

Enkele beschouwingen over orthopedisch schoeisel

DOOR A. G. DRUKKER, REVALIDATIE-ARTS EN P. FELLER, ORTHOPEDISCH SCHOENMAKER

Inleiding. Schoeisel dient in de eerste plaats om het lopen zo gemakkelijk mogelijk te maken, in de tweede plaats beschermt het de voet tegen de buitenwereld en in de derde plaats heeft het schoeisel een esthetische functie.

Lang gold het maken van schoenen als kunstwerk; het schoenmakersberoep stond in de middeleeuwen en ook lang erna hoog aangeschreven. Pas door de fabrieksmatige produktie aan het einde van de vorige eeuw kwam hierin een wijziging.

In de loop der eeuwen is de mode ten aanzien van vorm en materiaal van de schoenen vaak sterk gewijzigd, niet in het minst in onze twintigste eeuw, waarin vooral de damesschoenen aan vele veranderingen onderhevig zijn. De mode-eisen zijn helaas vaak strijdig met de eisen die aan de schoen als bescherming en steun voor de voet moeten worden gesteld.

Enkele opmerkingen over de bouw van een schoen. Het deel van de schoen dat de voet omsluit, is de schacht. Het onderwerk, namelijk het gedeelte dat met de bodem in contact komt bestaande uit zool en hak, wordt van verschillende materialen gemaakt, afgestemd op het gebruiksdoel. De schacht kan met het onderwerk worden verbonden door middel van verschillende bevestigingsmethoden. Lijm en draadverbindingen maken het onderwerk van de schoen buigzaam; pen- en spijkers daarentegen minder buigzaam, maar bestendiger tegen vocht.

Het gedeelte van de schoen dat de voetwortel en de middenvoet ondersteunt „het geleng”, wordt verstevigd met metaal of ander sterk materiaal, de „cambereur”. Dit moet zodanig zijn opgebouwd, dat het de welvingen van de voet bij langdurige belasting in stand houdt. De omsluiting van de hiel moet bijzonder stevig zijn. Dit wordt bereikt door een laag aan te brengen tussen de voering en het bovenleer van de schoen, „contrefort” genaamd, gemaakt van leder of ledervangend materiaal, zoals geperst papier. De versteviging aan de voorzijde „de neus”, dient om de vorm te bewaren, maar mag niet op de tenen drukken.

Er zijn vele schoentypen. In het kader van dit artikel zullen slechts enkele daarvan worden genoemd. Een schoen met vetersluiting omsluit de middenvoet en enkelpartij na goed te zijn aangeregen. Een sluiting van elastiek doet dat ook indien het elastiek voldoende strak is, maar dit laat zich moeilijk regelen. Het instappen bij deze

schoen is gemakkelijker dan bij de vorige, wat belangrijk kan zijn voor mensen met een heupcontractuur of een sterk gestoorde vingerfunctie.

Pump en huisschoen zijn schoentypen zonder sluiting op de wreef; dergelijke schoenen moeten bij het dragen gedeeltelijk aan de voet worden gehouden door de activiteit van de tenen en door een goed aansluiten van de hiel.

De vorm van de schoen wordt bepaald door de leest, een model van hout waarop hij is gebouwd. De vorm van de leesten voor confectieschoenen wordt zodanig gekozen, dat deze aan het gemiddelde voettype wat vorm en omvangsmaten betreft, voldoet. Dit gemiddelde kan echter van streek tot streek sterk verschillen.

Hierdoor wordt het duidelijk, dat het kiezen van de juiste confectieschoen geen gemakkelijke zaak is.

Juist schoeisel bij been- en voetafwijkingen. Of het huidige confectieschoeisel zelfs bij praktisch normale been- en voetvormen fysiologisch kan worden genoemd, is de vraag. Bovendien zijn mensen met een normale voetvorm meer uitzondering dan regel. Volgens de ervaring van militaire keuringsartsen is het aantal mensen met pedes plano-valgi, halluces valgi, klauwtenen, hamertenen, holvoeten, spreidvoeten etcetera zeer groot. Toch kunnen deze jongeren met hun vaak evidente afwijkingen marsen volbrengen op schoeisel dat zwaar is en niet is aangepast aan hun voetvorm.

Hieruit blijkt, dat ten aanzien van de gang van de mens een uitgebreide marge van aanpassing bestaat. Het is zonder meer duidelijk, dat de mens zijn volledige lichaamsgewicht „overdraagt aan” zijn beide voeten en dat meer dan normaal lichaamsgewicht meer dan normale belasting voor de voeten betekent.

Over de wijze, waarop klachten bij mensen met kleine voetafwijkingen zouden zijn te vermijden, zal verder niet worden ingegaan; naar onze mening behoeven bij juist schoeisel en een goed aangepast voetbed geen belangrijke klachten of loopmoeilijkheden te worden verwacht. Het bezoek aan pedicures zou hierdoor aanzienlijk zijn terug te brengen. Zoals reeds eerder vermeld, houdt confectieschoeisel slechts rekening met gemiddelde voetlengte, breedte en vormen van enkel, midden- en voorvoeten.

De pathologische standen in de onderste extremiteiten en met name van de voeten door con-

genitale ziekelijke of ongevalsafwijkingen zijn relatief groot in aantal.

Wanneer is het verstrekken van orthopedisch schoeisel nu globaal aangewezen? In die gevallen, waar duidelijke afwijkingen in vorm en functie bestaan ten opzichte van een normale voet of een normaal been; ook in gevallen, waar het gebruik van een voet hinderlijke pijn veroorzaakt.

In het algemeen kan men moeilijk de grens bepalen tussen normaal en pathologisch. Om een voorbeeld te geven: welke varus- of valgusstand in de enkel of knie kan nog als „normaal” worden geaccepteerd: een graad, twee, vijf of tien graden?

In de traumatologie is de beantwoording van deze vraag relatief gemakkelijk. Hier hebben wij immers te maken met afwijkingen die door het trauma zijn ontstaan en waarbij de gelaedeerde extremitet anders is gebleven dan deze vóór het ongeval was, dus ten opzichte van het niet-verwonde been. Men kan zeggen dat, wanneer na een éézijdig trauma het normale gebruik van deze extremitet min of meer ernstig is en gestoord blijft, moet worden nagegaan of door orthopedisch schoeisel de handicap kan worden verminderd.

Bij sommige patiënten zal deze handicap geheel kunnen worden ondervangen, terwijl bij ernstige aandoeningen vaak in belangrijke mate aan de gevolgen van de afwijking kan worden tegemoet gekomen. Het zal duidelijk zijn, dat voor grensgevallen geen absolute normen voor het verstrekkingsbeleid kunnen worden gegeven. Hier zal de één een bepaalde verstrekking noodzakelijk achten, terwijl de ander niet van de noodzaak van de verstrekking overtuigd is.

Vooraf patiënten bij wie de pijnklachten belangrijker zijn dan de objectieve bevindingen, zijn moeilijk te beoordelen. Als voorbeeld hiervan kan worden genoemd de aanwezigheid van restverschijnselen na een calcaneusfractuur. Hier geldt zeker, dat de ernst van de handicap noch is af te lezen van de röntgenfoto's, noch in absolute relatie staat tot de vorm- en functieafwijking van de voet.

Er zijn gevallen bekend van ernstige verbrijzeling, die na genezing geen bezwaren veroorzaken, maar ook gevallen van een eenvoudige extra-artriculaire fractuur die blijvende, vrij ernstige moeilijkheden geven. Een belangrijke rol hierbij speelt de psychische instelling van de patiënt.

Wij kennen uit ervaring patiënten, die met grove enkel- en voetafwijkingen weer vlot hun werk hervatten, terwijl anderen met slechts geringe afwijkingen niet tot enige werkhervatting zijn aan te sporen. Een andere belangrijke factor is het werkmilieu van de patiënt. Wie op een ongelijke vloer werkt en op ladders moet klimmen, zal hogere eisen moeten stellen aan zijn gelaedeerde been en voet dan een kantoorbediende, die veelal zittend werk verricht.

Welke gevallen komen zeker voor schoenvoor-

ziening in aanmerking? De arts zal in samenwerking met de schoenmaker van zes elementaire punten moeten uitgaan voor het maken van een juist plan voor schoenaanpassing: 1 de functie van voet en been; 2 de vorm van voet en enkel; 3 de stand van voet en been; 4 eventuele pijnklachten; 5 lengteverschil van de benen en 6 de aard van de huidbedekking van de voet (pijnlijke littekens, brandwonden en wat dies meer zij).

Afwijkingen vinden vaak hun oorsprong in meer dan een van deze factoren.

Ad 1 Functiestoornissen. Deze kunnen onder andere ontstaan door posttraumatische gewrichtsverstijvingen, door kapselschrimpelingen na arthritische processen van het enkelgewricht of zij kunnen zich presenteren als resttoestanden na een arthrodesse van het bovenste of onderste spronggewricht; verder kunnen dergelijke functiestoornissen het gevolg zijn van arthrosis deformans van het bovenste of onderste spronggewricht.

Er kan ook sprake zijn van een gestoorde motoriek, zoals bij de ischemische contracturen; door uitgebreid weke delen verlies; door gestoorde innervatie, zoals kan ontstaan bij een perifere peroneus-paralyse en andere paralyzen, bijvoorbeeld de centrale verlammingen.

Aan de voet kunnen arthritische of arthrotische of andere posttraumatische afwijkingen eveneens hinderlijke functiestoornissen veroorzaken, zoals bijvoorbeeld de zeer veelvuldig voorkomende hallux rigidus (rigide grote teen).

Ad 2 Vorm van voet en enkel. Als voorbeeld kan een atrofische voet ten gevolge van een paralyse of congenitale afwijking worden genoemd; een hallux valgus die zeer veel ruimte in de voorvoet vraagt, evenals de klauwtenen, die indien niet geopereerd soms een aanzienlijke neushoogte tot circa 5 cm in de schoen opeisen; posttraumatische veranderingen in voetwortel, midden- en voorvoet zoals amputaties, contracte valgus- of holvoeten, klompvoeten met een extreme varusstand, verhoogde wreeven etcetera.

Lichte of grote deformaties kunnen het gevolg zijn van sporen of arthritische afwijkingen, zoals men deze vaak aantreft bij de reumatoïde arthritische.

Ad 3 Stand van voet en been. Na fracturen blijven soms standsveranderingen over in de zin van exo- of endorotatie, evenals valgus- of varusstanden. Na een tibiafractuur kan een retrocurvatie-stand blijven bestaan.

Gefixeerde pro- en supinatiestanden in de voeten zijn eveneens een aanleiding tot een juiste schoenaanpassing.

Ad 4 Pijnklachten. De factor pijn speelt een grote rol bij arthritische van één of meer gewrichten van enkel of voet, evenals bij arthrosis deformans van een van deze gewrichten, bijvoorbeeld na een trauma. Verder treedt pijn op bij lokale circulatiestoornissen of bij een te grote belasting van hyperesthetische huidgebieden.

Ad 5 Lengteverschil van de benen. Een verandering aan bestaand schoeisel is noodzakelijk bij een belangrijke verkorting van een been ten opzichte van het andere.

Een absolute verkorting kan ontstaan bij fracturen met als gevolg lengteverlies, bij resttoestand na ontstekingen in de buurt van gewrichten van de onderste extremiteiten aan één zijde tijdens de groeifase en ten gevolge van andere groeistoornissen.

Een relatieve verkorting ziet men bij een scoliose, adductiecontractuur in de heup, een flexiecontractuur in het kniegewricht, coxa vara, bijvoorbeeld na een fractuur van het collum femoris, etcetera. Opgemerkt moet worden, dat bij een stijve knie de schoen aan de gezonde kant moet worden verhoogd om de zwaai fase van het verstijfde been mogelijk te maken.

Een relatieve verlenging van het been komt voor bij een abductiestand van het heupgewricht en bij een spitsvoet.

Een verlenging of verkorting kan voorkomen bij arthrosis deformans van één heupgewricht.

Ad 6 Huidbedekking van de voet. Hierbij wordt speciaal gedacht aan huidverbrandingen, waarbij de normale huid wordt vervangen door huidtransplantaten of aan trofische ulcera aan voet of enkel.

Zoals reeds eerder vermeld, zijn de afwijkingen meestal niet zonder meer in één van de genoemde rubrieken onder te brengen; toch is het nuttig voor hetgeen volgt om deze korte analyse te maken.

Therapie door middel van aangepast schoeisel.

In een aantal gevallen zal het mogelijk zijn om, wanneer het gaat om een functiebeperking zoals een beperkte dorsaal-flexie van de enkel, een lichte standafwijking of een vormafwijking, gebruik te maken van gemodificeerde confectieschoenen. Als eerste voorbeeld kan een calcaneusfractuur worden genoemd, waarbij de pro- en supinatiebewegingen in het onderste spronggewricht en de voetwortel meestal zeer pijnlijk zijn en praktisch opgeheven, terwijl de dorso-flexie van de enkel is beperkt en het neerkomen van de hiel op de grond vaak pijnlijk is.

In dit speciale geval kan een hoge schoen, waarbij een versteviging is aangebracht rond de enkels, voorzien van een verbrede, eventueel verende hak, een goede oplossing geven voor de pijnlijke kantelbewegingen. Aan de beperkte dorsaal-flexie, die een afgeremd gangbeeld geeft te zien, wordt tegemoet gekomen door middel van een kunstmatige afwikkeling. Het principe hiervan is het verkorten van de hefboom tussen de hiel en de bal van de voet.

Bij het lopen wordt door het aanspannen van de Achillespees de hiel opgetrokken en de schrede afgewikkeld over de lijn, die wordt gevormd door de middenvoet- en teengewrichten. Door het dichtert bij de hiel brengen van deze afwikkelingslijn

Figuur 1. Kunstmatige beïnvloeding afwikkeling voet



wordt als het ware de hefboom verkort, waardoor het afwikkelen met minder weerstand op de voet zal plaatsvinden (*figuur 1*).

Het geheel wordt gecompleteerd door een goed steunend naar een gipsafdruk gemaakt voetbed of supplement van enigszins elastisch materiaal, zoals porebrubber. Bij beenverkortingen wordt een aanvulling van een minimaal gewicht onder de schoen aangebracht.

Bij verlies van tenen of gedeelten daarvan zal een gewone schoen steeds plooiën vertonen in het bovenleer, hetgeen hinderlijk kan drukken op de eindlitteken. Om dit te voorkomen kan de zool van een schoen geheel onbuigzaam worden gemaakt, hetgeen kan worden bereikt door tussen de binnen- en de buitenzool een laag fineer of desnoods zelfs een stukje staal aan te brengen, waarna een afwikkeling onder de schoen wordt aangebracht. Ook hierbij is een goed voetbed met een aanvulling voor de ontbrekende tenen gewenst. Een voetbed of supplement bewijst vaak zeer goede diensten.

Bij het corrigeren van een valgusneiging wordt dit supplement zodanig opgebouwd, dat de voet in supinatie wordt gedwongen. Bij een varusneiging construeren wij het voetbed met een aanvulling om te proneren. Bij contracturen of deformaties kunnen de overbelaste plaatsen van de voet zool in het voetbed door middel van een plaatselijke uitsparing of door veranderingen in de binnenzool worden vrijgelegd.

In het algemeen kan men zeggen dat een goed voetbed dikwijls de mogelijkheden biedt om het juiste bodemcontact tot stand te brengen. Hierbij dient het supplement te worden gemaakt van enigszins elastisch materiaal, zodat de bewegingen niet worden belemmerd en het supplement zich goed in de schoen aanpast.

Bewegingsbelemmering wordt maar al te vaak bij metalen steunzolen gezien. Deze hebben geen vlakke onderkant, aangepast aan het schoeisel. Zij verschuiven gemakkelijk, geven aanleiding tot afglijden van de voet en tot overmatige slijtage van de schoen. Bovendien is het vrijwel onmogelijk door middel van kloppen, hetgeen toch altijd min of meer op het oog moet plaatsvinden, een optimale pasvorm te bereiken. Verder hindert een metalen zool het afwikkelen van de voet.

Het verkrijgen van een goede voetafdruk vereist een speciale techniek. Hiervoor wordt in het Muiderpoort Instituut boetseerlei gebruikt.

De voorvoet van de patiënt wordt eerst in een

bakje met klei geplaatst, daarna wordt de hiel erin afgedrukt; aldus wordt bereikt dat de voetzoolfascie zich over de gehele oppervlakte gelijkmatig laat spannen, waarbij tevens de voetwelingen zich door tegendruk van de enigszins weke kleimassa zover laten corrigeren als in alle geledingen mogelijk is. Wanneer daarbij zorg ervoor wordt gedragen dat de knie zich recht boven de voet bevindt, zal de juiste mate van noodzakelijke pron- en supinatie zich tevens in de afdruk tonen.

Naar onze mening is deze methode fysiologischer dan het nemen van een gipsafdruk bij een hangend been, waarbij de factor belasting niet tot zijn recht komt. In sommige gevallen kan het zin hebben ook het voetbed te bedekken met een zachtere laag, bijvoorbeeld een laagje schuimrubber ter nivellering van kleine plaatselijke drukverschillen. Een dergelijke tussenlaag heeft, althans bij een duidelijk afwijkende voetvorm, alleen zin wanneer het steunend voetbed zelf reeds individueel aan de voet is aangepast.

Bij zeer gevoelige voeten wordt tegenwoordig het in Amerika ontwikkelde plastazote als supplementsubstantie toegepast. Het nadeel hiervan is echter, dat het slechts korte tijd vormvast blijft te zijn.

Een in de praktijk zeer veel voorkomende afwijking is de pijnlijke eeltvorming onder een of meer kopjes van metatarsalia I tot en met V. Een goede metatarsussteun met vrijlegging van de overbelaste plekken bestrijdt dit euvel, waarvoor velen zich jarenlang regelmatig wendden tot pedicures.

Naar maat gemaakt orthopedisch schoeisel zal in zeer vele gevallen een goede oplossing bieden aan patiënten met grove standafwijkingen en/of functiebeperkingen, zoals bijvoorbeeld bij een pes equinovarus.

In het geval van een beweeglijke klompvoet moet een maximale correctie van stand en vorm met zelfs overcorrectie in de zin van pronatie en abductie worden toegepast. Er moeten maatregelen worden genomen om de vorm en stand tijdens het dragen van de schoenen te behouden, namelijk door het toepassen van speciale materialen.

Bij sterk contracte varus enkels wordt de supinatie in het voetbed aangevuld om een goede belasting mogelijk te maken; verder moet evenals bij het gemodificeerde schoeisel de hak naar lateraal worden uitgebouwd, zodat de sagittale belastingslijn van het onderbeen midden door de hak loopt en de laterale voetrand bij het lopen niet wordt overbelast.

Bij sterk contracte valgus enkels moet de hak naar mediaal worden verbreed, eveneens om de belastingslijn zo gunstig mogelijk te doen verlopen.

Bij orthopedische schoenen gaat men uit van een gipsafdruk (negatief), waarvan een gipspositief wordt gemaakt. Zo kan dus met de vorm van de in dit geval afwijkende voet volledig re-

kening worden gehouden, althans voor de anatomische (statische) afwijkingen. Met deze zogenaamde maatschoenen kan uiteraard een optimale „vang” en pasvorm worden verkregen.

Het is van groot belang dat de voorschrijvende arts in plaats van kortweg de vermelding „maat-orthopedisch schoeisel” een recept voorschrijft, zoals hij dit dagelijks doet ten behoeve van de apotheker. Dit recept kan als volgt eruitzien.

A De diagnose van de afwijkingen die aanleiding geven tot het voorschrijven van speciaal schoeisel of van modificaties aan bestaand schoeisel etcetera.

B De afwijkingen genoemd in de zes punten: 1 de functie van voet en been; 2 de vorm van de voet; 3 de stand van voet en been; 4 de eventuele pijnklachten; 5 het lengteverschil van de benen en 6 de aard van de huidbedekking van enkelpartij en voet.

C De aard van de verstrekking namelijk 1 maat-orthopedisch schoeisel; 2 gemodificeerd confectieschoeisel, hoog of laag met opgave van de aard van de modificaties, zoals een supplement met vrijlegging van bijvoorbeeld de hakstreek of de metatarso-falangeaal gewrichten, een vroege of late afwikkeling onder de zool van de schoen, een éézijdige hakverhoging van x cm etcetera.

Hiermede is, zelfs wanneer de arts summiere gegevens verstrekt volgens bovenstaand patroon, de maatorthopedische schoenmaker in het algemeen voldoende ingelicht en zal hij in staat zijn om de schoenaanpassingen aan te brengen.

In zeer bijzondere gevallen is het nuttig dat een persoonlijk contact tot stand wordt gebracht tussen de voorschrijvende arts, de orthopedische schoenmaker, de patiënt en eventueel in zeer uitzonderlijke gevallen de orthopedische instrumentmaker, die een orthese ofwel beugel moet bouwen aan de te verstrekken schoen respectievelijk schoenen. Deze gevallen zullen in het algemeen worden beoordeeld door een specialist, bijvoorbeeld een orthopedisch chirurg, een reumatoloog, een revalidatie-arts, een neuroloog of een andere specialist.

Volledigheidshalve worden thans enkele voorbeelden van meer gecompliceerde aard vermeld, waarbij het noodzakelijk is om een persoonlijk contact met de vakman tot stand te brengen of enige aanvullende aantekeningen te maken.

Voorbeeld 1. Een patiënt heeft na een langdurige gipsbehandeling van een onderste extremititeit een Sudeckse atrofie ontwikkeld met stugge voetgewrichten, waardoor het afwikkelen van de voet met pijn en moeite geschiedt.

Men zou geneigd zijn om deze patiënt een vlotte afwikkeling onder zijn schoen te geven, maar hij heeft tevens een instabiele knie aan dezelfde zijde, zodat hij bij een vlot looppatroon door zijn knie zakt. Men moet in dit geval de vlotte afwik-

krachtige voet. Hier ligt dan een grensgebied tussen schoenaanpassing alleen en een gecombineerde schoenbeugelverstreking.

Het is duidelijk dat juist hier cosmetische factoren een belangrijke rol spelen, die vooral bij vrouwen van doorslaggevende betekenis kunnen zijn. Mannen kunnen met hun broekspijpen veel bedekken. Deze cosmetische beperkingen gelden natuurlijk ook de aanpassing bij een aanzienlijke verkorting van één been. Gelukkig zijn orthopedische schoenmakers vaak in staat om in zekere mate te

gemoet te komen aan deze schoonheidseisen, bijvoorbeeld door een fraaie buitenschoen te bouwen over een wat plompe, aan vorm en functie aangepaste binnenschoen.

Met dit summiere overzicht over schoenaanpassingen bij aandoeningen van de onderste extremiteiten dat verre van volledig is, hebben wij gehoopt de belangstelling te hebben gewekt voor een stiefmoederlijk bedeed medisch terrein. Orthopedische schoenmakers kunnen velen helpen zich weer normaal in de maatschappij te bewegen.

VERENIGINGEN VAN PATIËNTEN

Vereniging Spierdystrofie Nederland

De Vereniging Spierdystrofie Nederland (V.S.N.) werd in 1967 opgericht door ouders van patiëntjes, die aan een spierziekte lijden. Het lidmaatschap van de V.S.N. staat open voor ouders of verzorgers van kinderen, die aan een dergelijke ziekte lijden en voor volwassen lijdende aan een spierziekte. Het buitengewoon lidmaatschap staat open voor alle belangstellenden.

Doel. De vereniging stelt zich ten doel de bevordering van de geestelijke en materiële belangen van lijdende en ouders of verzorgers van lijdende aan spierdystrofie (*dystrophia musculorum progressiva*) en aanverwante ziekten, alsmede de bevordering van het wetenschappelijk onderzoek naar oorzaken en mogelijkheden tot voorkoming en genezing van deze ziekten.

Onder aanverwante ziekten worden verstaan andere primaire ziekten van het spierstelsel, alsmede de spinale spieratrofieën van Werdnig-Hoffmann-Oppenheim, Kugelberg-Welander en Duchenne-Aran; de neurogene spieratrofieën van Tooth-Marie-Charcot-Hoffmann en Dejerine-Sottas en de polyneuropathieën.

De vereniging tracht het mogelijk te maken dat elke patiënt een adequate fysiotherapeutische behandeling krijgt; gewezen wordt op de mogelijkheden, betreffende een medische en sociaal-medische begeleiding en op het belang van een rationele voeding.

De vereniging verstrekt adviezen of verwijst naar instanties op het gebied van hulpmiddelen en aanpassingen in de woning, financiële problemen, onderwijs, opvoeding en recreatie.

Het Prinses Beatrix Fonds. Het Prinses Beatrix Fonds bleek bereid alle kosten in verband met het wetenschappelijk onderzoek voor zijn rekening te nemen, alsmede de kosten ten behoeve van hulpapparatuur voor patiënten, aanpassingen in woningen en noodzakelijke recreatie. Dit betekende een enorme steun voor de V.S.N.

Wetenschappelijk onderzoek. Voor wat betreft het wetenschappelijk onderzoek kwam, mede door coördinerende activiteiten van de V.S.N., de werkgroep voor Spierziekten tot stand, een groep van een twintigtal specialisten, verbonden aan de Amsterdamse Universiteit, die het diagnostisch proces tot een voor de patiënt enkele uren vergend onderzoek inkortten. In geval van twijfel betreffende de diagnose kan op verzoek van huisarts of specialist van de patiënt een kosteloos medisch onderzoek door de werkgroep voor Spierziekten plaatsvinden. De gegevens, die bij dit diagnostisch onderzoek worden verkregen, gebruikt men bij verder wetenschappelijk onderzoek.

Consultatie-gelegenheid. Sinds april 1970 bestaat voor onze leden de gelegenheid om — na in Amsterdam te zijn onderzocht — zich voor verder medisch consult te voegen bij het revalidatiecentrum Gooisch Kinderziekenhuis (G.K.Z.) te Huizen. Dit kan ook op verzoek van huisarts of specialist.

Het team dat zich in het G.K.Z. bezighoudt met spierdystrofie-patiënten, onderhoudt nauwe contacten met de werkgroep voor Spierziekten te Amsterdam. De bedoeling van deze voorlopige consultatie-gelegenheid is, dat spierdystrofie-patiënten bijvoorbeeld elk jaar in het G.K.Z. worden beoordeeld op een juiste fysio-hydrotherapeutische behandeling, gewaarschuwd worden voor contracturen en voorlichting krijgen hoe deze zijn te voorkomen. Dit uiteraard voorzover zij niet al bij een ander revalidatiecentrum onder regelmatige controle staan.

Verder worden in het G.K.Z. ook adviezen gegeven betreffende hulpmiddelen en aanpassingen thuis.

Tenslotte kunnen psychologische, maatschappelijke en eventueel financiële problemen worden besproken. Voorzover in bepaalde gevallen nodig blijkt, zoekt men van daaruit — in samenwerking met plaatselijke medici, maatschappelijk werk of