

Onderzoeksverslag

Afstudeeronderzoek Ergotherapie

Een nieuwe behandelvorm voor CMC-1- en Handartrose



Joey Hanselman

Student Ergotherapie
Hogeschool Rotterdam
Student nr.: 0855129

In opdracht van afdeling Ergotherapie Revalidatiecentrum Maasstad Ziekenhuis Rotterdam.
Opdrachtgever: Sabine van Gerven-Willemsen
Afstudeerbegeleider: Femke van Mechelen

Afstudeerdocent:
Joan Verhoef

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag “Een nieuwe behandelvorm voor CMC-1- en Handartrose”.

Artrose is een veel voorkomende aandoening in deze samenleving. De bevolking wordt steeds ouder en er steeds meer ouderen bij komen. Wanneer de artrose zich in de handen bevindt, maakt dit het alledaagse handelen tot een grote uitdaging door pijn, stijfheid en verminderde kracht. Daarom is het belangrijk dat deze mensen zo optimaal mogelijk worden ondersteund om de zelfstandigheid zo lang mogelijk op peil te houden.

Na een periode van 18 weken intensief onderzoek is de basis gelegd voor een nieuwe behandelvorm voor mensen met CMC-1- en handartrose. Het proces en de bevindingen kunt u lezen in dit onderzoeksverslag, evenals een handleiding over hoe deze nieuwe behandelvorm te implementeren en op te zetten zowel qua vorm als inhoud.

Ik neem verantwoording voor de gehele inhoud van deze afstudeerscriptie.

Daarnaast wil ik de volgende mensen van harte bedanken voor hun bijdrage aan mijn afstudeerproject:

Femke van Mechelen, afstudeerbegeleider vanuit het Maasstad Ziekenhuis. Bedankt voor je begeleiding, sturing en feedback tijdens dit project.

Sabine van Gerven, opdrachtgever. Bedankt voor de opdracht en het flexibel optreden van jou als opdrachtgever.

Joan Verhoef, begeleidend docent. Bedankt voor de begeleiding en feedback tijdens het gehele project.

Alle deelnemers die ik heb mogen interviewen tijdens dit project, bedankt voor jullie bijdrage en bereidwilligheid tot deelname.

Jacco van Meel voor het beschikbaar stellen van een aantal belangrijke wetenschappelijke artikelen en literatuur tijdens het literatuuronderzoek

Samenvatting

Binnen het Hand- en polscentrum in het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam worden veel patiënten gezien die last hebben van artrose aan het CMC-1 gewricht of in de gehele hand. Deze patiënten worden momenteel individueel door de handtherapeuten behandeld, maar door de vaak algemene informatie en vergelijkbare behandeling bestaat bij de therapeuten het gevoel dat dit niet de meest efficiënte manier is. Daarom is dit onderzoek opgezet om een nieuwe behandelvorm te vinden waarbij de effectiviteit van de behandeling gelijk blijft, maar de efficiëntie wordt verhoogd. De onderzoeksvraag luidt: "Op welke wijze kan de behandeling van volwassenen en ouderen met CMC-1 en hand artrose op de afdeling ergotherapie van het revalidatiecentrum in het Maasstad ziekenhuis effectiever en efficiënter qua tijd en geld en met verbetering van kwaliteit worden opgezet?"

Om antwoord te geven op deze vraag is eerst een literatuurstudie uitgevoerd. Bij deze literatuurstudie is gekeken naar de meest effectieve behandelmethoden bij deze vorm van artrose. Daarnaast is gekeken naar de efficiëntie van deze behandelvormen, om zo een optimale behandeling aan te kunnen bieden. Na de literatuurstudie is een praktijkonderzoek uitgevoerd. In dit praktijkonderzoek zijn verschillende mensen binnen de organisatie geïnterviewd en is een focusgroep georganiseerd met verschillende handtherapeuten. Het doel hiervan was om de wensen en eisen vanuit de instelling en de therapeuten beter in kaart te brengen en hun visie op de in de literatuurstudie gevonden materie te achterhalen.

De literatuurstudie heeft verschillende bruikbare bronnen opgeleverd die op een valide en betrouwbare manier aantonen wat effectieve en wat minder effectieve vormen van behandelen zijn. Het toepassen van gewrichtsbeschermende principes, oefentherapie, belasting-belastbaarheid en spalktherapie is bewezen effectief. Daarnaast zijn uit het praktijkonderzoek op organisatorisch vlak een aantal dingen duidelijk geworden. Zo is het qua kostenefficiëntie het beste wanneer de nieuwe behandeling als Poliklinische Revalidatie Behandeling wordt ingezet en minimaal 4 uur per patiënt in beslag neemt. Zo valt de behandeling in een hogere schaal en wordt er meer geld uitgekeerd door de verzekeraars.

Wanneer de literatuurstudie met het praktijkonderzoek wordt gecombineerd kan worden geconcludeerd dat het aanbieden van een groepsbehandeling waarin de hiervoor genoemde behandelvormen worden toegepast het meest effectief en efficiënt. De groepsbehandeling zal gepaard gaan met een individueel spalktraject, aangezien dit in een groep niet praktisch werkbaar is. Op basis van de resultaten is een handleiding opgesteld. In deze handleiding is de vorm en inhoud van de groepsbehandeling beschreven. Helaas is het in de tijd die beschikbaar was voor dit onderzoek niet mogelijk gebleken om alles volledig uit te werken. Daarom zijn er in de handleiding een aantal vervolgstappen opgenomen die moeten worden genomen voor de groepsbehandeling kan worden gestart. Wanneer de groepsbehandeling zal worden geïmplementeerd zal dit een verbetering van de kwaliteit van zorg met zich mee brengen door een verhoogde efficiëntie.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
2. Methode.....	9
2.1 Methode literatuurstudie.....	9
2.2 Methode praktijkonderzoek.....	10
3. Resultaten	12
3.1 Resultaten literatuurstudie	12
3.2 Resultaten praktijkonderzoek	14
4. Discussie	17
5. Referenties	20
6. Bijlagen	22
6.1 Handleiding groepsbehandeling CMC-1 en Handartrose.....	22
6.2 Topiclijsten interviews.....	300
6.3 Topiclijst Focusgroep:	311

1. Inleiding

Praktijkprobleem

Een veel gezien probleem in het Hand- en polscentrum van het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam is artrose in het CMC-1 gewricht en de rest van de handen, waardoor de patiënten veel pijn en moeite ervaren bij het dagelijks handelen.

Er zijn in Nederland ongeveer 1,2 miljoen mensen met artrose, waarvan zo'n 400.000 met CMC-1 en handartrose (Poos & Gommer, 2014). Er zijn dus veel patiënten die voor deze vorm van artrose behandeld moeten worden. Vaak is de uitleg en behandeling van deze patiënten vergelijkbaar, waardoor de therapeuten zichzelf vaak herhalen. Mogelijk is er een andere, voor deze instelling nieuwe vorm van therapie waardoor de behandeling van deze patiëntengroep in efficiëntie en effectiviteit verhoogd kan worden.

Artrose wordt ingedeeld volgens de Eaton-Glickel-classificatie in 4 stadia.

In het eerste stadium is er sprake van milde vernauwing van de gewrichtsspleet, zonder subluxatie of osteofyten vorming. Wel kan er sprake zijn van subchondrale sclerose en ligament laxatie.

Behandelingen voor dit stadium bestaat uit medicatie en immobilisatie door middel van spalken. In het tweede stadium is er sprake van verdere gewrichtsvernauwing, beginnende osteofyten vorming, milde tot gemiddelde subluxatie. Behandeling in dit stadium bestaat uit medicatie, immobilisatie door middel van spalken, mogelijk ligament reconstructie en peesinterpositie in overleg met de chirurg. In het derde stadium is er sprake van verdere gewrichtsvernauwing en verdere subchondrale sclerose. Osteofyten zijn duidelijk zichtbaar. Gewrichten raken uit hun plaats en devieren radiaal of ulnair. De behandeling is vergelijkbaar met die van het tweede stadium. Het vierde en laatste stadium wordt gekenmerkt door gewrichtsvernietiging. Het gewricht is ver uit positie en vaak immobiel. Behandeling is vergelijkbaar met stadium 2 en 3 met toevoeging van gewrichtsreconstructie (Jaggi & Morris, 2007; Jochems & Joosten, 2009; Li, et al., 2013).

Probleemanalyse

De definitie van kwaliteit van zorg die vaak wordt gehanteerd is "Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg en de praktijk van die zorg" (Donabedian, 1982). Dit betekent dus dat de zorg die geleverd wordt aansluit bij de verwachtingen van de zorg. Kwaliteit van zorg is verder op te verdelen in verschillende domeinen waarop de kwaliteit gebaseerd is. Deze domeinen zijn onder andere, maar niet uitsluitend:

Effectiviteit: De mate waarin (vooraf) geformuleerde doelstellingen in de praktijk worden bereikt.

Tijdigheid: Op het juiste tijdstip aanbieden van (preventieve) zorg en voorkomen van onnodige wachttijden na een positieve screeningsuitslag.

Efficiëntie: Zorg die verspilling vermijdt.

Veiligheid: Vermijden van schade bij interventies die bedoeld zijn voor het bevorderen van de gezondheid.

Toegankelijkheid: Toegang tot (zorg)voorzieningen en interventies wordt niet belemmerd door persoonlijke kenmerken zoals geslacht of etniciteit.

Doelgroep gerichtheid: Respecteren van voorkeuren, normen en waarden van doelgroepen en daarnaar handelen.

In de huidige situatie worden mensen met CMC-1 en handartrose in alle vier de stadia van de aandoening ingepland voor een individueel traject en worden het gehele traject individueel gezien door een handtherapeut. Tijdens dit behandelingstraject wordt geen gebruik gemaakt van een vast protocol. Wel wordt er volgens een globale richtlijn handanalyse gewerkt (Verheijden, 2015).

Het doel van de diagnostiek bij CMC-1 en handartrose is het in kaart brengen van de handfunctie op het gebied van bewegingsuitslag, kracht en pijn tijdens het uitvoeren van de dagelijkse handelingen. Dit verschilt per patiënt, maar komt vaak op het zelfde neer. Veel mensen ervaren pijn, stijfheid en

krachtsverlies tijdens alle activiteiten. De gebruikte inventarisatie- en analysemethoden zijn: een intakegesprek, röntgenfoto's, digitale foto's van functionele handbewegingen, de actieve en passieve range of motion (AROM en PROM), een vragenlijst (Michigan Hand Outcome Questionnaire (MHOQ)) en de Sequential Occupational Dexterity Assessment (SODA). De gebruikte methode hiervoor is voor alle stadia van de aandoening hetzelfde, maar de uitslag zal anders zijn. Zo zullen mensen in een later stadium van de aandoening een kleinere AROM en PROM hebben en een lagere score op de MHOQ en SODA behalen. De resultaten van de diagnostische fase worden tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) besproken met de patiënt, de revalidatiearts en mogelijk andere betrokken disciplines zoals een plastisch chirurg. Op basis hiervan wordt een behandelplan opgesteld. De behandeling bestaat uit informatie over de aandoening verstrekken, bewegingsadvies, spalk- en oefentherapie.

Wanneer blijkt dat de gewrichten, banden of pezen te ver beschadigd zijn kan ervoor gekozen worden om een operatieve ingreep te doen. Hierbij kan een prothese worden geplaatst of een band- of peestranspositie worden uitgevoerd (Verheijden, 2015). Bij het traject zijn meestal zowel een Hand Therapie Ergotherapeut (HTET) en een Hand Therapie Fysiotherapeut (HTFT) betrokken. Binnen de handtherapie wordt er geen onderscheid gemaakt tussen een ergotherapeut en een fysiotherapeut. Dit omdat beiden de zelfde opleiding tot handtherapeut hebben gevolgd en gelijkwaardig gekwalificeerd zijn om alle behandelingen die een handtherapeut uit voert toe te passen. In dit project zal dan ook gesproken worden over handtherapeuten en geen onderscheid gemaakt worden tussen fysio- of ergotherapeuten.

Geïnterviewde S. (Bijlage 6.5): "Hand en polstherapeuten zijn therapeuten die als basisopleiding een ergotherapeutisch afgeronde opleiding, of een fysiotherapeutische afronding. Die allebei zich begeven op het terrein van de hand en pols en die daar dezelfde aanvullende opleiding voor gevolgd hebben."

Tijdens de behandeling van mensen met artrose in alle verschillende stadia wordt door de behandelend handtherapeut informatie verstrekt en oefeningen aangeleerd. Deze informatie is gericht op gewrichtsbeschermende principes, gebruik van hulpmiddelen en op oefeningen die gedaan kunnen worden om kracht en bewegingsuitslag te verbeteren en stijfheid en pijn te verminderen. Daarnaast wordt informatie gegeven over de algemene prognose van de aandoening en het verdere verloop van de behandeling. Deze informatie wordt mondeling verstrekt aan de patiënten door de behandelend handtherapeut. Deze informatie is grotendeels algemeen, maar wordt wel toegespitst op het stadium waarin de aandoening van de patiënt verkeert. Zo wordt er bijvoorbeeld bij een patiënt in een vroeger stadium meer aandacht besteed aan de prognose en de ontwikkeling van de aandoening. Ook worden in een vroeger stadium meer oefeningen aangeboden, waar in een later stadium meer naar hulpmiddelen en compensatietechnieken wordt gekeken. Wanneer een patiënt met een specifieke vraag komt of een duidelijk handelingsprobleem heeft, kan hier een passend antwoord op worden gegeven. De patiënt beslist dus in principe welke activiteiten worden behandeld door de therapeut. In het algemeen wordt bij mensen met CMC-1 en handartrose een spalk aangemeten. Tijdens het aanmeten en controleren hiervan worden de verschillende onderwerpen die door de patiënt worden aangedragen als probleemgebieden behandeld. De duur van de behandeling is per patiënt verschillend en is afhankelijk van een aantal verschillende factoren. Zo zal de behandeling langer duren wanneer de patiënt met veel handelingsproblemen te maken heeft. Wanneer een patiënt met enkel een spalk en weinig verdere therapie weer naar eigen tevredenheid kan functioneren is dit voldoende.

De patiënten worden door de revalidatiearts bezocht tijdens de eerste behandeling voor een korte screening en om de arts bij de patiënt bekend te maken. Daarna is het afhankelijk van het verloop van de behandeling of de revalidatiearts nog een afspraak maakt met de patiënt voor mogelijk verder onderzoek of evaluatie. In de praktijk komt het er in negen van de tien gevallen op neer dat de

patiënt de revalidatiearts niet meer ziet na deze kennismaking. Het contact maken met de revalidatiearts zorgt ervoor dat het domein tijdigheid binnen de kwaliteit van zorg wordt voldaan. De arts kan tijdig signaleren of er verdere problematiek speelt die aandacht vereist.

De diagnostiek wordt individueel uitgevoerd omdat het hier gaat om de pijn en functie van de patiënt. Dit proces verloopt momenteel al zo efficiënt als redelijkerwijs mogelijk, de patiënten worden individueel gezien en binnen één behandeling van een half uur is de diagnose afgerond. In een groot aantal van de gevallen wordt tijdens de eerste behandeling gelijk een spalk aangemeten die de patiënt mee naar huis kan nemen om uit te proberen. Deze aanpak is bewezen effectief op de langere termijn (Normann et al., 2014). Er wordt aandacht besteed aan de algemene onderwerpen die van belang zijn bij handartrose en er is ruimte voor individuele invulling.

Het individuele karakter zorgt er echter wel voor dat de handtherapeuten de algemene informatie en oefeningen vaak moeten uitleggen. Hierdoor bestaat het gevoel bij de therapeuten dat het efficiënter kan. De gewenste situatie is dat er een nieuwe manier van behandelen of vormgeven van de behandeling komt die kan leiden tot een minstens net zo effectieve, meer efficiënte behandeling. Een verhoging van de efficiëntie is volgens de definitie van Donabedian een verhoging van de kwaliteit van zorg. De verhoogde efficiëntie leidt ertoe dat er meer patiënten met CMC-1- en handartrose kunnen worden geholpen in de zelfde tijd. Dit leidt ertoe dat er meer inzetbare uren over blijven waarin de therapeuten andere cliënten kunnen zien. Hierdoor zal de kwaliteit van zorg niet alleen voor de artrosepatiënten worden verhoogd, maar ook voor overige patiënten met andere (hand)problematiek.

Onderzoeksvraag

Op welke wijze kan de behandeling van volwassenen en ouderen met CMC-1 en hand artrose op de afdeling ergotherapie van het revalidatiecentrum in het Maastricht ziekenhuis effectiever en efficiënter qua tijd en geld en met verbetering van kwaliteit worden opgezet?

Deelvragen literatuurstudie

1. Wat zijn veel voorkomende problemen en behoeften van patiënten met CMC-1- en handartrose?
2. Wat is de beste vorm van diagnose en behandeling voor mensen met CMC-1- en handartrose?
3. Wat zijn de voor- en nadelen en kosten van deze vorm van behandelen bij mensen met CMC-1- en handartrose?

Deelvragen praktijkonderzoek

4. Wat is de behoefte van de therapeuten die in de huidige situatie mensen met CMC-1 en/of hand artrose behandelen op het gebied van activiteiten, handelen en participatie?
5. Wat zijn de factoren vanuit de instelling die van invloed zijn op de implementatie van de nieuwe behandelvorm?.

De open onderzoeksvraag van dit onderzoek past bij het holistische karakter en de flexibiliteit die horen bij kwalitatief onderzoek. Het onderzoek is exploratief van aard en gedurende het onderzoek zal de nieuwe informatie zorgen voor sturing in het verdere verloop van het onderzoek (Verhoef et al., 2015)

Doelen

Het doel van het gehele onderzoek is het implementeren van een geschikte, verantwoorde en onderbouwde nieuwe behandelvorm voor CMC-1- en handartrose op de revalidatieafdeling van het Maastricht Ziekenhuis.

Doel literatuurstudie

Het maken van een verantwoorde, onderbouwde keuze voor een nieuwe behandelvorm van CMC-1- en handartrose op basis van bewijs.

Doel praktijkonderzoek

Het onderzoeken wat de eisen en wensen zijn vanuit de instelling en de wensen, eisen en adviezen van de therapeuten die mogelijk de nieuwe behandelvorm aan gaan bieden in kaart brengen met als doel de opzet en inhoud van de nieuwe behandeling vorm te kunnen geven.

Beschrijving eindproducten

Na dit onderzoek zullen twee producten worden opgeleverd die nauw samenhangen met elkaar. Voor de opdrachtgever wordt een handleiding voor een nieuwe behandelvorm voor mensen met CMC-1- en handartrose op de poliklinische revalidatieafdeling van het Maasstad Ziekenhuis, gericht op organisatie, eisen, wensen en mogelijkheden vanuit de instelling opgesteld. Deze handleiding zal worden gebaseerd op het uitgevoerde onderzoek, dat beschreven wordt in het onderzoeksverslag dat momenteel voor u ligt.

Relevantie voor de ergotherapie

Dit onderzoek is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg bij de behandeling van mensen met CMC-1 en Handartrose. Door onderbouwing en verantwoording vanuit wetenschappelijke literatuur, gecombineerd met praktijkonderzoek vanuit verschillende aspecten van de organisatie kan een goed gefundeerde behandeling worden opgezet. Dit project draagt zodoende bij aan de verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënten die deelnemen aan de nieuwe behandelvorm, als mede andere patiënten waar door implementatie van de nieuwe, efficiëntere behandelvorm meer behandel tijd voor vrijkomt. De relevantie voor de ergotherapie is te vinden in de aandacht voor de handelingsproblemen van de patiënten die, zoals in de literatuur vermeld staat, kunnen leiden tot een vermindering in participatie wanneer deze niet adequaat worden aangepakt.

2. Methode

In dit hoofdstuk worden de methoden van het onderzoek nader toegelicht. Het onderzoek is opgedeeld in twee onderdelen; een literatuurstudie en een praktijkonderzoek. Het praktijkonderzoek is uitgevoerd als aanvulling op de in de literatuur gevonden informatie. De literatuurstudie is voornamelijk gericht op de inhoud van de behandeling waar het praktijkonderzoek meer gericht is op de organisatorische kant van het opzetten van een nieuwe behandelvorm.

2.1 Methode literatuurstudie

Om antwoord te krijgen op de hoofd- en deelvragen is een literatuurstudie uitgevoerd in verschillende boeken en databanken. Hierin is zowel in de Nederlandse- als in de Engelse taal worden gezocht naar relevante informatie. Er is gezocht in OTseeker, PubMed (Medline databank), Cochrane, TRIP en in EBSCO Medical (een search engine waarmee gezocht wordt in: Cinahl, Medline en Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive) en andere mogelijk relevante databanken. Daarnaast is in de aanwezige literatuur in het Maasstad ziekenhuis en in de mediatheek op de hogeschool Rotterdam gezocht. Hierbij is gekeken naar beschikbare boeken, tijdschriften, vakbladen, (wetenschappelijke) artikelen, richtlijnen en protocollen.

Er zal in de databanken gezocht worden met behulp van de volgende zoektermen:

	Nederlandse termen	Engelse termen
Person	Artrose, osteoarthritis, hand, pols, handartrose, CMC, carpometacarpaal, gewricht	Arthrosis, osteoarthritis, hand, wrist, handarthrosis, CMC, carpometacarpal, joint
Intervention	Behandeling, Ergotherapie, voorwaarden, poliklinisch, folder, informatie, informatieverstrekking, groep, groepsbehandeling, groepstherapie, groepsprogramma	Treatment, occupational therapy, outpatient, conditions, group, group treatment, group therapy, information, information availability, group program
Outcome	Vermindering klachten, vermindering pijn, verbetering dagelijks handelen, efficiëntie, effectiviteit	Decrease complaints, decreased pain, efficiency, effectiveness, daily activities, activities of daily living

Deze zoektermen kunnen gecombineerd worden met verschillende Booleaanse operatoren (AND, OR, NOT, AND/OR). Er kunnen tijdens het uitvoeren van de literatuurstudie mogelijk zoektermen worden toegevoegd. De zoektermen kunnen tevens in meervoud worden gebruikt ("hand" wordt "handen" etc.). Door breed te starten en vervolgens de zoekopdrachten smaller te maken worden de meest relevante en bruikbare resultaten gevonden. Daarnaast zal er gezocht worden in boeken in de mediatheek op de Hogeschool Rotterdam, in de mediatheek van het Maasstad Ziekenhuis en in de verzamelde literatuur op de revalidatie polikliniek (Verhoef et al., 2015).

Tijdens het uitvoeren van de literatuurstudie zijn de zoektermen een aantal maal aangepast. Dit omdat er tijdens het uitvoeren van de zoekopdrachten mogelijk interessante MESH- en zoektermen in de beschrijving van de gevonden artikelen werden gevonden. Hierdoor is gaandeweg de zoektocht zowel breder als specifiekier geworden dan aanvankelijk gepland. Door te zoeken in verschillende databanken zijn verschillende soorten artikelen gevonden, variërend van kwalitatieve studies, RCT's, systematic reviews en meta-analyses naar een onderzoek dat middels een Delphi-procedure de meningen van experts in kaart hebben gebracht.

In totaal zijn door de literatuurstudie 41 artikelen geïdentificeerd die mogelijk van toepassing zijn op dit onderzoek. Hierna zijn screeningscriteria en in- en exclusiecriteria opgesteld. Eerst zijn de artikelen allen gescreend om een eerste selectie te maken op bruikbaarheid. Daarna zijn de artikelen middels de in- en exclusiecriteria beoordeeld en zijn een aantal artikelen uitgesloten. Deze criteria

zijn te vinden in bijlage 6.2. Vervolgens zijn samenvattingen geschreven van de overgebleven artikelen op basis van een van te voren opgestelde lijst. Deze lijsten zijn terug te vinden in de bijlage 6.3 (Verhoef et al., 2015)

2.2 Methode praktijkonderzoek

In overleg met de afstudeerbegeleider zijn 3 mogelijke richtingen voor het praktijkonderzoek geïdentificeerd. De mogelijke richtingen waren: 1) Beginnen met het interviewen van een ervaren therapeut die al eens een groep heeft opgezet. 2) Beginnen met het interviewen van de medisch manager en/of coördinator van het hand en polscentrum. 3) Beginnen met het houden van een focusgroep met de handtherapeuten die mogelijk de nieuwe behandeling gaan aanbieden. In samenspraak met de opdrachtgever is gekozen om te starten met het interviewen van de medisch manager en de coördinator, om vervolgens op basis hiervan een focusgroep te houden (Verhoef et al., 2015)

Op basis van de resultaten van de literatuurstudie is een aanbeveling gedaan omtrent de vorm en inhoud van de behandeling. Hieruit blijkt dat een potentiële nieuwe behandelvorm die een goede uitkomst kan bieden een groepsbehandeling is. Het doel van de interviews is inzicht krijgen in de factoren die van invloed zijn op de implementatie van de groepsbehandeling. Het doel van de focusgroep is inzicht krijgen in de visie van de therapeuten en mogelijk aanvullingen op de inhoud van de groepsbehandeling. In bijlage 10.4 bevindt zich een voorbereiding van de interviews, inclusief topiclijsten.

Sampling

Via de sneeuwbalmethode (of *chain*-methode) zijn voor de interviews de medisch manager en de coördinator van het hand- en polsteam geselecteerd. De selectie van deze personen is gemaakt op advies van de opdrachtgever en de begeleider van dit project (Verhoef et al., 2015)

Motivatatie keuze

De medisch manager en de coördinator hebben beiden een overzichtsfunctie en zijn beiden thuis in de organisatiestructuur van de instelling. Zij vertegenwoordigen in dit onderzoek het management, de organisatie en de bovenste lagen van de instelling. Hierdoor kunnen ze een aantal belangrijke voorwaardelijke eisen en wensen verduidelijken. Dit vermindert de kans op overbodig werk en geeft voor de rest van het onderzoek een duidelijke richting en hopelijk concrete doelen aan. De twee interviews worden gehouden voor de topiclijst voor de focusgroep op te stellen. Op deze manier wordt de cyclus van dataverzameling en –analyse minimaal een maal doorlopen tijdens dit praktijkgerichte onderzoek. Hierdoor kunnen gerichtere vragen worden gesteld en de discussie tijdens de focusgroep efficiënter worden geleid (Verhoef et al., 2015).

Dit onderzoek is gericht op het in kaart brengen en begrijpen van alle facetten die zijn betrokken bij het opzetten van een nieuwe behandelmethode. Daarom is gekozen voor een kwalitatief onderzoek.

Data-analyse

De verzamelde gegevens zullen vanuit de hermeneutiek worden benaderd. De gegevens uit de interviews en focusgroep zullen in 6 stappen worden verwerkt. Deze stappen zijn gericht op een systematische analyse van de gegevens. De stappen zijn als volgt:

1. Onderzoeksmateriaal ordenen en voorbereiden, interviews en focusgroep verbatim (letterlijk) transcriberen en notities uitwerken.
2. Globaal overzicht verkrijgen. Alle verzamelde gegevens globaal doorlezen om een indruk van de mate waarin de gegevens informatief zijn te beoordelen.
3. Start gedetailleerde analyse, de interviews worden gecodeerd met termen die aansluiten bij de beleavingswereld van de geïnterviewde personen. De codering zal via een open methode

verlopen waarbij gaandeweg meer coderingstermen worden gevonden aan de hand van de antwoorden die door de deelnemers gegeven worden.

4. Uitdieping van de analyse, de gegevens worden geïnterpreteerd los van de belevingswereld van de geïnterviewde personen. De onderzoeker gaat op zoek naar nieuwe verbanden die mogelijk te vinden zijn. Het interpretatieve karakter van kwalitatief onderzoek staat hierbij centraal.
5. Zoeken van een passende vorm om de informatie weer te geven. Dit kan afhankelijk van de verzamelde gegevens op een schematische- of verhalende wijze.
6. Laatste fase van analyse, de gevonden informatie wordt afgezet tegen de oorspronkelijke vraag- en probleemstelling en de gevonden literatuur. Er wordt een antwoord geformuleerd op de hoofd- en deelvragen. Hier zal op een deductieve methode worden gekeken naar de gegevens, de gevonden aanbevelingen uit de literatuur zullen worden bevestigd of verworpen op basis van de uitkomsten van het praktijkonderzoek (Verhoef et al., 2015).

3. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek beschreven. De resultaten zijn gegroepeerd per deelvraag waar de gevonden informatie antwoord op geeft. Eerst worden de resultaten van de literatuurstudie (deelvragen 1, 2 en 3) beschreven. Vervolgens worden de resultaten van het praktijkonderzoek beschreven (deelvragen 4 en 5).

3.1 Resultaten literatuurstudie

In dit onderdeel zijn de resultaten van de literatuurstudie beschreven. De deelvragen worden beantwoord vanuit verschillende bronnen die van toepassing zijn op de deelvraag.

1. Wat zijn veel voorkomende problemen en behoeften van patiënten met CMC-1- en handartrose?

De meeste mensen met artrose ervaren pijn en stijfheid in de gewrichten en krachtsverlies. Deze stijfheid is meestal het ergst wanneer er wordt begonnen met bewegen en in de ochtenden, en neemt vaak af naarmate de gewrichten in beweging zijn. Door de pijn zijn de patiënten meestal geneigd minder activiteiten uit te voeren en minder kracht te gebruiken (Normann et al., 2014). Handartrose heeft invloed op de mogelijkheid om alle verschillende soorten activiteiten uit te voeren. Tijdens het uitvoeren van welke handeling dan ook, of dit nu fijn- of grof motorisch is, ervaren mensen met artrose pijn en een vermindering in kracht. Activiteiten die een combinatie van kracht en fijne motoriek vereisen, zoals het openen van potten of het strikken van veters leveren vaak veel problemen op. Dit heeft zijn werking op de algehele participatie van een patiënt met handartrose. Door de nauwe samenhang van activiteiten, participatie en sociale context, zal door het verminderen in de mogelijkheid te handelen leiden tot een vermindering van participatie in de sociale context. Hierdoor zullen ook activiteiten waar de handartrose op zich geen belemmering voor vormt een obstakel vormen (Normann et al., 2014). Mensen met handartrose ontwikkelen naarmate de aandoening vordert steeds meer problemen in het dagelijks handelen. Opvallend is, is dat naarmate de aandoening langer effect heeft op een persoon, deze persoon vaak zelf passende compensatietechnieken ontwikkelt die er voor kunnen zorgen dat het handelen en daarmee het participeren mogelijk blijft (Kjeken et al., 2013).

In het kort: de patiënten ervaren pijn en moeite met bewegen waardoor alle activiteiten waarbij de handen een rol spelen lastiger zijn of helemaal niet meer uitgevoerd kunnen worden. De patiënten zijn in de praktijk echter vaak wel in staat om compensatietechnieken te ontwikkelen, maar het duurt vaak lang voordat de patiënt deze technieken zelf ontdekt.

2. Wat is de beste vorm van diagnose en behandeling voor mensen met CMC-1- en handartrose?

De meest gebruikte methoden van probleeminventarisatie door therapeuten zijn gericht op functionele eigenschappen zoals de range-of-motion en de spierkracht en radiologische bevindingen. Er wordt echter in deze instrumenten vrijwel nooit in gegaan op hoe de patiënt de belemmeringen in het dagelijks leven ervaart (Bertozzi et al., 2015). Slechts 33% van de onderwerpen die door patiënten met handartrose als belangrijk worden gezien zijn opgenomen in de meest gebruikte instrumenten (Kjeken, 2009). Dit betekent dus dat het grootste deel van de onderwerpen die belangrijk zijn tijdens een behandeling niet worden geïnventariseerd wanneer deze instrumenten gebruikt worden. Daarom is het belangrijk dat er tijdens het behandelen van mensen met handartrose niet enkel gebruik gemaakt wordt van de gestandaardiseerde instrumenten, maar ook in een vrijere vorm in gegaan wordt op de dagelijkse problematiek en mogelijke oplossingen hiervan.

Voor de behandeling van handartrose zijn verschillende mogelijkheden. Uit onderzoek blijkt dat het toepassen van gewrichtsbeschermende principes een positief effect heeft op pijn en beperking in de handen op de middellange tot lange termijn. Daarnaast is het uitvoeren van handoefeningen

bewezen effectief voor de verbetering van handfunctie. Een combinatie van deze twee interventie technieken, ondersteund door een informatiebrochure en advies over het verloop van de aandoening is een effectieve vorm van behandelen (Dziedzic et al., 2014). Voor de lange termijn is het toepassen van spalktherapie door een handtherapeut een gepaste behandelmethode en zorgt voor een vermindering van pijn en een verbetering van handkracht en functie. Ook manuele therapie is een effectieve behandelvorm voor het bestrijden van pijn op de korte termijn. Naarmate de tijd sinds de laatste manuele behandeling groter wordt, neemt dit effect af (Normann et al., 2014).

Uit onderzoek onder verschillende experts op het gebied van therapie bij patiënten met handartrose zijn 10 aanbevelingen op het gebied van assessments en 8 op het gebied van oefentherapie gevonden (Kjeken, 2011).

Aanbevelingen voor de assessment van handartrose

1. Vraag de patiënt wat hij of zij ervaart als het meest belangrijke probleem
2. Beoordeel beperkingen op het gebied van zowel activiteit als participatie
3. Beoordeel de grijpkracht
4. Beoordeel de pijn in de handen
5. Beoordeel flexie en extensie en de beperkingen daarin voor digitorum 1 t/m 5
6. Observeer afwijkingen in de standen van de PIP en DIP gewrichten
7. Observeer subluxatie van het CMC gewricht
8. Observeer de mogelijkheid om grote objecten vast te grijpen
9. Observeer de mogelijkheid om kleine objecten vast te grijpen (pinch-greep)
10. Gebruik methoden die valide, betrouwbaar en gevoelig zijn voor functionele veranderingen

Aanbevelingen op het gebied van oefentherapie

1. Motiveer de patiënten om hun handen in het dagelijks leven te blijven gebruiken en richt de therapie op het behouden van belangrijke en betekenisvolle activiteiten.
2. Oefenprogramma's moeten worden aangepast op de persoonlijke doelen, motivatie en voorkeuren van de patiënt.
3. Oefeningen moeten beginnen met een warming-up om de gewrichten losser te maken.
4. Oefenprogramma's moeten een ROM-oefening op het gebied van flexie van dig. 2 t/m 5 bevatten. Hierbij wordt begonnen met de flexie van PIP en DIP gewrichten (kleine vuist maken) en vervolgens de MCP gewrichten (grote vuist). Hierna worden de vingers volledig geëxtendeerd voor een nieuwe vuist wordt gemaakt.
5. Oefenprogramma's moeten een ROM oefening met betrekking tot de pinch-greep bevatten.
6. Oefenprogramma's moeten een ROM oefening gericht op palmar abductie en de mogelijkheid om grote voorwerpen te grijpen bevatten
7. Oefenprogramma's moeten een oefening bevatten die gericht is op het versterken van de stabilisatiespieren van het CMC gewricht en extensie van de duim.
8. Oefenprogramma's moeten een oefening gericht op het vergroten van de grijpkracht bevatten.

3. Wat zijn de voor- en nadelen en kosten van deze vorm van behandelen bij mensen met CMC-1- en handartrose?

Wanneer gekeken wordt naar de kosten van de behandeling tegenover het effect, uitgedrukt in "Quality Adjusted Life Years" (QALYs), blijkt dat het toepassen van handoefeningen alleen het meest efficiënt is. Dit betekent niet dat het effect voor de patiënt hiervan het grootst is, maar voor de zorgverlener betekent dit wel dat er met de minimale inzet van financiële middelen een zo groot mogelijk resultaat behaald wordt (Dziedzic et al., 2015). Wanneer verder naar kosten besparing wordt gekeken kan ervoor gekozen worden om de therapie in groepsverband aan te bieden. Uit onderzoek blijkt dat er geen bewezen significante verbeteringen zijn ten opzichte van individuele therapie. Er zijn echter ook geen bewezen significante nadelen aan het aanbieden van een

groepstherapie (Stukstette, 2013). Dit betekent dat vanuit kwaliteitsoogpunt weinig of geen belemmeringen zijn voor het aanbieden van de therapie in groepsverband, maar vanuit kostenbesparend oogpunt juist positieve effecten optreden, namelijk meer patiënten kunnen behandelen in de zelfde therapietijd.

Er zijn weinig tot geen relevante, betrouwbaar en valide bevonden bewijzen gevonden die aantonen dat een groepsbehandeling een significant betere kwaliteit van zorg biedt dan een individuele behandeling. Er is echter ook geen bewijs gevonden dat aantoont dat een groepsbehandeling minder effectief is in het behandelen van mensen met artrose. Het opzetten van een groepsbehandeling zou betekenen dat er meer patiënten tegelijk kunnen worden behandeld, wat een verhoging van de efficiëntie tot gevolg heeft. Daarnaast ontstaat door mensen met de zelfde aandoening in een groep te behandelen het lotgenoteneffect. Dit is echter lastig te onderbouwen met valide en betrouwbare bronnen en er zijn weinig tot geen onderzoeken direct naar het lotgenoteneffect gevonden in de literatuurstudie.

Uit de literatuur blijkt dus dat de nieuwe behandelvorm moet bestaan uit spalktherapie, oefentherapie, het aanleren van gewrichtsbeschermende principes, informatieverstrekking over de aandoening en mogelijk manuele therapie. Mogelijk kunnen deze behandelingen in de vorm van een groep worden aangeboden.

3.2 Resultaten praktijkonderzoek

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste resultaten van het praktijkonderzoek beschreven. De resultaten zijn per deelvraag weergegeven, maar zijn afkomstig uit een combinatie van de verschillende interviews en de focusgroep die is afgenomen. Voor een volledige uitwerking van de interviews en focusgroep zie bijlagen 6.6, 6.7 en 6.8. Voor een korte beschrijving van de besproken onderwerpen zie de topiclijsten in bijlage 6.4 en 6.5.

4. Wat is de behoefte van de therapeuten die in de huidige situatie mensen met CMC-1 en/of hand artrose behandelen op het gebied van activiteiten, handelen en participatie?

De therapeuten die deel hebben genomen aan de focusgroep geven aan dat er behoefte is aan eenduidige en heldere organisatie rondom het opzetten en draaien van de groepsbehandeling. Hierbij zijn de volgende punten het belangrijkste bevonden (voor een volledige uitwerking van de besproken punten zie de topiclijsten in bijlage 6.2 en 6.3): De in- en exclusiecriteria, de inhoud van de behandeling en de manier van verwijzen.

Er moeten heldere en duidelijke in- en exclusiecriteria worden opgesteld zodat bepaald kan worden welke patiënten geschikt zijn om deel te nemen aan de groepsbehandeling en welke niet.

Voorgestelde in- en exclusiecriteria zijn:

Inclusie:

- Motivatie voor deelname aan de groep (de patiënt moet het willen).
- Een hulpvraag m.b.t. artrose in de handen. (voornamelijk in CMC-1, DIP's en PIP's)
- Het hoofdprobleem van de patiënt is de artrose.

Exclusie:

- Geen goede beheersing van de Nederlandse taal in spraak en schrift
- Het ontbreken van motivatie voor deelname aan de groep
- Het ontbreken van een hulpvraag m.b.t. artrose aan de handen.
- Nevendiagnoses die van invloed kunnen zijn op de behandeling (Denk aan reumatoïde artritis en andere aandoeningen aan de handen die een andere aanpak vereisen dan artrose.)
- Psychische of psychosociale problematiek die het functioneren in of van de groep verhinderen (dementie, angststoornissen, schizofrenie, (zware) depressie, etc.)

- Lopende rechtszaken die van invloed kunnen zijn op het functioneren van de patiënt binnen de groep.
- Grote conflicten op het werk van de patiënt, mogelijk als gevolg van ziekmeldingen. (dit kan in de behandeling wel aan bod komen, maar wanneer het een verstorende factor kan worden is dit een reden voor exclusie).

Daarnaast hebben de therapeuten aangegeven dat de inhoud van de groepsbehandeling moet bestaan uit: Gewrichtsbeschermende principes en ergonomie, oefeningen, “return to work” (werkhervatting en re-integratie), hulpmiddelen, belasting-belastbaarheid en problemen in de dagelijkse activiteiten die door de patiënten worden aangedragen. Ook spalktherapie is een belangrijke factor in de behandeling van de patiënten met artrose in de handen. De spalktherapie zou eerder gestart kunnen worden dan het groepsproces. Tijdens de eerste behandeling kan de screening worden uitgevoerd middels een instrument als de Patiënt Specifieke Klachten (PSK) vragenlijst (Beurskens, 1996). Dit instrument gericht op het snel kunnen inventariseren van de belangrijkste handelingsproblemen die een patiënt ervaart door zijn of haar aandoening. De probleeminventarisatie en intake worden gezien als belangrijke onderdelen in het traject, zoals blijkt uit het volgende citaat van geïnterviewde R (bijlage 6.6): *“Nou ja, je moet sowieso intakes doen. Want je hebt geen idee, als er dus acht mensen zitten, heb je geen idee wie er voor je zit.”*.

De geïnterviewden zien allen de verwijzingen als een factor die voor problemen kan zorgen, zoals blijkt uit het citaat van geïnterviewde S (Bijlage 6.5): *“Want we hebben gemerkt, in het verleden schreef de reumatoloog, die gingen altijd alles naar de ergotherapie doorsturen, alle handproblematiek. Dus het heeft ons 5 jaar gekost om te zorgen dat ze naar het hand en polscentrum doorsturen”*. Om de behandeling zo kostenefficiënt mogelijk te kunnen laten verlopen is het belangrijk dat de patiënten worden doorverwezen voor een Poliklinische Revalidatie Behandeling (PRB). Hierbij zijn meerdere disciplines betrokken onder leiding van een revalidatiearts. De vergoeding voor een PRB-traject is hoger dan die voor een enkelvoudige behandeling. Volgens de therapeuten is het mogelijk om dit in goede banen te leiden door de patiënten met handartrose door de handtherapeuten te screenen middels de PSK. Vervolgens kan voor de patiënten die geschikt zijn voor de groepsbehandeling contact worden opgenomen met de verwijzer met de vraag of de behandeling als PRB kan worden ingezet. Dit betekent wel dat de revalidatiearts betrokken moet worden bij het proces. Er moet een duidelijke toegevoegde waarde zijn bij het betrekken van de revalidatiearts bij de behandeling. Momenteel zou de reden zijn dat hierdoor de patiënt in de groepsbehandeling kan worden opgenomen, maar dit is geen toegevoegde waarde door de revalidatiearts. De motivatie hiervoor is iets dat nog beter onderbouwd moet worden zodat de verwijzers hier eerder toestemming voor geven.

5. Wat zijn de factoren vanuit de instelling die van invloed zijn op de implementatie van de nieuwe behandelvorm?

Uit de interviews blijkt dat de behandeling het meest efficiënt zou zijn wanneer er per patiënt minimaal 4 uur behandeltime wordt besteed binnen een PRB-traject. De declaratie van een PRB-behandeling is verdeeld in schalen, met grenzen op 2, 4 en 9 uur behandeltime per patiënt. Wanneer er minimaal 4 uur behandeld wordt, is de uitbetaling ruim 800 euro, in tegenstelling tot de ongeveer 400 euro bij 2 tot 4 uur behandeling. 9 uur behandeltime is niet realistisch haalbaar in deze vorm. De behandeltime in een groepsbehandeling wordt verdeeld over het aantal deelnemers en vermenigvuldigd met het aantal therapeuten die de groep draaien. Dus: (Behandeltime/aantal deelnemers) x aantal therapeuten = tijd per patiënt. Uit het volgende citaat van geïnterviewde A (Bijlage 6.4) blijkt dat het belangrijk is om meer dan 4 uur behandeltime per patiënt te hebben om de kostenefficiëntie hoog te houden: *“Ja, het is 800 euro, dus dat valt nog wel mee, dus dan zou je nog, per patiënt. Dan moet je wel zorgen dat je meer dan... nou ja, dus dat is het meer, je moet meer dan 4 uur behandelen.”*

De patiëntenstroom moet goed opgezet zijn. De verwijzers moeten op de hoogte gesteld worden van het bestaan van de groep en moeten weten hoe de verwijzingen moeten worden opgesteld om de patiënten in de groep te kunnen plaatsen.

Om aan de wens om de behandeling als PRB in te zetten te kunnen voldoen moet er een reden zijn dat de revalidatiearts mee betrokken wordt in het behandelproces. De reden is op dit moment voornamelijk dat er een meer efficiënte behandeling kan worden opgezet als groepsbehandeling, maar qua effect is het verschil met een individuele behandeling mogelijk niet erg groot. Het lotgenoteneffect is waarschijnlijk niet voldoende reden om de revalidatiearts bij de behandeling te betrekken. Hier is echter nog geen oplossing voor gevonden.

4. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de discussie weer gegeven. Er wordt kort terug gekeken op de belangrijkste resultaten en de betekenis hiervan. Ook worden er positieve- en verbeterpunten van het onderzoek uitgelicht en aanbevelingen voor de praktijk gemaakt. Als laatste wordt een korte conclusie van het gehele onderzoek gegeven.

Op basis van de literatuurstudie is gebleken dat het aanbieden van handoefeningen, spalktherapie en gewrichtsbeschermende principes en ergonomie-educatie de meest effectieve behandelvormen zijn voor mensen met cmc-1- en/of handartrose. Mensen met deze aandoening hebben vaak vergelijkbare problemen in het dagelijks leven. Toch is het belangrijk om aandacht te besteden aan de individuele problemen die mensen in het dagelijks handelen tegen komen. Hiermee worden de problemen doelgericht opgelost en creëert men als therapeut het gevoel bij de cliënt dat deze gehoord en serieus genomen wordt. Uit de literatuur is niet gebleken dat het aanbieden van deze behandelingen in de vorm van een therapiegroep significant beter is. Er is echter ook geen bewijs gevonden dat het negatieve effecten heeft om deze behandeling in de vorm van een groep aan te bieden.

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat de organisatie rondom het opzetten van een groepsbehandeling veel met zich mee brengt. Het complete traject moet goed uitgedacht worden vanaf de verwijzing tot de afsluiting. Om ervoor te zorgen dat de kostenefficiëntie zo hoog mogelijk is, is het belangrijk dat de behandeling als PRB kan worden ingezet en minstens 4 uur per patiënt duurt. Door de behandeling in een groep aan te bieden, begeleid door twee therapeuten, kunnen er meer patiënten worden behandeld in de zelfde tijd. Dit heeft als bijkomend voordeel dat er meer therapietijd beschikbaar komt voor andere patiënten.

De resultaten van het praktijkonderzoek sluiten aan bij de resultaten van de literatuurstudie. De inhoudelijke informatie over de behandeling kan worden gecombineerd met de organisatorische gegevens verkregen uit de interviews. Op basis van dit onderzoek is een opzet gemaakt voor een groepsbehandelingstraject. Deze handleiding is te vinden in bijlage 6.1. Er zijn nog een aantal punten die aandacht vereisen en een aantal beslissingen die moeten worden genomen voor de groepsbehandeling kan worden gestart. De handleiding biedt een basis vanuit waar een vervolgproject verder kan om tot de uiteindelijke groepsbehandeling te komen.

De gevonden resultaten van de literatuurstudie zijn volgens verwachting. De inhoudelijke aspecten zijn in de verschillende bronnen concreet beschreven in onderzoeken die betrouwbaar en valide zijn bevonden. De resultaten van het praktijkonderzoek zijn echter niet volledig volgens verwachting. Er zijn meer organisatorische aspecten en afwegingen die gemaakt moeten worden dan van tevoren werd verwacht. Deze afwegingen en beslissingen kunnen enkel door de opdrachtgever of door leidinggevenden worden gemaakt, waarin dit project een adviserende rol kan hebben.

Wanneer naar aanleiding van dit project een groepsbehandeling kan worden opgestart binnen het HPC, zal dit leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg zoals beschreven in de inleiding. Door het implementeren van een groepsbehandeling worden zowel de effectiviteit als de efficiëntie van de behandeling verhoogd. Daarnaast zal er meer behandeltime over blijven waarin andere patiënten worden gezien, wat de efficiëntie van de gehele afdeling zal verhogen. Ook de doelgroep gerichtheid, veiligheid en toegankelijkheid zullen gerespecteerd worden door het vrijere gedeelte van de groepsbehandelingen waarin vragen en problemen vanuit de patiënten worden behandeld na gelang de patiënten hier behoefte aan hebben. Op het domein tijdigheid is het echter mogelijk om een daling in de kwaliteit van zorg te zien. Doordat de deelnemers mogelijk moeten wachten op het starten van de volgende groep, is de wachttijd in verhouding langer dan wanneer een individuele behandeling wordt ingezet. Het is echter de vraag of deze wachttijd van maximaal 6 weken een groot probleem vormt voor de patiënten. Artrose is een langzaam progressieve aandoening en in de

wachttijd die mogelijk langer is zal er naar alle waarschijnlijkheid weinig verandering te merken zijn (Reumafonds, 2013).

Kanttekeningen

Bij het begin van dit onderzoek was de opdracht vanuit de opdrachtgever niet geschikt voor een afstudeerproject zoals dit vanuit de opleiding wordt verwacht. Hierdoor is in de beginperiode veel onderhandeld over het doel van dit onderzoek en de onderzoeksvraag die erbij hoort. Dit heeft in het begin voor onduidelijkheid gezorgd, waardoor het meer tijd en moeite heeft gekost dan van tevoren verwacht. Er is gekozen om vanuit de opdrachtgever een stap terug te doen en de onderzoeksvraag open te houden, zodat werd voldaan aan de criteria vanuit de opleiding. Er is relatief veel aandacht besteed aan onderhandelingen over de afbakening van het onderzoek, zodat het daadwerkelijk uitvoerbaar en haalbaar was binnen de tijd die ervoor beschikbaar was gesteld. Achteraf gezien is het goed geweest dat hier veel aandacht aan is besteed. Hierdoor zijn de verwachtingen en de beoogde resultaten op elkaar afgestemd. Dit had misschien in minder tijd gekund, maar het resultaat van de onderhandelingen is goed en werkbaar.

Tijdsdruk is uiteindelijk een grote factor geweest in het maken van keuzes rondom het praktijkonderzoek. De opdrachtgever had graag gezien dat er een pilot gedraaid zou worden tijdens dit onderzoek, maar dit was niet praktisch haalbaar. De focusgroep die is afgenomen bestond slechts uit 3 therapeuten omdat het organiseren van een grotere groep niet praktisch haalbaar was binnen de tijd. Het is nu de bedoeling dat er een vervolgproject wordt opgestart waarin de onderwerpen waarvoor in dit onderzoek geen tijd was worden uitgezocht.

De literatuurstudie voorafgaande aan het praktijkonderzoek is grondig en nauwkeurig uitgevoerd. Dit heeft geleid tot een aantal concrete, bruikbare aanbevelingen die gebaseerd zijn op betrouwbare en valide bronnen. Deze aanbevelingen hebben voornamelijk betrekking op de inhoud van de behandeling en op aandachtspunten voor de therapeuten. Hierdoor kon het praktijkonderzoek meer gericht worden op de organisatorische kant van de behandeling. Dit heeft ertoe geleid dat naast de inhoud ook de gewenste vorm van de behandeling duidelijk is geworden.

Aanbevelingen

- Het is aanbevolen om de nieuwe behandelvorm als groepsbehandeling op te zetten. Patiënten met de zelfde aandoening met elkaar in contact brengen heeft als effect dat ze praktische tips en adviezen aan elkaar kunnen geven. Daarnaast creëert het een soort saamhorigheidsgevoel onderling omdat de patiënten in min of meer de zelfde situatie zitten.
- Het wordt aanbevolen om de groep als PRB op te zetten. Zo wordt er bij het declareren het meeste aan inkomsten gemaakt, mits de totale behandeltime per patiënt meer dan 4 uur bedraagt. Daarnaast kunnen bij een PRB-groepsbehandeling zowel ergotherapeutische- als fysiotherapeutische handtherapeuten worden ingezet.
- Het wordt geadviseerd om de punten zoals die vermeld staan onder het kopje “vervolgstappen” in de handleiding in bijlage 6.1 uit te voeren alvorens te starten met de groepsbehandeling. Het betreft hier enkele essentiële stappen die ertoe leiden dat de groep op een goed onderbouwde manier opgezet kan worden.

Conclusie

Op basis van dit onderzoek is een handleiding opgesteld voor het opzetten van een nieuwe, passende behandelvorm voor CMC-1- en handartrose in het Hand- en Polscentrum van het Maasstad Ziekenhuis in de vorm van een groepsbehandeling. De vorm en inhoud van de behandeling is gebaseerd op literatuur en interviews. De groepsbehandeling zal bestaan uit 6 bijeenkomsten waar 6 tot 8 deelnemers aanwezig zullen zijn onder begeleiding van 2 handtherapeuten. De behandelingen zullen gericht zijn op het aanleren van gewrichtsbeschermende principes, belasting-belastbaarheid, het aanbieden van hulpmiddelen en oefeningen en handelingsproblemen die voor de deelnemers relevant zijn. De behandeling zal worden opgezet als PRB-behandeling aangezien dit het meest kosten-efficiënt is. De selectie van deelnemers zal plaatsvinden op basis van een intake en screening op basis van in- en exclusiecriteria. Direct na de screening zal worden gestart met spalktherapie, die individueel voortgezet zal worden. Na deze voorprocedure worden de groepen gevormd en opgestart in cycli van 6 weken.

Er zijn nog een aantal stappen te nemen voor de groepsbehandeling daadwerkelijk kan starten, maar door middel van de handleiding die is opgesteld is een basis gelegd voor het vervolg van dit project. Het implementeren van een groepsbehandeling heeft een verbetering van de kwaliteit van zorg binnen het revalidatiecentrum tot gevolg door een verhoging van de efficiëntie qua tijd en geld. Hierdoor kunnen meer mensen geholpen worden met mindere kosten in de zelfde tijd en met een minstens even effectieve behandeling. Het enige mogelijke nadeel aan het opzetten van een groepsbehandeling is dat patiënten mogelijk een aantal weken moeten wachten voor de behandeling gestart kan worden.

5. Referenties

- Bertozzi, L., Valdes, K., Vanti, C., Negrini, S., Pillastrini, P., & Villafañe, J. H. (2015). Investigation of the effect of conservative interventions in thumb carpometacarpal osteoarthritis: systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 37(22), 2025-2043.
- Beurskens, A. J. H. M. (1996). *Patiënt Specifieke Klachten*. Geraadpleegd van <http://www.meineveldman.nl/patient-specifieke-klachten.pdf>
- Boughton, O. & Mackenzie, H. (2012). Osteoarthritis of the Trapeziometacarpal Joint (TMJ): A Review of the Literature, *Osteoarthritis - Diagnosis, Treatment and Surgery*, Prof. Qian Chen (Ed.),
- Donabedian, A. (1982). Explorations in quality assessment and monitoring. Uit: Arbor, A., editor. *The criteria and standards of quality*. Michigan: Health Administration Press.
- Dziedzic, K., Nichols, E., Hill, S., Hammond, A., Handy, J., Thomas, E., & Hay, E. (2015). Joint protection and hand exercises for hand osteoarthritis: an economic evaluation comparing methods for the analysis of factorial trials. *Annual Rheumatology Dis.*, 1, 108-118.
- Jaggi, R., & Morris, S. (2007, augustus). Rule of thumb Update on first carpometacarpal joint osteoarthritis. *Canadian Family Physician*, 2007(8).
- Jochems, A. A. F., & Joosten, F. W. M. G. (2009). *Coëlho Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Doetinchem, Nederland: Reed Business.
- Kjeken, I. (2009). Patient perspective of hand osteoarthritis in relation to concepts covered by instruments measuring functioning: a qualitative European multicentre study. *Ann Rheum Dis*, 9, 1453-1459.
- Kjeken, I. (2011). Occupational therapy-based and evidence-supported recommendations for assessment and exercises in hand osteoarthritis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(4), 265-281. doi:10.3109/11038128.2010.514942
- Kjeken, I., Darre, S., Slatkowsky-Cristensen, B., Hermann, M., Nilsen, T., Eriksen, C. S., & Nossun, R. (2013). Self-management strategies to support performance of daily activities in hand osteoarthritis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2013(1), 29-36.
- Kus, S., van de Ven-Stevens, LAW., Coenen, M., Berno, S., Kollerits, B., & Cieza, A. (2011). What is our knowledge of functioning and disability in hand conditions based on? *Clinimetrics in Hand Therapy* (2016)
- Li, G., Yin, J., Gao, J., Cheng, T. S., Pavlos, N. J., Zhang, C., & Zheng, M. H. (2013). Subchondral bone in osteoarthritis: insight into risk factors and microstructural changes. *Arthritis Research & Therapy*, 15, 223-227.
- Normann-Bukhave, E., Cour, K. la, & Huniche, L. (2014). The meaning of activity and participation in everyday life when living with hand osteoarthritis. *Scandinavian journal of Occupational Therapy*, 21, 24-30.

Oppong, R., Jowett, S., Nichols, E., Whitehurst, D. G. T., Hill, S., Hammond, A., ... Dziedzic, K. (2015). Joint protection and hand exercises for hand osteoarthritis: an economic evaluation comparing methods for the analysis of factorial trials. *Rheumatology (Oxford)*, 5, 876-883.

Reumafonds. (2013). *Informatiebrochure Artrose*. Geraadpleegd van http://www.reumafonds.nl/_sana_/handlers/getfile.ashx/eb00aa41-7b1a-417f-a3cd-d029fa2c5a43/103.juli13_Artrose_LR.pdf

Steultjens, E., Satink, T., & Peters, E. (2006). Ergotherapie en wetenschappelijk onderzoek. In A. Kinébanian, & M. le Granse (Red.), *Grondslagen van de ergotherapie* (pp. 817-850). Maarssen, Nederland: Elsevier Gezondheidszorg.

Stukstette, M. J. P. M. (2013). *Understanding and treating hand osteoarthritis: a challenge*.

Verheijden, S. (2015), *handleiding Handanalyse*. Rotterdam, Hand en pols centrum Maasstad ziekenhuis.

Verhoef, J. & Kuiper, C. (2008). *Evidence-based practice voor paramedici*. Den Haag, Boom Lemma.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker- van Doorn, C., & Rosendal, H. (2015). *Zorgbasics: Praktijkgericht onderzoek*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma.

World Health Organisation. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*.

Internetbronnen

Poos, M. J. J. C., & Gommer, A. M. (2014). Hoe vaak komt artrose voor en hoeveel mensen sterven eraan? Geraadpleegd van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/artrose/omvang/>

Reumafonds. (2016). Artrose. Geraadpleegd van <http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/vormen-van-reuma/artrose/>

Zeeuws Hand & Pols Centrum. (2012). *Richtlijnen CMC - I artrose behandeling*. Geraadpleegd van [http://hpc-d.nl/wp-content/uploads/sites/13/2014/03/CMC I richtlijnen ZHPC 11-6-2012.pdf](http://hpc-d.nl/wp-content/uploads/sites/13/2014/03/CMC_I_richtlijnen_ZHPC_11-6-2012.pdf)

6. Bijlagen

6.1 Handleiding groepsbehandeling CMC-1 en Handartrose.

Inhoud

- Inleiding
- Doel
- Opzet behandelingen inhoudelijk
- Opzet behandelingen organisatorisch
 - o Verwijzers
 - o Declaraties
- Vervolgstappen
- Conclusie
- Referenties
- Bijlagen
 - o in- en exclusiecriteria
 - o Aanbevelingen voor de assessment van handartrose
 - o Aanbevelingen op het gebied van oefentherapie

Inleiding

In deze handleiding wordt toegelicht wat het plan is voor het opzetten van de groepsbehandeling voor mensen met CMC-1- en handartrose. Naar aanleiding van literatuuronderzoek in verschillende wetenschappelijke databanken en interviews onder de medisch manager, de afdelingscoördinator en een focusgroep met 3 ergotherapeutische handtherapeuten is een opzet voor de inhoud van de behandeling ontwikkeld. Daarnaast zijn een aantal aanbevelingen opgesteld over de organisatie rondom het opzetten van de groep. De organisatie is nog niet rond en er zijn een aantal beslissingen die nog genomen moeten worden voor de groep daadwerkelijk opgestart kan worden. Er is nog vervolg nodig om dit project goed af te kunnen ronden en een draaiende groepsbehandeling op te zetten.

Doelstelling

Het doel van deze handleiding is een basis vormen vanuit waar een nieuwe behandelvorm voor mensen met CMC-1 en handartrose op kan worden opgezet. Met behulp van deze handleiding kan de inhoud en de organisatie van de nieuwe behandelvorm worden geïmplementeerd in het Hand- en Polscentrum van het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam.

Opzet behandelingen inhoudelijk

Groep duurt 5 of 6 behandelingen van 1 tot 1,5 uur. De groep zal bestaan uit 6 tot 8 deelnemers begeleid door 2 handtherapeuten. Dit kunnen zowel ergotherapeutische- als fysiotherapeutische handtherapeuten zijn. Doordat de groep als PRB wordt ingezet maakt dit niet uit. De behandelingen zullen telkens bestaan uit een theoretisch gedeelte en een praktisch gedeelte. De informatie wordt in delen aangeboden zodat de deelnemers niet te veel in een keer hoeven op te nemen. Door het praktische gedeelte worden de deelnemers actief betrokken in het proces en wordt het geheel interactiever.

Behandeling 1: Introductie

In de eerste behandeling zal algemene informatie over artrose worden verstrekt. Deze informatie zal bestaan uit: Diagnose, prognose, anatomische informatie, incidentie & prevalentie. Daarnaast zal een inventarisatie van de individuele handelingsproblemen en een prioritering hiervan binnen de groep plaatsvinden. Hiermee worden doelen opgesteld naar aanleiding van de problemen die de groep van meest belangrijk (en dus het eerste aan bod zal komen) naar minst belangrijk (en dus als laatste aan bod zal komen) rangschikt. Belangrijk tijdens deze prioritering is dat de therapeuten de deelnemers

stimuleren om over alle aspecten van het dagelijks leven na te denken. Het is mogelijk om een normale dag van opstaan tot naar bed gaan te doorlopen. Het is ook mogelijk om de verschillende handelingsgebieden langs te lopen en hier telkens even bij stil te staan zodat er zo min mogelijk kans bestaat dat de deelnemers problemen over het hoofd zien. Indien iemand later nog met een probleem komt is het mogelijk om dit, in overleg met de groep, op te nemen in de doelenlijst.

Mogelijke invulling:

“Artrose is een aandoening waarbij het kraakbeen in de gewrichten verslijt waardoor de gewrichten minder soepel kunnen bewegen en pijnlijk zijn. Door de slijtage aan het kraakbeen ontstaat een vernauwing van de gewrichtsspleet en kunnen er osteofyten ontstaan, botuitstulpingen tegen het gewricht aan die pijn kunnen veroorzaken. Artrose staat bekend als een ouderdomsziekte, maar het kan ook op jongere leeftijd voorkomen. Mogelijke oorzaken van artrose zijn: erfelijkheid, letsel, overbelasting, overgewicht en andere aandoeningen zoals Reumatoïde Artritis. In de praktijk komt het meestal neer op een samenspel van verschillende factoren die er uiteindelijk voor zorgen dat artrose ontstaat in een of meerdere gewrichten (Reumafonds, 2016). Artrose is een veel voorkomende aandoening, ongeveer 1,2 miljoen mensen in Nederland zijn gediagnosticeerd met een vorm van artrose. Artrose komt over het algemeen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, maar iedereen van hoge leeftijd krijgt er mee te maken. Het komt vooral voor bij blanke vrouwen, zo’n 16-20% van de vrouwen boven de 45 jaar hebben er last van. Wanneer men spreekt van handartrose, gaat het om de artrose die specifiek in de vingers, handen en polsen zit. Mensen met handartrose hebben vaak ook last van artrose in andere gewrichten. Mensen met artrose in de handen hebben vaak last van de PIP- en DIP-gewrichten in digiti (dig.) 2 t/m 4 en van het Carpometacarpale (CMC) en het Metacarpale (MCP)- gewricht in dig. 1. Zo’n 400.000 mensen in Nederland hebben last van handartrose (Poos & Gommer, 2014).

Artrose wordt ingedeeld volgens de Eaton-Glickel-classificatie in 4 stadia.

In stadium 1 is er sprake van milde vernauwing van de gewrichtsspleet, zonder subluxatie of osteofyten vorming. Wel kan er sprake zijn van subchondrale sclerose en ligament laxatie. Behandelingen voor dit stadium bestaat uit medicatie en immobilisatie door middel van spalken. In het tweede stadium is er sprake van verdere gewrichtsvernauwing, beginnende osteofyten vorming, milde tot gemiddelde subluxatie. Behandeling in dit stadium bestaat uit medicatie, immobilisatie door middel van spalken, mogelijk ligament reconstructie en peesinterpositie in overleg met de chirurg. In het derde stadium is er sprake van verdere gewrichtsvernauwing en verdere subchondrale sclerose. Osteofyten zijn duidelijk zichtbaar. Gewrichten raken uit hun plaats en devieren radiaal of ulnair. De behandeling is vergelijkbaar met die van het tweede stadium. Het vierde en laatste stadium wordt gekenmerkt door gewrichtsvernietiging. Het gewricht is ver uit positie en vaak immobiel. Behandeling is vergelijkbaar met stadium 2 en 3 met toevoeging van gewrichtsreconstructie (Jaggi & Morris, 2007; Jochems & Joosten, 2009; Li, et al., 2013).”

Behandeling 2:

In de tweede behandeling zal een begin worden gemaakt met belasting-belastbaarheid en de gewrichtsbeschermende principes uitleggen. Deze worden gecombineerd aangeboden omdat er veel overlap is tussen de twee. Er zullen tijdschrijffijsten of activiteitenwegers worden mee gegeven aan de deelnemers zodat ze inzicht kunnen krijgen op hun eigen dagindeling. Dit zal de volgende behandeling worden geëvalueerd en vergeleken onderling. In het praktische gedeelte van deze behandeling zullen de eerste handoefeningen worden aangeboden. Zie de bijlagen voor een lijst met mogelijke oefeningen, de therapeuten kunnen vanuit hun ervaring aanvullende oefeningen of alternatieven aanbieden. Daarna zal het eerste handelingsprobleem dat door de groep is aangegeven worden behandeld. Hier zullen ergonomische adviezen en hulpmiddelen worden aangeboden aan de deelnemers om uit te proberen. Afhankelijk van het onderwerp kunnen er hulpmiddelen uitgeleend worden wanneer de deelnemers hier behoefte aan hebben. (Kjeken, 2011)

Behandeling 3: Evalueren belasting-belastbaarheid en tijdschrijflijsten & gewrichtsbeschermende principes + tweede set oefeningen + handelingsprobleem n.a.v. prioritering (inclusief hulpmiddelen passend bij vraag)

In de derde behandeling zullen de lijsten die door de deelnemers zijn ingevuld worden besproken. Hierbij wordt gekeken naar drukke dagdelen en naar juist rustige dagdelen en wat de invloed hiervan is op hoe de deelnemers zich voelen. Door de deelnemers de lijsten met elkaar te laten vergelijken kunnen inzichten ontstaan in de manier waarop de dagen worden in gedeeld, en “hoe het ook anders kan” wanneer iemand moeite heeft met de verdeling. De deelnemers kunnen hierover tips uitwisselen of in discussie gaan. Belangrijk is dat de therapeut de controle over de groep bewaakt en ervoor zorgt dat er volgens de planning gehandeld wordt. Dit houdt in dat er liever geen conflicten mogen ontstaan en dat er niet te lang wordt doorgegaan wanneer dit niet binnen de tijd past. Wanneer de gesprekken dreigen stil te vallen of moeizaam op gang komen is het belangrijk dit te stimuleren door vragen te stellen of zelf lijsten met elkaar te vergelijken.

Na dit gedeelte zullen een tweede set oefeningen worden aangeboden. Zie hiervoor de bijlagen. Naast deze oefeningen zal het volgende handelingsprobleem worden behandeld. Hier zullen ergonomische adviezen en hulpmiddelen worden aangeboden aan de deelnemers om uit te proberen. Afhankelijk van het onderwerp kunnen er hulpmiddelen uitgeleend worden wanneer de deelnemers hier behoefte aan hebben. (Kjeken, 2011)

Behandeling 4: Gewrichtsbeschermende principes en belasting-belastbaarheid afronden + derde set oefeningen + handelingsprobleem n.a.v. prioritering (inclusief hulpmiddelen passend bij vraag)

In deze behandeling zullen de gewrichtsbeschermende principes en belasting – belastbaarheid worden herhaald. Er wordt op het gebied van belasting – belastbaarheid gekeken naar de afgelopen week van de deelnemers. Er wordt gekeken of de deelnemers de week anders hebben ingedeeld naar aanleiding van de adviezen die zijn gegeven. Hierbij wordt aandacht besteed aan de verandering in vermoeidheid en pijnklachten die de deelnemers mogelijk hebben gemerkt. Op het gebied van gewrichtsbeschermende principes wordt gekeken of alle verschillende onderdelen hiervan aan bod zijn gekomen, en daar waar nodig aangevuld en herhaald.

Behandeling 5: Return to work (werkhervatting en re-integratie) + vierde set oefeningen + handelingsprobleem n.a.v. prioritering (inclusief hulpmiddelen passend bij vraag)

Tijdens deze behandeling zal er worden ingegaan op de werkomgeving en werkhervatting. Het is mogelijk dat er gepensioneerde deelnemers in de groep zitten. Het is ook mogelijk dat er deelnemers in de groep zitten die nog aan het werk zijn. Er kunnen echter ook deelnemers zijn die conflicten hebben in de werksituatie, en voor hen is het mogelijk belangrijk om dit te bespreken. Belangrijk is dat de therapeuten hier de regie in handen houden en het niet laten escaleren. Voor de deelnemers die nog aan het werk zijn is het goed om te bespreken wat er mogelijk in de toekomst nodig is om aan het werk te kunnen blijven. Hierbij is het mogelijk om ergonomisch advies en hulpmiddelen aan te bieden, afhankelijk van de verschillende beroepen.

Na dit gedeelte zullen een derde set oefeningen worden aangeboden. Zie hiervoor de bijlagen. Naast deze oefeningen zal het volgende handelingsprobleem worden behandeld. Hier zullen ergonomische adviezen en hulpmiddelen worden aangeboden aan de deelnemers om uit te proberen. Afhankelijk van het onderwerp kunnen er hulpmiddelen uitgeleend worden wanneer de deelnemers hier behoefte aan hebben. (Kjeken, 2011)

Behandeling 6: Samenvatting alle behandelde punten + handelingsproblemen + aanvulling hulpmiddelen (die niet aan bod zijn gekomen)

In deze laatste behandeling zal worden gestart met de laatste handelingsproblemen en bijbehorende adviezen en hulpmiddelen die door de groep zijn bepaald. Hierna kunnen hulpmiddelen en adviezen worden aangeboden die niet aan bod zijn gekomen door de prioritering van de groep, maar die door de behandelend therapeuten als nuttig of nodig gezien worden.

Hierna kan een terugblik worden gehouden op het gehele groepstraject. Hierbij worden de verschillende onderwerpen en oefeningen kort aangestipt. Er wordt bij de deelnemers nagevraagd wat ze hebben opgestoken en geleerd van de groep. Ook wordt er feedback aan de groep gevraagd zodat de kwaliteit van de behandeling kan blijven ontwikkelen.

Opzet behandeling organisatorisch

Op het organisatorische gebied van de behandeling zijn op het moment van schrijven van deze handleiding nog enkele zaken die nader uitgezocht dienen te worden en enkele beslissingen die genomen moeten worden. In dit hoofdstuk zal de algemene structuur van verwijzen en declareren worden toegelicht aan de hand van het proces dat de patiënt doorloopt.

De algemene structuur van verwijzing en organisatie is als volgt:

1. Een patiënt met CMC-1- en/of handartrose wordt door een verwijzer (Reumatoloog, plastisch chirurg, revalidatie arts, huisarts, etc.) naar het Hand- en Polscentrum verwezen. Dit kan zowel een enkelvoudige als een PRB-verwijzing zijn.
2. De patiënt wordt door de planning een uur ingeroosterd bij een van de therapeuten van het HPC. Deze therapeut neemt een intake af aan de hand van de PSK of een vergelijkbaar instrument waarmee kort de hulpvragen van de patiënt in kaart kunnen worden gebracht. Daarnaast voert de therapeut een screening uit aan de hand van de opgestelde in- en exclusiecriteria en mogelijk een functioneel onderzoek om de mogelijkheden van de patiënt in kaart te brengen, dit is te vinden in de bijlagen. Aan de hand van deze screening wordt bepaald of de patiënt geschikt is voor deelname aan de groepsbehandeling. Als laatste kan de therapeut indien nodig een spalk aanmeten.
3. Er wordt een afspraak gemaakt voor 1 week na het aanmeten van de spalk voor controle. Het is mogelijk meer afspraken in te plannen, dit wordt beoordeeld door de handtherapeut die de spalk heeft gemaakt.
4. Wanneer een patiënt geschikt is voor deelname aan de groepsbehandeling en de patiënt hier interesse in toont, wordt de verwijzing gecontroleerd. Om deel te mogen nemen aan de groep is het belangrijk dat er een PRB verwijzing is uitgeschreven. Wanneer dit niet het geval is zal de verwijzer worden gevraagd een nieuwe verwijzing als PRB uit te schrijven voor de patiënt.
5. De patiënt wordt aangemeld voor de groep en geregistreerd als deelnemer voor de groep. De manier waarop dit gebeurt moet nog nader uitgezocht worden. De deelnemers zullen een folder ontvangen met daarin algemene informatie over de groep zoals tijden, locatie, doelen, onderwerpen etc.
6. Aangezien de groep 6 sessies bevat en een maal per week zal plaatsvinden, start dus iedere 6 weken een nieuwe groep. Wanneer de eerstvolgende groep vol zit zal de patiënt op een wachtlijst geplaatst worden. De spalktherapie kan tijdens deze periode doorgezet worden, waarbij de informatie die in de groep wordt behandeld niet aan bod zal komen.
7. Voor de groep wordt gestart zullen de deelnemers worden opgeroepen met de tijd en plaats waar de groep zal plaatsvinden. Dit moet nog nader bepaald worden.
8. De groepsbehandeling zal volgens de beschrijving in deze handleiding worden uitgevoerd door 2 therapeuten.
9. De declaratie van de behandeltime is als volgt: de totale behandeltime per sessie wordt vermenigvuldigd met het aantal therapeuten. Dit wordt vervolgens verdeeld over het aantal patiënten in de groep. In totaal zullen er 6 groepsessies plaatsvinden.

Rekenvoorbeeld:

8 deelnemers

2 therapeuten

6 sessies van 1,5 uur

$$1,5 \times 6 = 9$$

$$9 \times 2 = 18$$

$$18 / 8 = 2,25 \text{ uur}$$

Bij een groep van 8 deelnemers zal de behandeltime in de groep dus 2 uur en 1 kwartier per patiënt bedragen. Dit betekent dat de spalktherapie ten minste 1 uur en 3 kwartier in beslag moet nemen om aan op gewenste 4 uur behandeltime per patiënt uit te komen.

Vervolgstappen

Het is van belang om contact te maken met de verwijzers over de nieuwe situatie wanneer de groep opgestart gaat worden. De verwijzers moeten er bewust van zijn dat de kans bestaat dat een eenvoudige verwijzing omgezet moet worden naar een PRB-verwijzing. Dit heeft voor de verwijzers geen verdere gevolgen.

Om de groep goed op te kunnen zetten is het belangrijk dat er twee therapeuten worden geselecteerd die de groep gaan draaien. Deze therapeuten moeten affiniteit hebben met de doelgroep en interesse hebben in het draaien van de groep. Het is een voordeel als minimaal een van de therapeuten ervaring heeft met het bieden van een groepsbehandeling.

De tijd en plaats van de groep moet bepaald worden. Aangezien de groepsbehandeling 1,5 uur zal duren en er 6 tot 8 deelnemers in de groep zullen zitten is het belangrijk dat hier een aparte ruimte voor beschikbaar is. Deze ruimte zal iedere week om de zelfde tijd moeten worden gereserveerd voor de groep. De ruimte moet voldoen aan de volgende eisen:

- Ruimte voor 8 deelnemers en 2 therapeuten in een informele opstelling.
- Mogelijkheid om allen aan een tafel te zitten voor bijvoorbeeld schrijf oefeningen of het uittesten van hulpmiddelen wanneer dit gewenst is.
- Mogelijkheid tot vrij bewegen wanneer ergonomische adviezen worden gegeven.
- Geen overlast van anderen, geen overlast veroorzaken voor anderen.

Voor de groepsbehandeling kan worden gestart zal een pilot gedraaid moeten worden. Het is belangrijk dat de deelnemers van deze pilot bewust zijn van het feit dat het een pilot is. Het is mogelijk dat de opzet zoals deze nu is beschreven toch niet aan alle eisen en verwachtingen voldoet, en de deelnemers mogen daar niet de dupe van worden. De pilot zal bestaan uit een groep van 6 tot 8 deelnemers die volgens deze handleiding worden behandeld. Hierbij zal worden zowel worden gelet op verbeterpunten als op punten waarop de behandeling in deze vorm voldoet aan de eisen en verwachtingen. Na de Pilot is het belangrijk dat mogelijke aanpassingen in de opzet of inhoud van de behandeling op basis van de feedback van de deelnemers en die van de therapeuten worden gemaakt.

Er moet een folder opgesteld worden met daarin informatie over de groep. Deze informatie zal algemeen worden gehouden en gaan over tijden, locatie, doelen, onderwerpen en mogelijk andere nuttige informatie voor de deelnemers.

Tevens moet er een manier van documentatie worden gevonden. In deze documentatie zal worden bijgehouden welke deelnemers in de groep zitten, de aanwezigheid van de deelnemers en mogelijk op- of aanmerkingen. In deze documentatie zal ook de wachtlijst worden opgenomen. Mogelijk kunnen er per deelnemer op basis van de screening en intake door de handtherapeut ook doelen in de documentatie worden opgenomen.

In het huidige aanbod binnen het ziekenhuis wordt ook een algemene artrose-voorlichting gehouden. Het is mogelijk dat de informatie in deze voorlichting overeen komt met de inhoud van de handartrose groep. Om hier inzicht in te verkrijgen is het geadviseerd contact op te nemen met de genen die deze voorlichting verzorgen om te controleren of er niet te veel overlap is. Ook is het belangrijk te bepalen of de deelnemers van de artrose handgroep baad hebben bij het volgen van de algemene artrose voorlichting.

Conclusie

Er zijn nog een aantal punten die actie vereisen voor de groepsbehandeling kan worden opgestart. Helaas is het in de tijd die beschikbaar was voor het project waarop deze handleiding is gebaseerd niet mogelijk deze punten aan bod te laten komen. Wanneer vervolgstappen zijn uitgevoerd is het mogelijk om de groepsbehandeling op een efficiënte en effectieve manier in te zetten. Er zal worden voldaan aan de eisen en verwachtingen van zowel de deelnemers als de instelling. De groep zal een waardevolle toevoeging vormen op het huidige zorgaanbod in het Maasstad Ziekenhuis.

Referenties

- Jaggi, R., & Morris, S. (2007, augustus). Rule of thumb Update on first carpometacarpal joint osteoarthritis. *Canadian Family Physician*, 2007(8).
- Jochems, A. A. F., & Joosten, F. W. M. G. (2009). *Coelho Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Doetinchem, Nederland: Reed Business.
- Kjeken, I. (2011). Occupational therapy-based and evidence-supported recommendations for assessment and exercises in hand osteoarthritis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(4), 265-281. doi:10.3109/11038128.2010.514942
- Li, G., Yin, J., Gao, J., Cheng, T. S., Pavlos, N. J., Zhang, C., & Zheng, M. H. (2013). Subchondral bone in osteoarthritis: insight into risk factors and microstructural changes. *Arthritis Research & Therapy*, 15, 223-227.
- Poos, M. J. J. C., & Gommer, A. M. (2014). Hoe vaak komt artrose voor en hoeveel mensen sterven eraan? Geraadpleegd van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/artrose/omvang/>
- Reumafonds. (2016). Artrose. Geraadpleegd van <http://www.reumafonds.nl/informatie-voor-doelgroepen/patienten/vormen-van-reuma/artrose/>

Bijlagen

in- en exclusiecriteria

Inclusie:

- Motivatie voor deelname aan de groep (de patiënt moet het willen).
- Een hulpvraag m.b.t. artrose in de handen. (voornamelijk in CMC-1, DIP's en PIP's)
- Het hoofdprobleem van de patiënt is de artrose.

Exclusie:

- Geen goede beheersing van de Nederlandse taal in spraak en schrift
- Het ontbreken van motivatie voor deelname aan de groep
- Het ontbreken van een hulpvraag m.b.t. artrose aan de handen.
- Nevendiagnoses die van invloed kunnen zijn op de behandeling (Denk aan reumatoïde artritis en andere aandoeningen aan de handen die een andere aanpak vereisen dan artrose.)
- Psychische of psychosociale problematiek die het functioneren in of van de groep verhinderen (dementie, angststoornissen, schizofrenie, (zware) depressie, etc.)
- Lopende rechtszaken die van invloed kunnen zijn op het functioneren van de patiënt binnen de groep.
- Grote conflicten op het werk van de patiënt, mogelijk als gevolg van ziekmeldingen. (dit kan in de behandeling wel aan bod komen, maar wanneer het een verstorende factor kan worden is dit een reden voor exclusie).

Aanbevelingen voor de assessment van handartrose

1. Vraag de patiënt wat hij of zij ervaart als het meest belangrijke probleem
2. Beoordeel beperkingen op het gebied van zowel activiteit als participatie
3. Beoordeel de grijpkracht
4. Beoordeel de pijn in de handen
5. Beoordeel flexie en extensie en de beperkingen daarin voor digitorum 1 t/m
6. Observeer afwijkingen in de standen van de PIP en DIP gewrichten
7. Observeer subluxatie van het CMC gewricht
8. Observeer de mogelijkheid om grote objecten vast te grijpen
9. Observeer de mogelijkheid om kleine objecten vast te grijpen (pinch-greep)
10. Gebruik methoden die valide, betrouwbaar en gevoelig zijn voor functionele veranderingen

Aanbevelingen op het gebied van oefentherapie

1. Motiveer de patiënten om hun handen in het dagelijks leven te blijven gebruiken en richt de therapie op het behouden van belangrijke en betekenisvolle activiteiten.
2. Oefenprogramma's moeten worden aangepast op de persoonlijke doelen, motivatie en voorkeuren van de patiënt.
3. Oefeningen moeten beginnen met een warming-up om de gewrichten losser te maken.
4. Oefenprogramma's moeten een ROM-oefening op het gebied van flexie van dig. 2 t/m 5 bevatten. Hierbij wordt begonnen met de flexie van PIP en DIP gewrichten (kleine vuist maken) en vervolgens de MCP gewrichten (grote vuist). Hierna worden de vingers volledig geëxtendeerd voor een nieuwe vuist wordt gemaakt.
5. Oefenprogramma's moeten een ROM oefening met betrekking tot de pinch-greep bevatten.
6. Oefenprogramma's moeten een ROM oefening gericht op palmar abductie en de mogelijkheid om grote voorwerpen te grijpen bevatten
7. Oefenprogramma's moeten een oefening bevatten die gericht is op het versterken van de stabilisatiespiers van het CMC gewricht en extensie van de duim.
8. Oefenprogramma's moeten een oefening gericht op het vergroten van de grijpkracht bevatten.

6.2 Topiclijsten interviews

Topiclijst interview medisch manager:

- Beschrijving rol van de medisch manager
- Verschillende betrokken partijen binnen de organisatie
 - o Rollen
 - o Eisen
 - o Wensen
 - o Contacten tussen de verschillende partijen
- Geldstromen
 - o Declaratiesysteem
 - o Wanneer is het rendabel/efficiënt?
- Persoonlijke visie van de manager op het plan een groepsbehandeling op te zetten
- Inschatting haalbaarheid/levensvatbaarheid
- Manieren om de effectiviteit van de behandeling te beoordelen
- Vervolgstappen om tot het opzetten van een groepsbehandeling te komen
- Algemene aanbevelingen

Topiclijst interview coördinator:

- Beschrijving rol coördinator
- In kaart brengen verschillende betrokken partijen
 - o Verwijzers
 - o Verschil PRB en enkelvoudige verwijzingen
 - o Reumatologen
 - o (plastisch) chirurgen
 - o Therapeuten
 - o Overige partijen?
- Bestuurslagen
- Mogelijk andere betrokkenen?
- Contacten tussen de verschillende partijen
- Verwijzingen
- Persoonlijke visie op het plan een groepsbehandeling te starten
- Vervolgstappen om tot een groepsbehandeling te komen
- Algemene aanbevelingen
- Manieren om de effectiviteit van de behandeling te beoordelen

6.3 Topiclijst Focusgroep

- Mening over plan zoals het nu bestaat (mogelijke aanvullingen?)
 - 4-5 behandelingen
 - Gewrichtsbeschermende principes
 - Ergonomische adviezen
 - Oefeningen
 - Spalktherapie
 - Spalk aanmeten
 - Controle/bijstellen
 - Nog een controle indien nodig
 - 6-8 patiënten per groep
 - 2 therapeuten
- Mogelijke risico's aan deze manier van behandelen?
- Criteria deelname aan de groep
 - Redenen voor weigering deelname
- Ervaring opzetten andere groepen
 - Valkuilen
 - Tips
 - Succesfactoren

Optioneel:

Hoe zou er verwezen moeten worden om de juiste patiënten op de juiste manier in de groep te krijgen?

- PRB of enkelvoudig?
- Direct naar ET?
- Via reval-arts?
- Vanuit welke verwijzers?
- Hoe bepaal je de effectiviteit van een groepsbehandeling?
- Voordelen van een groep t.o.v. individueel?
- Stappen die doorlopen moeten worden voor de groep gestart kan worden
- Hoe kan het contact met de verwijzers worden geregeld zodat ze op de juiste manier verwijzen?
- Is een verhoging van de efficiëntie een verhoging van kwaliteit van zorg? Waarom wel/niet? Huidige behandeling CMC-1 en Handartrose (kort).