien. Deze aandoeningen boven de voet zijn daar vaak in het geheel niet bij gebaat. Het behoort ons inziens niet tot de

deskundigheid van de podotherapeut te beoordelen of klachten boven de voet al dan niet met de voet samenhangen, dit is veel meer de deskundigheid van de preventieve fysiotherapeut. Het lijkt ons dan ook een meer te verkiezen dat bij overbelastingsklachten van het bewegingsapparaat de preventieve fysiotherapeut in principe zijn hulpmiddelen zelf maakt en sporters niet doorstuurt naar de podotherapeut voor een simpel aanpassing aan de voet. Die situatie leidt tot overbodige kosten en teveel kapiteins op één schip. Voelt een fysiotherapeut zich niet thuis op dit podologie-terrein, dan verdient het ons inziens meer aanbeveling een podologie collega (cave Bourdiol collegae, die men overigens ook onder de podotherapeuten tegenkomt) bij dit probleem te betrekken dan een podotherapeut.

4. FYSIOTHERAPIE DOOR VOETThERAPEUTEN

Podo-orthesiologen, pedicures en andere voetberoepen deinzen er in het geheel niet voor terug zich als fysiotherapeut te presenteren. Zij verstrekken ook ultrageluid, elektrotherapie e.a. aan hun patiënten zoals we in hun vaktijdschriften kunnen lezen. Ze hebben er ook geen moeite mee het bewegingsapparaat - werkterrein van de fysiotherapeut- te betreden met allerlei alternatieve therapeutische kul. Voetzoolmassage, reflexzône therapie, Bourdiol zooltjes, massages met wonderbaarlijk esoterische (riekende) olieën en kruidenmengsels zijn zo van die zaken waarmee men zich alternatief bezighoudt en zich buiten het voetterrein begeeft. Wij hebben geen breed inzicht in het grensoverschrijdende gedrag van de podotherapeut, maar incidenteel mogen wij vaststellen - als wij een verdwaalde Bourdiol podotherapeut mogen ontmoeten - dat ook aan hen niets menselijks vreemd is, .

5. PODOLOGIE EN FYSIOTHERAPIE ZO MOEILJK IS HET NIET

Het basisprincipe van preventieve fysiotherapie en eveneens van podologische fysiotherapie - het voorkomen van overmatige belasting in ADL- is in wezen eenvoudig. Dit kenmerk hebben ook vele podologische aanpassingen, zij zijn zo eenvoudig, dat er alleen om die reden al geen enkele aanleiding is om ze aan minder opgeleide podotherapeuten voor te behouden. De eenvoud van het basisprincipe van preventieve fysiotherapie en ook de eenvoud van menige podologische aanpassing wordt het duidelijkst geïllustreerd aan een klacht van de voet, te weten calcaneuspijn.

Calcaneuspijn centraal

Een drukpijnlijke calcaneus wordt bij elke pas en bij het staan met het volledige lichaamsgewicht geconfronteerd. Patiënten met deze klachten lopen er vaak al lang mee, op het laatst is er van lopen nauwelijks nog sprake en sleept men zich strompelend voort. Zelfs bij zitten treden er dan klachten op, een gedeelte van het gewicht van de benen is al teveel drukbelasting voor de calcaneus. Men kan dan therapieën wat men wil, maar zonder drukontlasting, zonder bij elke pas of steun nemen op de voet het lichaamsgewicht van het pijnlijke calcaneusdeel af te halen, is er geen kans van slagen.

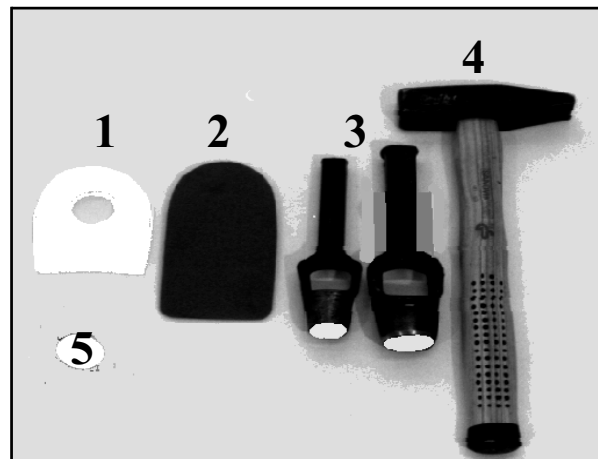
Genezing is pas mogelijk als men het pijnlijke calcaneus-deel van de overmatige ADL- belasting weet te bevrijden, dus de (repeterende), belasting van staan en lopen weet op te heffen.

In één klap er af

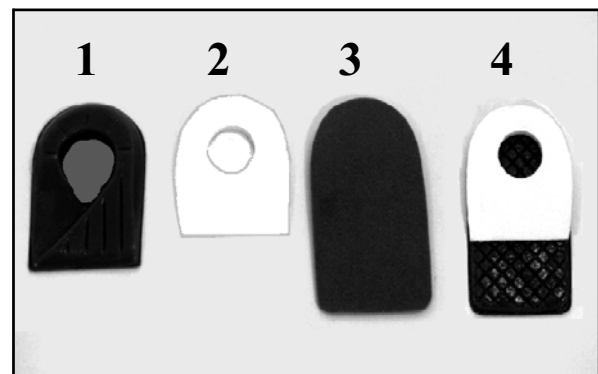
Deze patiënten kunnen letterlijk binnen een seconde en met één klap van hun klachten afgeholpen worden. Een klap van de hamer op een stansmes (afb. 1) doet een gat op de juiste plaats in een hak ontstaan. De procedure verloopt als volgt: de pijnlijke plek wordt met een viltstift aangekend op de ontblote calcaneus. De patiënt gaat nu in de schoen staan, alwaar de nog intacte hak is geplaatst. De pijnlijke plek drukt zich op de hak af. De hak wordt uit de schoen gehaald en op een oud stuk hout gelegd. Het stansmes of holpijp wordt met zijn scherpe ronde onderkant op deze afdruk van de viltstift geplaatst. Op de bovenkant van het stansmes (alwaar zich niet de duim bevindt) geeft men een flinke tik met de hamer. Zo wordt er een mooi rond gat in de hak geslagen. De hak, nu met gat, wordt weer in de schoen geplaatst en er boven op wordt een vlakke softsole (visco-elastisch materiaal) geplaatst om de scherpe randen te polsteren, het drukoppervlak wat te vergroten en schokabsorptie te bewerkstelligen. Als de patiënt nu in de schoen op de hak staat is de druk van het pijnlijke deel van de calcaneus weggenomen. De patiënt kan weer lopen als een kievit, er is een einde aan de overmatige drukbelasting op het pijnlijke deel van de calcaneus gekomen, de genezing kan nu ongestoord zijn gang gaan. Na verloop van tijd voert men de druk weer op. Men kijkt dan wel eerst hoeveel meer druk de calcaneus kan verdragen. Met bijvoorbeeld een weegschaal objectiveert men hoeveel meer gewicht de patiënt op de calcaneus kan nemen voor de pijn optreedt. Ook kan men met een drukpijnmeter objectiveren hoeveel meer druk de calcaneus kan verdragen op zijn pijnlijke regio. Als er objectief een duidelijke verbetering is, kan men weer meer drukbelasting op de calcaneus toelaten door het gat op te vullen met zachter materiaal. Met hetzelfde stansmes slaat men daartoe weer in één klap een rondje uit zachter materiaal en plaatst dit in het uitgestansde gat van de hakverhoging. Geleidelijk aan wordt zo de druk opgevoerd en overgegaan op het lopen op de softsole hak alleen en uiteindelijk weer zonder toegevoegde drukontlasting. Wie één zo'n klap nog teveel van het podologische goede vindt, kan ook drukontlasting bewerkstelligen met een prefab softsole met gat (afb. 2). Nadeel is dat het pijnlijke deel van de calcaneus wel in het midden moet zitten, omdat anders het ontlastende gat niet op de goede plaats zit.

Calcaneuspijn mediaal

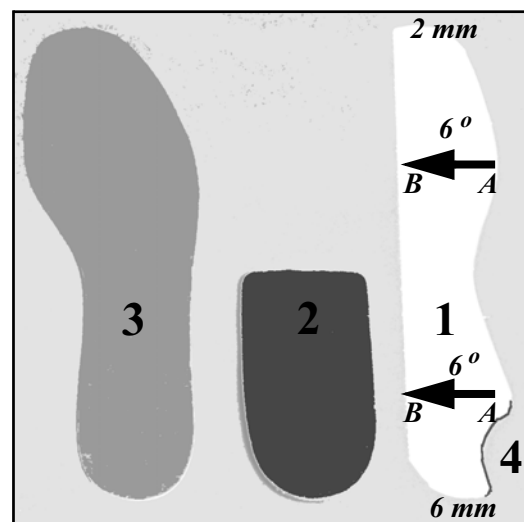
Als de pijn zich bijvoorbeeld meer mediaal bevindt is de procedure in principe hetzelfde, alleen gebruiken wij hier meestal geen hak maar een wigzool. Deze wigzolen kunnen zelf uit keilstroken gesneden worden met behulp van een metalen pasvorm en een stanleymes. Ze zijn ook prefab verkrijgbaar in de gewenste maat (afb. 3). Keilstroken zijn



Afb. 1. 1. Hak verhoging met gat. 2. Vlakke softsolehak om randen van het gat in de hak te polsteren. 3. Stansmessen, twee verschillende groottes. 4. Bekend. 5. Het uitgestansde stuk rubber.



Afb. 2. 1. Softsole hak met prefab gat. 2. Rubber hak met gestansd gat. 3. De hak bij 2 bekleed met een vlakke softsole hak. 4. De combinatie bij 3 van de onderzijde gezien.



Afb. 3.

1. Een wigzool, mediaal hoog, 6° aflopend van A naar B, over de gehele lengte. De wigzool is achter ± 6 mm hoog en loopt naar voor tot ± 2 mm af. Bij 4 is mediaal een gat geslagen met een stanmes. 2. Softsole om de randen van het mediale gat (4) te polsteren. 3. Een metalen pasvorm, waarmee uit een keilvormig (schuin aflopend) stuk rubber de wigzool (1) wordt gesneden.

stroken rubber die van links naar rechts schuin aflopen over hun gehele lengte, ze zijn verkrijgbaar in drie hellingshoeken van 3, 6 en 9 graden. De wigzool wordt schuin uit de keilstrook gesneden om ervoor te zorgen dat hij aan de voorzijde dun toeloopt, anders zouden de tenen te hoog in de schoen opgedrukt worden. Op zo'n wigzool wordt nu op dezelfde wijze als bij de hak (afdrukken van de aangetekende pijnlijke plek op de wigzool) de plaats bepaald waar het gat geslagen moet worden. De wigzool met gat heeft een dubbele werking, enerzijds bewerkstelligt het gat drukontlasting, anderzijds bewerkstelligt de wigging een extra drukontlasting, de druk wordt door deze mediaal hoge wigzool nog extra naar lateraal verplaatst. De wigzool met gat wordt weer gecompleteerd met een vlakke softsole, waarmee nog eens drukverdeling en schokabsorptie wordt toegevoegd. Men zou zo op het eerste gezicht ook alleen een wighak kunnen nemen om deze drukontlasting te bewerkstelligen. Echter uit onderzoek van Rose (6) blijkt dat de werking van een wigzool een veel betere verplaatsing van de druk naar lateraal tot gevolg heeft (afb. 4). Met behulp van voetafdrukken kan worden gecontroleerd of de drukontlasting goed wordt gerealiseerd (afb. 5).

Andere voorbeelden

Andere eenvoudige voorbeelden van podologische aanpassingen, die uitstekend in het beleid van de preventieve fysiotherapeut passen zijn:

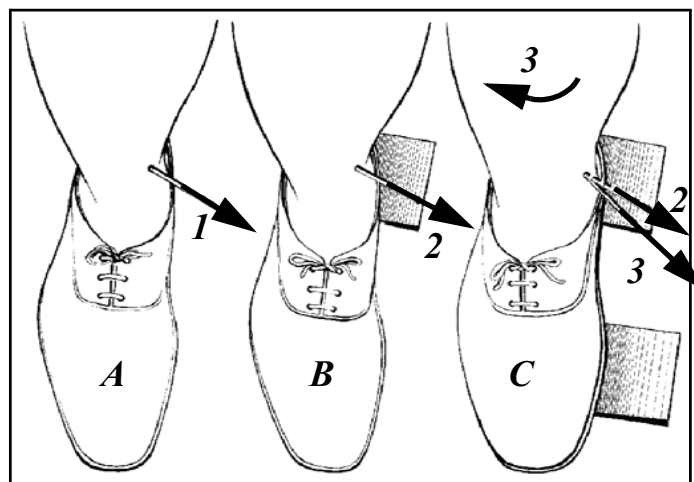
1. Een hakverhoging bij lage rugklachten.
2. een dwarsgewelfsupplement al of niet in combinatie met een uitsparing bij metatarsalgie.
3. een wigzool bij een tensor fascia lata frictie syndroom
4. een variserende wigzool bij plantaire fasciïtis of achillespees tendinitis.

Dit zijn slechts enkele voorbeelden van beschermende hulpmiddelen waar preventieve fysiotherapeuten uitstekend gebruik van kunnen maken in hun beleid bij overbelastingsklachten van het bewegingsapparaat inclusief de voet. Deze hulpmiddelen kunnen zij ook uitstekend zelf maken, zo moeilijk is dat nu ook weer niet, daar is zeker geen podotherapeut voor nodig. Meer achtergrondinformatie over podologie en meer praktische voorbeelden van podologische aanpassingen voor de fysiotherapeut zijn te vinden in het door ons geschreven boek podologische fysiotherapie (1) en op de door ons gegeven cursussen podologische fysiotherapie.

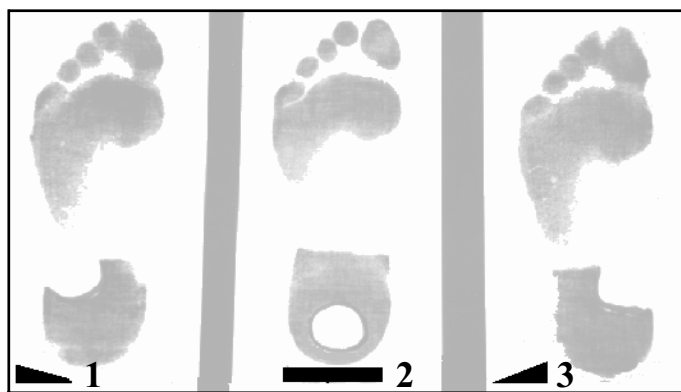
RESUMEREND

Met bovengenoemde argumentatie hebben wij getracht duidelijk te maken dat podologie een onderdeel van preventieve fysiotherapie is en dat het maken, cq. verstrekken van ontlastende hulpmiddelen voor de voet een logisch werkterrein voor de preventieve fysiotherapeut is.

Ook in het samenwerkingsverband arts/patiënt/preventief fysiotherapeut is het wenselijk dat de preventieve fysiotherapeut de podologie beheerst. De samenwerking met de arts is er reeds, de lijnen zijn kort en bestaand en de patiënt



Afb. 4. **A.** Rotatie onderbeen zonder wig (1). **B.** Rotatie onderbeen met hakwig (2). **C.** Rotatie onderbeen met hak- en voorvoetwig (3). Meer rotatie onderbeen (3) en betere drukverplaatsing met wigging van zowel hak als voorvoet.



Afb. 5. Controle van de drukontlasting met een voetafdrukapparaat. **1.** Lateraal hoge wigzool met gat ontlast laterale calcaneus. **2.** Neutrale hak met gat ontlast centrale calcaneus. **3.** Mediaal hoge wigzool met gat ontlast mediale calcaneus.

wordt dan niet van hot naar haar gestuurd. De situatie dat hij met een eenvoudige klacht, bijvoorbeeld een rugklacht eerst naar de arts moet, die dan twee verwijzingen moet schrijven, één voor de fysiotherapeut voor oefentherapie en begeleiding en één voor de podotherapeut om een hakverhoging te laten plaatsen lijkt ons nogal overdreven en niet wenselijk. Te verkiezen is een preventief fysiotherapeut die de podologie beheerst.

Literatuur

1. Bruggeman A. en J.H. Podologische fysiotherapie. ST.E.P., Hengelo (o), 1990.
2. Donatelli R. e.a. Biomechanical foot orthotics: A retrospective study. J of Orthop and Sports Phys. Ther., vol. 10, nr. 12, 1988.
3. Doxey G.E. The Semi-Flexible Foot Orthotic: Fabrication and Guidelines for Use. J of Orthop. and Sports Phys. Ther., vol. 5, no. 1, 1983.
4. Doxey G.E. Calcaneal Pain: A Review of Various Disorders. J of Orthop. and Sports. Ther., vol. 9, nr. 1, 1987.
5. Kosmahl E.M. e.a. Plantar Heel, Plantar Fasciitis, and Calcaneal Spur: Etiology and treatment. J. of Orthop. and Sports Phys. Ther., vol. 9, nr. 1, 17-24, 1987.
6. Rose G.K. Correction of the Pronated Foot. J.B.J.S., vol.40-B, nr.4, blz. 674-683, 1958.
7. Uurlings M. Podotherapie het jongste paramedische beroep. Fysiopraxis, nr. 6, 1993.

**Fysiotherapeut
laat je de voet
niet van het lichaam eten**