

# **Behandelkader**

## **Hand- en Pols Revalidatie**

Juni 2020

(Format conform handleiding behandelkaders revalidatiegeneeskunde versie 31 oktober 2013)

## **Inhoudsopgave:**

- 1 Algemene inleiding behandelkader**
- 2 Patiënten doelgroep**
- 3 Behandelaanbod**
- 4 Behandeldoelen en patiëntparticipatie**
- 5 Indicatoren**
- 6 Kwaliteitscriteria (deskundigheid, faciliteiten, netwerk)**
- 7 Referenties**

# **1. Algemene inleiding behandelkader**

## **1.1 Doel en functie behandelkader**

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep.

Behandelkaders kunnen gebruikt worden voor verschillende doeleinden, zoals:

- het ontwikkelen en toetsen van behandelprogramma's;
- het bieden van transparantie dan wel het afleggen van verantwoording aan derden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiëntendoelgroep al dan niet onder revalidatiegeneeskunde valt dan wel kan worden verwacht;
- het harmoniseren/uniformeren van het aanbod van verschillende revalidatiepraktijken teneinde praktijkvariatie inzichtelijk te maken;
- het beschrijven van de regionale samenhang in een revalidatienetwerk (wie doet wat, waar en op welk niveau).

## **1.2 Werkwijze ontwikkeling van het behandelkader**

Voor het ontwikkelen van het behandelkader hand en polsklachten is in 2017 een commissie ingesteld door de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) via de Werkgroep Hand -en Pols Revalidatie (WHPR).

De commissie bestond uit de volgende personen:

- A.E. van Loon-Felter, revalidatiearts, Hand en Pols Revalidatie Nederland
- Dr. H. van der Linde, revalidatiearts, Klimmendaal Revalidatiecentrum Arnhem
- Prof. dr. C.K. van der Sluis, revalidatiearts, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen
- M.A.H. Brouwers, revalidatiearts, De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht
- S.L.S. Houwen- van Opstal, revalidatiearts, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
- Prof. dr. H.J. Stam, revalidatiearts, Hand en Pols Revalidatie Nederland

De commissie werd ondersteund door de leden van de WHPR.

De commissie werkte van 20-10-2017 tot 15-06-2020 aan de totstandkoming van het concept behandelkader. Hierna werd het bij het oprichten van de WHPR aan het bestuur van de VRA voorgelegd. Hierna kan het worden gepubliceerd op de website van de VRA.

## **1.3 Datering en geldigheidsduur van het behandelkader**

De VRA is als houder van dit behandelkader verantwoordelijk voor de actualiteit van dit behandelkader.

Uiterlijk 2025 bepaalt het bestuur van de WHPR of het behandelkader nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe commissie geïnstalleerd om het behandelkader te herzien. De geldigheid van

het behandelkader komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

## **2. Patiënten doelgroep**

### **2.1 Omschrijving doelgroep**

Het behandelkader is bedoeld voor volwassenen en kinderen met acute of chronische hand- of polsproblematiek, waarbij de complexiteit van de aandoening of bijkomende persoonlijke- of externe factoren een medisch specialistische aanpak vereisen.

Onder acute en chronische hand- en polsproblematiek verstaan we acute en late gevolgen van ongevalsletsels, aangeboren aandoeningen en verworven aandoeningen; zoals reumatische aandoeningen, centrale of perifeer neurologische aandoeningen, tendomyogene aandoeningen en degeneratieve aandoeningen.

Hand- en polsproblematiek als gevolg van een traumatisch centraal neurologisch lijden valt buiten dit behandelkader.

### **2.2 Omvang doelgroep**

In de algemene Nederlandse bevolking wordt de jaarlijkse prevalentie van hand- en polsklachten geschat op 125 per 1000 personen. De incidentie van handklachten in de Nederlandse huisartsenpraktijk bedraagt ongeveer 8 nieuwe episoden per 1000 patiënten per jaar en van polsklachten ongeveer 4 episoden per 1000 patiënten per jaar. De prevalentie van handklachten in de Nederlandse huisartsenpraktijk wordt geschat op 10 per 1000 patiënten en van polsklachten op zes per 1000 patiënten. De incidentie en prevalentie van zowel hand- als polsklachten in de huisartsenpraktijk zijn hoger voor vrouwen dan voor mannen (bron NHG).

Van alle lichamelijke letsels die op de spoedeisende hulp worden gezien betreft het in 27% een hand- of polsletsel, met als meest voorkomende een polsfractuur (7%), fractuur hand/vinger (7%) en open wond hand/vinger (5%).

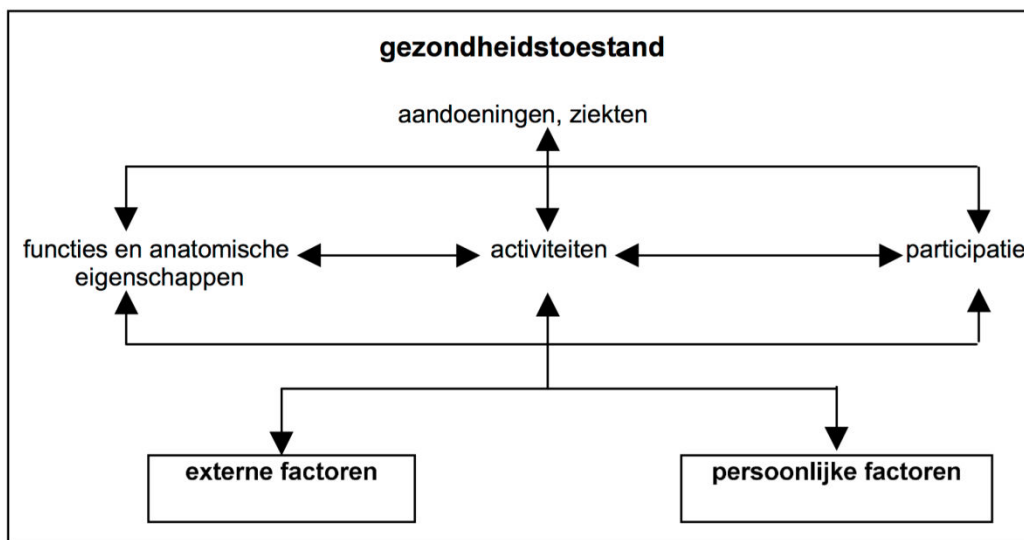
Van de 250000 hand- en polsletsels is 46% een vingerletsel, 30% polsletsel, 24% handletsel algemeen (bron: [www.veiligheid.nl](http://www.veiligheid.nl)).

## **3. Behandelaanbod**

Waar andere medisch specialisten zich vooral richten op de behandeling van ziekten of aandoeningen, richten revalidatieartsen met hun teams zich in de behandeling ook nadrukkelijk op het opheffen, verminderen of zo mogelijk voorkomen van de gevolgen ervan. De medisch

specialistische revalidatie maakt hierbij gebruik van de "International Classification of Functioning, Disability and Health<sup>1</sup>, het ICF-model (zie figuur 1).

De medisch specialistische revalidatie betreft de zorg voor kinderen en volwassenen met complexe, vaak blijvende en met elkaar samenhangende problemen, uitgeoefend door of onder de verantwoordelijkheid van een revalidatiearts (zie hiervoor ook de nota Indicatiestelling Medisch Specialistische Revalidatie<sup>2</sup>).



Figuur 1: het ICF-model

Gevolgen van ziekten of aandoeningen kunnen met behulp van het ICF-model worden geanalyseerd en de aangrijpingspunten voor de medisch specialistische revalidatie kunnen met behulp van dit model in kaart worden gebracht.

Gehanteerde definities in het ICF model:

- **Functies:** fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.
- **Anatomische eigenschappen:** positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam.
- **Activiteiten:** onderdelen van iemands handelen.
- **Participatie:** iemands deelname aan het maatschappelijk leven.
- **Externe factoren:** iemands fysieke en sociale omgeving.
- **Persoonlijke factoren:** iemands individuele achtergrond.

Ook bij het beschrijven van de hand- en pols revalidatie wordt gebruik gemaakt van het ICF-model.

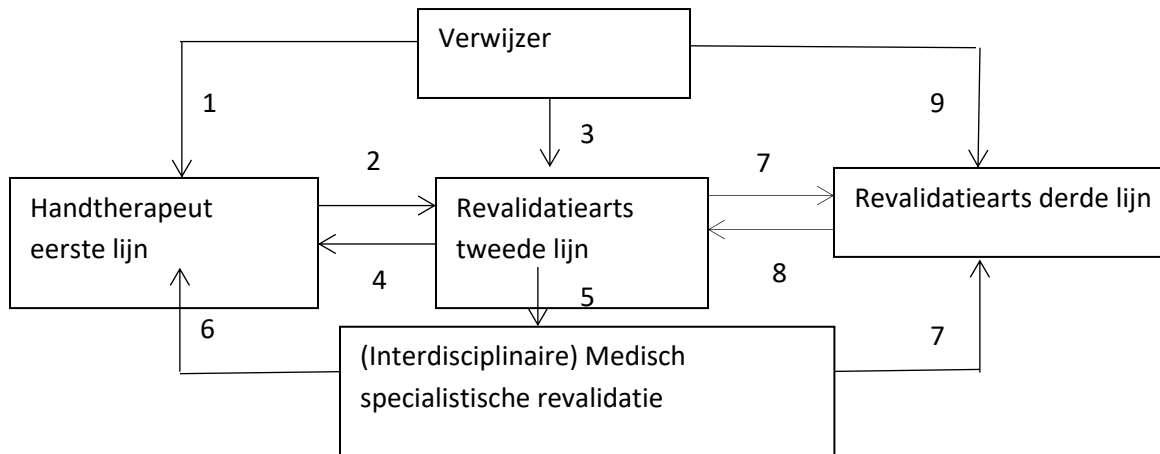
<sup>1</sup> World Health Organization, "International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF", Nederlandse vertaling, 2001.

<sup>2</sup> [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota\\_indicatiestelling\\_def\\_april\\_2016\\_rn\\_vra.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota_indicatiestelling_def_april_2016_rn_vra.pdf)

### 3.1 Matched care

Het uitgangspunt is dat patiënten de juiste zorg krijgen op de juiste plek. Indien mogelijk in de eerste lijn, zo dicht mogelijk in de eigen omgeving.

De verwijzer is degene die beslist wie de patiënt als eerste ziet. Indien de patiënt naar de revalidatiearts wordt verwezen, is deze verantwoordelijk om voor deze patiënt te (blijven) toetsen of de juiste zorg wordt geleverd op de juiste plek. Zie hiervoor onderstaand schema.



Toelichting nummering schema:

1: Enkelvoudige problematiek, geen of weinig comorbiditeit en geen tekenen van belemmerende persoonlijke- en of externe factoren. Deze patiënten kunnen rechtstreeks door de verwijzer naar een (gecertificeerde) handtherapeut in de eerste lijn verwezen worden.

2: Indien de eerstelijns therapeut beoordeelt dat de behandeling of aandoening van een patiënt te complex is, kunnen zij, via de initiële verwijzer of de huisarts van de patiënt, een verwijzing adviseren naar de revalidatiearts.

3: Bij aanwezigheid van meervoudige problematiek, complicerende factoren of twijfel hierover bij de verwijzer, wordt de revalidatiearts geconsulteerd voor triage en/of behandeling.

4: Na triage door de revalidatiearts is er alsnog een indicatie voor behandeling bij een eerste lijn handtherapeut.

5: Medisch specialistische revalidatie is geïndiceerd: regievoering en eindverantwoordelijkheid voor de behandeling liggen bij de revalidatiearts. Hierbij gaat het om ofwel een hoge complexiteit van aandoening of van de zorg<sup>3</sup>, ofwel zorg gecompliceerd door comorbiditeit, persoonsgebonden factoren, externe factoren of problemen met de participatie. Wanneer het

---

<sup>3</sup> Definitie hoge complexiteit: een weinig voorkomende aandoening / een aandoening die gecompliceerd wordt door bijkomende persoonlijke of externe factoren / een aandoening die tot blijvende beperkingen leidt en waarvoor een teambehandeling nodig is.

revalidatieteam betrokken is bij de behandeling, spreken we van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.

6: Indien de complexiteit van de aandoening (of de behandeling) is gereduceerd en complicerende factoren zijn behandeld, is er geen sprake meer van medisch specialistische revalidatie en kan de therapie in de eerste lijn voortgezet worden.

7: Indien medisch specialistische revalidatie onvoldoende toegerust is voor de benodigde zorg vanwege lage incidentie van de problematiek of hoge complexiteit kan verwezen worden naar derde lijn revalidatiezorg

8: De revalidatiearts uit de derde lijn kan verwijzen voor een vervolg van de behandeling naar de tweede- of eerste lijn zorg. In de derde lijn is ook een volwaardig revalidatieteam aanwezig.

9: Directe verwijzing naar supra-regionale derde lijn zorg bij specifieke problematiek met een lage incidentie.

## **3.2 Toelichting toepassen matched care**

### **3.2.1 Revalidatie: enkelvoudige zorg in de eerste lijn**

Enkelvoudige zorg, uitgevoerd door een handtherapeut. Een handtherapeut is een erkende fysiotherapeut of erkende ergotherapeut met aanvullende scholing op het gebied van de handtherapie. Op dit moment is de titel handtherapeut niet beschermd. De mogelijkheid bestaat om via de Nederlandse Vereniging voor Handtherapie (NVHT) een Certificaat Handtherapeut (CHT-NL) te krijgen. Aan dit certificaat kunnen op dit moment (nog) geen rechten worden ontleend, omdat het CHT-NL nog niet is erkend door de overheid of zorgverzekeraars. Een therapeut bewijst er mee, dat hij/zij over een bepaalde hoeveelheid relevante kennis en vaardigheden beschikt betreffende de behandeling van patiënten met aandoeningen van hand en pols.

Patiënten kunnen eerste lijn zorg ontvangen:

- door zelf een afspraak te maken bij een handtherapeut. Een verwijzing van een huisarts of medisch specialist is hiervoor niet noodzakelijk.
- na een verwijzing door een huisarts of medisch specialist, als voortzetting van een behandeling die gestart is in tweede- of derde lijn, maar waarbij geen indicatie meer bestaat voor (interdisciplinaire) medisch specialistische revalidatie;
- in combinatie met medisch specialistische revalidatie in de tweede of derde lijn, als medisch specialistische revalidatie nodig is voor een deel van de functiestoornissen of beperkingen en aanvullende zorg gegeven kan worden in de eerste lijn.

### **3.2.2 Medisch Specialistische Revalidatie in de tweede lijn**

Dit betreft het onderzoek en/of de behandeling van patiënten door de revalidatiearts zelf. De revalidatiearts is hoofdbehandelaar, consulent (advies aan collega specialist) of medebehandelaar.

### 3.2.3 Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie

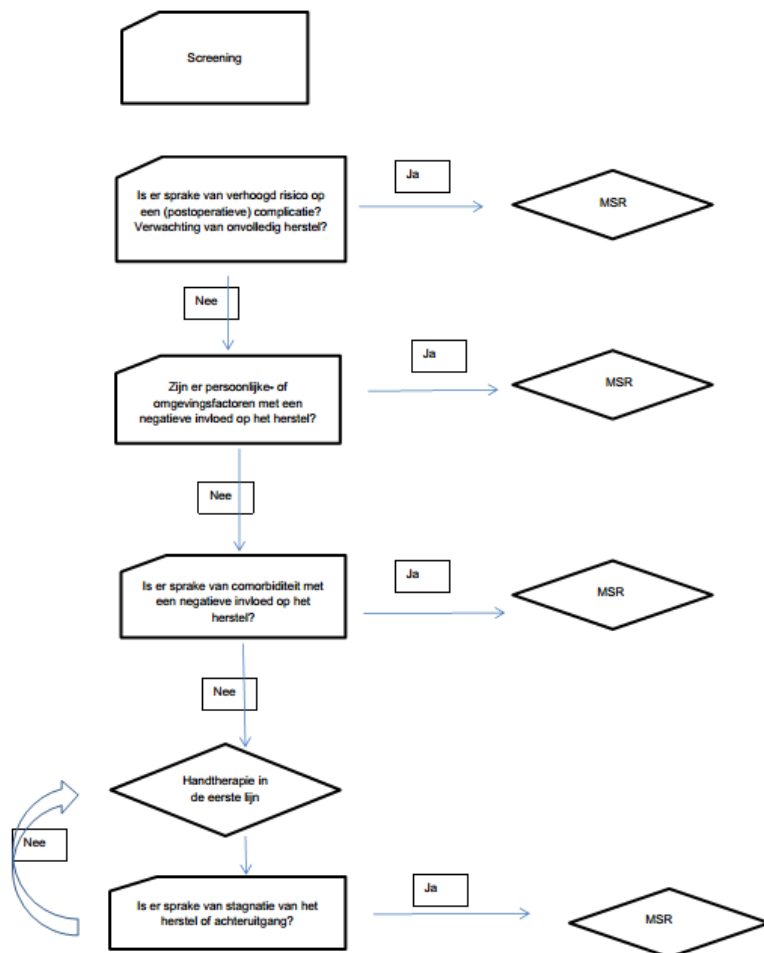
Dit betreft het onderzoek en/of de behandeling van patiënten door de revalidatiearts met één of meer behandelaren van zijn/haar interdisciplinair samengesteld revalidatieteam. De behandeling kenmerkt zich door de geïnstitutionaliseerde interdisciplinaire samenwerking onder directe leiding en verantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Bij hand- en polsklachten is er vaak sprake van problematiek waar gespecialiseerde kennis van de functies en anatomische eigenschappen van hand en pols noodzakelijk is vanwege de complexiteit en de vaak tegenstrijdige voorwaarden die de betrokken weefsels stellen aan een optimale genezing en een optimaal functioneel herstel. Daarnaast kan gespecialiseerde kennis nodig zijn omdat er onderhoudende persoonlijke of externe factoren zijn of omdat er te verwachten (blijvende) beperkingen zijn op gebied van activiteiten en participatie. Omdat hand- en polsproblemen een relatief sterke invloed hebben op activiteiten- en participatieniveau zijn de aanwezigheid van een gespecialiseerde revalidatiearts en een gespecialiseerd behandelteam nodig om een zo goed mogelijk resultaat op participatieniveau te behalen. Hiervoor kunnen naast de handtherapeut andere behandelaars zoals een psycholoog of medisch maatschappelijk werk worden ingezet. Ook kan hierbij gedacht worden aan arbeidsconsulenten, instrumentmakers, adaptatietechnici, bewegingsagogen, etc. Patiënten kunnen tweedelijnszorg ontvangen als zij hiervoor een verwijzing hebben van huisarts of behandelend specialist.

Er kan gebruik gemaakt worden van het algoritme MSR (zie bijlage 1)



### Triage algoritme eerste lijn of medisch specialistische revalidatie (MSR) voor patiënten met hand- of pols aandoeningen



#### Bijlage 1: algoritme MSR

#### 3.2.4 Medisch Specialistische Revalidatie in de derde lijn

Hierbij gaat het om supraregionale zorg bij specifieke problematiek met een lage incidentie en/ of hoge complexiteit.

Voor derde lijn revalidatie is een (door)verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist, met als reden dat hoogspecialistische zorg geïndiceerd is. Tweede lijn zorg wordt aangeboden in een ziekenhuis, revalidatiecentrum of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Derde lijn revalidatie wordt vooral aangeboden in academische centra.

### 3.3 Ketenzorg

Patiënten met acute letsels worden in eerste instantie opgevangen en behandeld door een chirurg, dit kan zowel een orthopedisch chirurg, een traumachirurg als een plastisch chirurg zijn. Een handchirurg is een specialist-behandelaar met bewezen aantoonbare interesse en ervaring expertise in de handchirurgie.

Het is belangrijk dat er korte lijnen zijn tussen de handchirurg en het revalidatieteam voor een tijdige start van het revalidatietraject, overleg en laagdrempelige terugverwijzing bij complicaties tijdens de revalidatiefase. Ook is het belangrijk dat er consensus is over de behandeling (inhoudelijk) en behandelvorm (eerste versus tweede of derde lijn) tussen de handchirurg en het revalidatieteam. Degeneratieve handproblematiek en chronische letsels worden door diverse medici beoordeeld en voor enkelvoudige handtherapie dan wel (interdisciplinaire medisch specialistische hand) revalidatie verwezen.

### 3.4 Behandeling

Behandeling is in beginsel poliklinisch. In de tweede- en derde lijn zorginstellingen kunnen naast poliklinische ook klinische faciliteiten aanwezig zijn.

Behandeling binnen de tweede lijn:

- Anamnese en voorgeschiedenis
- Lichamelijk onderzoek
- Beoordelen medische correspondentie en (beeldvormend /laboratorium-) onderzoek
- Uitvoeren van medische diagnostiek al of niet ondersteund door aanvullend onderzoek (bijvoorbeeld beeldvormende technieken).
- Indien nodig behandeling medische behandeling, waaronder medicamenteuze behandeling of injectietechnieken
- Formuleren revalidatiediagnose (ICF) en prognose
- Formuleren en starten revalidatiebehandeling.
- Inschakelen behandelteam voor paramedische en/of (neuro)psychologische behandeling.
- Indien noodzakelijk doorverwijzing naar ander behandelteam indien de hand- en polsrevalidatie onderdeel is van de interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie van een andere ziekte/ klachten complex.
- Al of niet verwijzen voor lichaamsgebonden (technische) aanpassingen en voorzieningen (orthesen, prothesen, hulpmiddelen).
- Informereren huisarts, verwijzer, overige betrokken medici
  
- Advisering aan collega's (huisarts, verwijzer) en/of bij patiënt betrokken maatschappelijke organisaties.

*Diagnostische fase:* Na triage volgt zo nodig een verdiepende diagnostische fase door het behandelteam. Verdieping betreft o.a. het verrichten van metingen om bijvoorbeeld kracht,

gewrichtsmobiliteit of niveau van functioneren vast te stellen, verfijnen van de behandeldoelen en behandelplan.

*Behandelfase:* Behandeling vindt plaats waarbij gerelateerd aan het behandelplan de verschillende behandelmodaliteiten ingezet kunnen worden. Vigerende landelijke richtlijnen (zoals CRPS, handfracturen en CMC-1) worden als leidraad gehanteerd.

*Evaluatiefase:* In het algemeen vindt evaluatie binnen MSR tussentijds en aan het eind van het traject plaats. Veel behandeltrajecten zijn echter van een korte duur, waarbij deze noodzaak niet altijd aanwezig is.

### **3.5 Behandelteam**

Het MSR behandelteam werkt interdisciplinair en bestaat minimaal uit een handtherapeut en een revalidatiearts. Het team heeft de beschikking over een psycholoog of maatschappelijk werkende die zo nodig kan worden toegevoegd aan het behandelteam. Er is een nauwe samenwerking met een orthopedisch instrumentmaker of adaptatietechnicus, die zo nodig kan worden ingezet. Daarnaast met operateur/handchirurg. Bij participatieproblemen kan ook de arbeidsconsulent deel uitmaken van het behandelteam.

## **4. Patiëntperspectief en behandeldoelen: shared decision making.**

Hand- en polsproblemen kunnen (tijdelijk of chronisch) invloed op activiteiten- en participatieniveau hebben. Het is voor patiënten belangrijk om die zorg te krijgen die het effect van de klachten en de aandoening op het dagelijks leven verminderen, of de duur van dit effect pogen te bekorten.

Behandeldoelen worden gebaseerd op de hulpvragen van de individuele patiënt. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van shared decision making. De patiënt wordt door de revalidatiearts en het behandelteam uitgebreid geïnformeerd over de mogelijkheden, verwachtingen en het te verwachte beloop bij verschillende behandelscenario's.

## **5. Indicatoren**

Gezien de specifieke doelgroep hoeven geen prestatie-indicatoren voor de interne of externe set van Revalidatie Nederland te worden gekozen. Geadviseerde instrumenten voor klinimetrie zijn<sup>4</sup>:

### **Lichaamsfuncties en structuren:**

- Pijn: VAS-pijn (0-100), NRS (0-10)
- Kracht: JAMAR (knijpkracht), Preston (pinchkracht),
- Spasticiteit en spiertonus
- Gewrichtsmobiliteit: goniometer, Kapandji, IMD (palmair abductie duim)
- Sensibiliteit: WEST (Weinstein Enhanced Sensibility Test)
- Oedeem: circumferentie (figure of eight)

---

<sup>4</sup> Adviesrapport Meetinstrumenten en PROMS bij hand- en polsproblemen van de NVvH en NVHT, september 2018

- Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)

#### **Activiteiten/Participatie:**

- (Quick)-DASH (Disability of Arm, Shoulder, Hand),
- Patient Rated Wrist and Hand Evaluation-Dutch Language Version (PRWHE-dlv),
- Michigan Hand outcomes Questionnaire (MHQ-dlv),
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM),
- Patiënt Specifieke Klachten (PSK),
- Patient Specific FUnctional Scale (PSFS),
- Boston Carpal Tunnel Questionnaire (BCTQ-dlv),
- Patient Rated Ulnar Nerve Evaluation (PRUNE-dlv),
- Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS),
- Stroke Upper Limb Capacity Scale (SULCS)

## **6. Kwaliteitscriteria**

### **6.1 Deskundigheid**

De revalidatieartsen/ Physician assistent (PA)/verpleegkundig specialist (VS) hebben aantoonbare interesse en ervaring in het behandelen van patiënten met hand- en polsproblematiek. Zij zijn voldoende opgeleid in theorie en praktijk en bevoegd en bekwaam om deze patiëntencategorie te behandelen. Daarnaast zijn zij bereid deel te nemen aan nascholing en aan Europese examens (indien van toepassing), houden zij vakliteratuur bij, ontplooiën en ondersteunen zij onderzoeksactiviteiten, zijn zij betrokken bij onderwijsactiviteiten. Bij voorkeur zijn zij lid van de Werkgroep Hand -en Pols Revalidatie van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en/ of lid van verenigingen zoals de Nederlandse Vereniging voor Handchirurgie (NVvH) en/of de Nederlandse Vereniging voor Handtherapie (NVHT).

Handtherapeut is een ergo- of fysiotherapeut met scholing, uitgebreide kennis en ervaring in de handtherapie, bij voorkeur met een CHT-NL of ingeschreven in het specialistenregister Hand-ergotherapie van het Kwaliteits-register Paramedici.

Daarnaast zijn zij bereid deel te nemen aan nascholing, zij houden vakliteratuur bij en ontplooiën en ondersteunen onderzoeksactiviteiten, zijn betrokken bij onderwijsactiviteiten en verlenen hun medewerking aan het ontwikkelen van behandelrichtlijnen. De therapeuten zijn lid van verenigingen zoals het NVHT, de European Federation of Societies for Hand Therapy (EFSHT) of de International Federation of Societies for Hand Therapy (IFSHT).

Psychologen hebben eveneens interesse en aantoonbare ervaring in het behandelen van patiënten met hand- en polsproblematiek. Zij hebben bij voorkeur behandelmogelijkheden zoals EMDR, cognitieve gedragstherapie.

Medisch maatschappelijk werkenden hebben eveneens interesse en aantoonbare ervaring in het behandelen van patiënten met hand- en polsproblematiek, trauma en/of blijvende beperkingen.

## 6.2 Faciliteiten

Het in de doelgroep gespecialiseerde behandelteam beschikt over ruimten waar technische hulpmiddelen zoals spalken gemaakt kunnen worden. Er zijn instrumenten en materialen beschikbaar om metingen te verrichten. Er zijn oefenruimtes om functioneel te trainen zoals een keuken en bureau/pc opstelling. Het behandelteam beschikt over voldoende materiaal, zoals folders en/of een website, om patiënten te kunnen informeren over hun aandoening en de mogelijke behandeling.

## 6.3 Netwerk

1 of meerdere leden van het revalidatieteam heeft regelmatig een gezamenlijk spreekuur met een handchirurg. Er zijn verwijzlijnen naar andere verwijzers zoals orthopeden, reumatologen en traumachirurgen. Er zijn aantoonbare verwijzlijnen naar eerste lijn praktijken in de regio en bij voorkeur ook gezamenlijke bijeenkomsten. Er zijn verwijzlijnen naar een algemeen revalidatiecentrum voor patiënten waarbij de hand- en polsrevalidatie onderdeel is van de revalidatie van een andere ziekte / klachten complex (zoals bij CVA, dwarslaesie, CP of chronisch pijnsyndroom).

## 7. Referenties

- [https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota\\_i ndicatiestelling\\_def\\_april\\_2016\\_m\\_vra.pdf](https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota_i ndicatiestelling_def_april_2016_m_vra.pdf)
- World Health Organization, "International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF", Nederlandse vertaling, 2001.
- Adviesrapport Meetinstrumenten en PROMS bij hand- en polsproblemen. NVvH en NVHT, september 2018.