

## **Hallux valgus**

# Inhoudsopgave

<b>Hallux valgus</b>	1
<b>Inhoudsopgave</b>	2
<b>Diagnostiek bij hallux valgus</b>	3
Uitgangsvraag	3
Aanbeveling	3
<b>Indicatiestelling voor hallux valgus chirurgie</b>	4
Uitgangsvraag	4
Aanbeveling	4
<b>Conservatieve behandelmethoden van primair aanwezige hallux valgus</b>	5
Uitgangsvraag	5
Aanbeveling	5
<b>Aanbevolen chirurgische technieken voor de correctie van verschillende gradaties van hallux valgus</b>	6
<b>Aanbevolen chirurgische technieken voor de correctie van een primaire milde hallux valgus</b>	7
Uitgangsvraag	7
Aanbeveling	7
<b>Aanbevolen chirurgische technieken voor de correctie van een primaire matige hallux valgus</b>	8
Uitgangsvraag	8
Aanbeveling	8
<b>Aanbevolen chirurgische technieken voor de correctie van een primaire ernstige hallux valgus</b>	9
Uitgangsvraag	9
Aanbeveling	9
<b>Minimaal invasieve techniek bij de hallux valgus</b>	10
Uitgangsvraag	10
Aanbeveling	10
<b>Anesthesie bij chirurgische ingreep hallux valgus</b>	11
Uitgangsvraag	11
Aanbeveling	11
<b>Nabehandeling na chirurgische correctie hallux valgus</b>	12
<b>De aanbevolen nabehandeling na hallux valgus chirurgie</b>	13
Uitgangsvraag	13
Aanbeveling	13
<b>De waarde van radiologische follow up na hallux valgus chirurgie</b>	14
Uitgangsvraag	14
Aanbeveling	14
<b>De inzet van paramedische behandeling bij hallux valgus</b>	15
Uitgangsvraag	15
Aanbeveling	15
<b>Informatie voor patiënt bij hallux valgus</b>	16
Uitgangsvraag	16
Aanbeveling	16
<b>Organisatie van de zorg voor hallux valgus</b>	18
<b>De criteria voor de eerste lijn voor de verwijzing van een patiënt met hallux valgus</b>	19
Uitgangsvraag	19
Aanbeveling	19
<b>Aan welke kwalificaties een chirurg die hallux valgus chirurgie uitvoert zou moeten voldoen</b>	20
Uitgangsvraag	20
Aanbeveling	20

---

## Diagnostiek bij hallux valgus

### Uitgangsvraag

Wat is de waarde van klinisch, radiologisch (HVA, DMAA, IMA) en echo-onderzoek bij diagnostiek van hallux valgus in de tweede lijn?

### Aanbeveling

Maak een belaste AP en belaste laterale opname (zie tabel 3.1, figuur 3.2 en 3.3). Meet hierbij de HVA, IMA, IPA en DMAA.

Maak een driekwart opname wanneer er verdenking is op degeneratieve veranderingen in Lisfranc, de overige middenvoet, of MTP I.

Maak een tangentele (skyline) opname wanneer de mate van (sub)luxatie van de sesamoidea beoordeeld dienen te worden.

Wellicht is er in de toekomst plaats voor echo als aanvullende diagnostiek, maar op dit moment is dat nog niet zo.

---

Autorisatie datum: 23-06-2015

## Indicatiestelling voor hallux valgus chirurgie

### Uitgangsvraag

Wat zijn de indicaties en contra-indicaties voor chirurgische ingreep van hallux valgus?

### Aanbeveling

Wanneer conservatieve behandeling onvoldoende resultaat heeft gehad (persisterende functionele beperking en pijnklachten) is er een operatie indicatie.

Wanneer voor een chirurgische techniek is gekozen waarbij belaste mobilisatie mogelijk is bespreek dan een bilaterale procedure.

Bij een hallux valgus met een klinische verdenking op een beginnende artrose is chirurgische correctie van de hallux valgus geïndiceerd.

Bij co-morbiditeit met de volgende compromitterende factoren: diabetes mellitus, neuropathische voet, reumatoïden artritis, vaat pathologie en roken is bij het stellen van een operatie indicatie voor een hallux valgus terughoudendheid geboden.

Om een effectieve en succesvolle behandeling van de hallux valgus te bereiken is het belangrijk dat er consensus bestaat over de mate van de hallux valgus afwijking. Afhankelijk van de ernst van de hallux valgus afwijking kan dan voor de meest optimale chirurgische techniek gekozen worden. Uit literatuur is geen eenduidigheid verkregen om de ernst van de hallux valgus in maat en getal uit te drukken. Daarom kan de werkgroep hierin alleen tot een aanbeveling komen aan de hand van expert opinion; er is besloten om de volgende indeling te adviseren. Hierbij is het van belang op te merken dat de indeling in deze categoriën niet absoluut is, en deze indeling bedoeld is als leidraad:

- milde hallux valgus wordt gedefinieerd door een intermetatarsale hoek (IMA) van minder dan  $13^\circ$  en een hallux valgus hoek (HVA) van minder dan  $19^\circ$ ;
- matige hallux valgus wordt gedefinieerd door een IMA van  $14^\circ$  tot  $20^\circ$  en een HVA van  $20^\circ$  tot  $40^\circ$ ;
- ernstige hallux valgus wordt gedefinieerd door een IMA van  $>20^\circ$  en een HVA van  $>40^\circ$  (Robinson, 2005).

(gebaseerd op de afwijking gemeten op belaste AP röntgenfoto's zoals beschreven in de module 'Diagnostiek bij hallux valgus').

Autorisatie datum: 23-06-2015

## Conservatieve behandelmethoden van primair aanwezige hallux valgus

### Uitgangsvraag

---

Welke conservatieve behandeling van hallux valgus heeft de voorkeur?

### Aanbeveling

---

Zet schoenaanpassingen van confectieschoenen of (semi)orthopedische schoenen in bij patiënten met een symptomatische milde tot matige hallux valgus waarbij de schoenbreedte en hakhoogte een rol spelen bij de ontwikkeling van pijnklachten.

Zet functionele voetortheses, schoenadviezen of schoenaanpassingen in bij patiënten met een symptomatische milde tot matige hallux valgus waarbij intrinsieke factoren in de voet (zoals pronatie en/of hypermobiliteit) meespelen in de pijnklachten met als doel de pijnvermindering op korte termijn.

Overweeg voor deze patiënten oefentherapie bestaande uit proprioceptie training en training van stabiliteit in het TMT I en de sub- en midtarsale gewrichten en kracht van de in- en extrinsieke voetmusculatuur.

Overweeg bij patiënten met een symptomatische milde tot matige hallux valgus en irritaties aan de huid interdigitaal een interdigitale siliconen orthese ter protectie van de huid zodat pijnklachten verminderen.

Overweeg bij patiënten met een symptomatische milde tot matige hallux valgus en een musculaire of capsulaire dorsaalflexie beperking in het bovenste sprong gewricht fysiotherapeutische en/of manueel therapeutische behandeling eventueel aangevuld met een aanpassing van het schoeisel (hakverhoging).

Overweeg bij patiënten met een symptomatische milde tot matige hallux valgus mobilisatie van het MTP I gewricht ter vermindering van pijn en verbetering van de voetfunctie. Wanneer er binnen een maand geen behandelresultaat meetbaar is moet worden uitgezien naar andere behandelmodaliteiten.

Gebruik bij voorkeur geen nachtsplanken en tape als standaardtherapie voor patiënten met een hallux valgus.

---

Autorisatie datum: 23-06-2015

## Aanbevolen chirurgische technieken voor de correctie van verschillende gradaties van hallux valgus

Er zijn in de literatuur een aantal oorzaken voor halluces valgi beschreven, zoals de idiopathische hallux valgus, de juveniele hallux valgus, of de hallux valgus als gevolg van een neurologische of reumatische aandoening. Daarnaast kan er bij een hallux valgus artrose in het MTP I gewricht aanwezig zijn, of niet. Er kunnen andere (voor) voetklachten ontstaan als gevolg van een hallux valgus. In deze (sub)modules hebben we vooral gekeken naar de ernst van de deformiteit van de hallux valgus, en niet naar de oorzaak van de deformiteit of de bijkomende klachten bij het bepalen van de voorkeurs ingreep voor de hallux valgus.

Het doel van de operatieve behandeling van een hallux valgus is het verminderen van de pijnklachten, het herstel van een normale functie van de eerste straal, en het creëren van een langdurig cosmetisch acceptabel resultaat.

Het herstel van de functie van de eerste straal bestaat uit het terugbrengen van de congruentie van het MTP I complex, en het uitlijnen van de hallux in de richting van de voortbeweging. De cosmetische correctie bestaat uit het opheffen van de mediale prominentie aan de mediale zijde van de hallux, en de hallux parallel aan de tweede teen te plaatsen. Een succesvolle operatieve correctie van de hallux valgus is afhankelijk van de postoperatieve stand van de grote teen en het verkrijgen van de juiste intermetatarsale hoek tussen MT I en II. Daarnaast is het belangrijk de preoperatieve functie van het MTP I gewricht zo veel als mogelijk te behouden.

Er zijn ongeveer 120 operatietechnieken beschreven voor de behandeling van symptomatische hallux valgus, waarvan er in Nederland op dit moment veel verschillende operatietechnieken in gebruik zijn (Deenik et al., 2008). Voor het uitwerken van de literatuur voor deze (sub)modules is een keuze gemaakt voor technieken die veel gepraktiseerd worden in Nederland en Europa. De werkgroep realiseert zich dat hiermee andere technieken niet meegenomen zijn (waaronder bijvoorbeeld de Mitchell osteotomie).

Het is onduidelijk wat de effectiviteit van de verschillende operatietechnieken is. Er is daarom behoefte aan een overzicht van de effectiviteit van de verschillende technieken om een indicatie te geven voor de keuze van een bepaalde operatietechniek voor een bepaalde patiënt.

De beslissing welke operatietechniek gebruikt moet worden, moet beginnen met begrip dat niet alle halluces valgi aan elkaar gelijk zijn. Vele verschillende factoren moeten worden overwogen bij de beoordeling van de misvorming. Hierbij worden vaak de hallux valgus hoek (HVA), intermetatarsale hoek (IMA), distale metatarsale articulaire hoek (DMAA), de Interphalangeale hoek (IPA) en tarsometatarsale hoek (TMA) gebruikt om verschillende typen hallux valgus te identificeren. Over het algemeen wordt milde tot matige hallux valgus behandeld met distale osteotomie, en matig tot ernstige hallux valgus met een meer proximale metatarsale osteotomie omdat het een grotere correctie in de hoek mogelijk maakt.

Om de uitgangsvraag 'Welke chirurgische ingreep heeft de voorkeur voor de behandeling van patiënten met een hallux valgus?' te kunnen beantwoorden is de vraag in drie subvragen opgedeeld, en is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende wetenschappelijke vraagstelling(en):

- Wat zijn de voordelige en nadelige effecten van chirurgische ingreep (Chevron osteotomie, Wilson, Hohmann, Scarf allen met/zonder DSTP) van hallux valgus voor patiënten met een primaire milde hallux valgus?
- Wat zijn de voordelige en nadelige effecten van chirurgische ingreep (proximale osteotomie, distale osteotomie, Scarf) van hallux valgus voor patiënten met een primaire matige hallux valgus?
- Wat zijn de voordelige en nadelige effecten van chirurgische ingreep (Lapidus, dubbel osteotomie, artrodese, Scarf) van hallux valgus voor patiënten met een primaire ernstige hallux valgus?

In de submodules wordt een overzicht van de literatuur gegeven over de effecten van verschillende operatietechnieken die worden ingezet voor de milde, matige en ernstige hallux valgus. En op basis van de literatuur en expert opinie van de werkgroep komen tot een behandelalgoritme. Zie hiervoor (ook) de module '[Indicatiestelling](#)'.

Autorisatie datum: 23-06-2015

## Aanbevolen chirurgische technieken voor de correctie van een primaire milde hallux valgus

### Uitgangsvraag

Wat zijn de voordelige en nadelige effecten van chirurgische ingreep (Chevron osteotomie, Wilson, Hohmann, Scarf allen met/zonder DSTP) van hallux valgus voor patiënten met een primaire milde hallux valgus?

### Aanbeveling

Gebruik het algoritme (aanverwant) voor de keuze van de operatietechniek.

Bij de keuze van een chirurgische techniek voor de milde hallux valgus lijkt de Chevron techniek een lichte voorkeur te hebben boven andere technieken.

De Akin is bedoeld om een hallux valgus interphalangeus te corrigeren. De Akin kan ook gebruikt worden indien er bij de metatarsale osteotomie onvoldoende correctie verkregen is. Het doen van een Akin bij een onvoldoende correctie van de metatarsale osteotomie verlaagt waarschijnlijk niet de kans op een recidief hallux valgus.

Wees spaarzaam met proximale osteotomiën voor de operatieve behandeling van een milde hallux valgus.

Doe een DSTP uitsluitend bij een incongruentie van het MTP I gewricht.

Zorg voor een voldoende dragende eerste straal door de metatarsaal niet te sterk te verkorten. Indien toch verkorting optreedt zorg voor voldoende plantairflexie.

Overweeg bij toegenomen DMAA biplane Chevron of correctie met scarf osteotomie.

Autorisatie datum: 23-06-2015

## Aanbevolen chirurgische technieken voor de correctie van een primaire matige hallux valgus

### Uitgangsvraag

Wat zijn de voordelige en nadelige effecten van chirurgische ingreep (proximale osteotomie, distale osteotomie, Scarf) van hallux valgus voor patiënten met een primaire matige hallux valgus?

### Aanbeveling

Gebruik het algoritme (aanverwant) voor de keuze van de operatietechniek.

Bij patiënten met een matige hallux valgus heeft een distale osteotomie (Chevron, Scarf osteotomie) de voorkeur. Op basis van de literatuur is er geen aanbeveling te doen voor een specifieke techniek.

Wees spaarzaam met proximale osteotomiën voor de operatieve behandeling van een matige hallux valgus.

Voer bij matige hallux valgus alleen DSTP uit indien er sprake is van incongruentie van het MTP 1 gewicht.

Zorg voor een voldoende dragende eerste straal door de metatarsaal niet te sterk te verkorten. Indien toch verkorting optreedt zorg voor voldoende plantairflexie.

De Akin is bedoeld om een hallux valgus interphalangeus te corrigeren. De Akin kan ook gebruikt worden indien er bij de metatarsale osteotomie onvoldoende correctie verkregen is. Het doen van een Akin bij een onvoldoende correctie van de metatarsale osteotomie verlaagt waarschijnlijk niet de kans op een recidief hallux valgus.

Overweeg in geval van een vergrote DMAA (bij juveniele hallux valgus) het corrigeren van de DMAA (bijvoorbeeld door een biplane osteotomie).

Overweeg in geval van transfer metatarsalgie een techniek die de 1e straal ook plantair flecteert, waardoor deze meer dragend wordt.

---

Autorisatie datum: 23-06-2015



## Aanbevolen chirurgische technieken voor de correctie van een primaire ernstige hallux valgus

### Uitgangsvraag

Wat zijn de voordelige en nadelige effecten van chirurgische ingreep (Lapidus, dubbel osteotomie, artrodese, Scarf) van hallux valgus voor patiënten met een primaire ernstige hallux valgus?

### Aanbeveling

Gebruik het algoritme (aanverwant) voor de keuze van de operatietechniek.

Bij patiënten met een ernstige hallux valgus heeft een Scarf osteotomie, proximale osteotomie, dubbel osteotomie of MTP-1 artrodese (eventueel TMTI artrodese) de voorkeur.

De Lapidus (TMT1 artrodese) is een techniek die overwogen kan worden wanneer een proximale correctie nodig is, in het bijzonder bij de aanwezigheid van een knikplatvoet, TMT 1 artrose en instabiliteit van het TMT 1 gewricht.

Zorg bij een proximale osteotomie voor een stabiele fixatie en een anatomische positie van TMT-1.

Plaats het MTP I gewricht zo veel als mogelijk terug naar de natuurlijke plaats (dit is boven de sesamoidea).

Gebruik een techniek die de functie van het MTP-1 gewricht niet onnodig nadelig beïnvloedt.

Zorg voor een voldoende dragende eerste straal door de metatarsaal niet te sterk te verkorten. Indien toch verkorting optreedt zorg voor voldoende plantairflectie.

De Akin is bedoeld om een hallux valgus interphalangeus te corrigeren. De Akin kan ook gebruikt worden indien er bij de metatarsale osteotomie onvoldoende correctie verkregen is. Het doen van een Akin bij een onvoldoende correctie van de metatarsale osteotomie verlaagt waarschijnlijk niet de kans op een recidief hallux valgus.

Voer bij ernstige hallux valgus alleen DSTP uit indien er sprake is van incongruentie van het MTP 1 gewicht.

Overweeg in geval van transfer metatarsalgie een techniek die de 1e straal ook plantair flecteert, waardoor deze meer dragend wordt.

Autorisatie datum: 23-06-2015

## Minimaal invasieve techniek bij de hallux valgus

### Uitgangsvraag

---

Wat is de effectiviteit en veiligheid van de “minimaal invasieve techniek”?

### Aanbeveling

---

Aangezien nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan is naar minimaal invasieve technieken voor de correctie van hallux valgus, dient deze techniek vooralsnog alleen gebruikt worden in onderzoeksverband.

Er wordt geadviseerd om ten minste de GRECMIP cursus te volgen en af te ronden voordat de operateur de techniek volgens boven beschreven voorwaarden in de praktijk gaat toepassen.

---

Autorisatie datum: 23-06-2015

---

## Anesthesie bij chirurgische ingreep hallux valgus

### Uitgangsvraag

Wat is de effectiviteit (pijn (scores), bijwerkingen, ontslagtijd, kosten, patiënttevredenheid, opioïd consumptie)) van zenuwblokkade versus spinale anesthesie en algehele anesthesie bij chirurgische ingreep van hallux valgus?

### Aanbeveling

Pas voor hallux valgus chirurgie bij voorkeur een anesthesievorm toe die gebruik maakt van zenuw (poplitea, enkel, midvoet) blokkade, al dan niet in combinatie met algehele of spinale anesthesie.

Overweeg postoperatief vragenlijsten (na 6 en/of 12 maanden).

---

Autorisatie datum: 23-06-2015

## Nabehandeling na chirurgische correctie hallux valgus

Er zijn verschillende operatietechnieken voor de correctie van een hallux valgus. Ook de nabehandeling varieert, van lopen met elleboogkrukken tot een gipsschoen. Er wordt verschillend gedacht over de waarde van het nemen van postoperatieve röntgen foto's, de frequentie hiervan en het inschakelen van fysiotherapeut, ergotherapeut, podotherapeut, registerpodoloog en orthopedisch schoenmaker.

In deze modules zal de effectiviteit van verschillende manieren van nabehandeling worden beschreven met als doel eenduidigheid in beleid op basis van onderzoek.

---

Autorisatie datum: 23-06-2015

## De aanbevolen nabehandeling na hallux valgus chirurgie

### Uitgangsvraag

---

Welke nabehandeling na chirurgische hallux valgus correctie heeft de voorkeur?

### Aanbeveling

---

#### **Patiënten met MT1 correctie osteotomie**

Geef bij voorkeur direct postoperatief verband in combinatie met achtervoetloopschoen. En na eerste postoperatieve controle (afneembaar) voorvoetgips (spica) in combinatie met achtervoetloopschoen.

Geef indien complicaties optreden (zoals het uitbreken van osteosynthesemateriaal of moeizame consolidatie) bij voorkeur een vast voorvoetgips voor ten minste zes weken na de ingreep.

Overweeg bij (oudere) patiënten met een beperking en/of comorbiditeit, en patiënten die slecht instrueerbaar zijn een gipsschoen met teenbrug of spica en platte loopzool gedurende zes weken, waarvan de eerste twee weken onbelast.

#### **Patiënten met MTP1 artrodese**

Geef bij voorkeur de patiënt direct postoperatief een gipsschoen met teenbrug of met spica of een verband (afhankelijk van het gebruikte fixatie materiaal onbelast) tot één tot twee weken postoperatief.

Laat de patiënt één tot twee weken na OK terug komen voor gipswissel naar belastbaar gips, wondinspectie en zo nodig verwijderen hechtingen. Start daarna opbouwend met belasten op geleide van de pijn.

Na radiologische bevestiging van consolidatie kan gips worden verwijderd en worden begonnen met belasten.

#### **Patiënten met TMT-1 artrodese (Lapidus)**

Geef de patiënt bij voorkeur direct postoperatief een onderbeengips (achterspalk) met teenplateau voor ten minste één tot twee weken postoperatief.

Laat de patiënt één tot twee weken na OK terug komen voor gipswissel naar belastbaar gips, wondinspectie en zo nodig verwijderen hechtingen. Start daarna opbouwend met belasten op geleide van de pijn.

Na radiologische bevestiging van consolidatie kan gips worden verwijderd en worden begonnen met belasten (op zijn vroegst zes weken postoperatief).

---

Autorisatie datum: 23-06-2015

## De waarde van radiologische follow up na hallux valgus chirurgie

### Uitgangsvraag

---

Wat is de waarde van radiologische follow up na hallux valgus chirurgie?

### Aanbeveling

---

Maak na een chirurgische correctie van een hallux valgus bij voorkeur peroperatief (of direct postoperatief) een onbelaste röntgenfoto.

Maak na ten minste zes tot acht weken een belaste foto om te bepalen of er sprake is van consolidatie.

Indien er bij de nacontrole op zes tot acht weken nog geen sprake is van consolidatie, of wanneer er sprake is van aanhoudende klachten (pijn en functieverlies) dient de patiënt na zes weken tot drie maanden opnieuw gecontroleerd te worden en dient een nieuwe röntgenopname te worden gemaakt.

Voor de eerste lijn:

Verwijs een patiënt terug voor hernieuwde controle indien er sprake is van:

- toenemende pijn of blijvende pijn langer dan drie maanden na de operatie;
- aanwezigheid van zwelling en roodheid of andere ontstekingsverschijnselen, zoals koorts;
- niet afnemende of toenemende stijfheid van het MTP gewricht (bijvoorbeeld op basis van het ontstaan van artrose van het MTP1 dan wel ontstaan van avasculaire necrose);
- verandering van stand van de grote teen;
- klachten van het osteosynthese materiaal.

---

Autorisatie datum: 23-06-2015

## De inzet van paramedische behandeling bij hallux valgus

### Uitgangsvraag

---

Wanneer is de inzet van paramedische behandeling wenselijk?

### Aanbeveling

---

Bij patiënten met een (te verwachten) normaal postoperatief en ongecompliceerd beloop is er geen indicatie voor nazorg.

Indien sprake is van preoperatieve hypermobiliteit gepaard met overmatige pronatie is verwijzing naar fysiotherapeut, ergotherapeut, orthopedisch schoenmaker, podotherapeut of registerpodoloog op zijn plaats.

Verwijs naar de genoemde disciplines als er sprake is van een afwijkend beloop of complicaties:

Kort na operatie:

- naar fysiotherapeut wanneer patiënt niet zelfstandig kan lopen/transfers kan maken.

Na controle bij de specialist:

- naar fysiotherapeut bij aanhoudende problemen mobiliteit en functies (mits de consolidatie goed verloopt);
- naar fysiotherapeut en ergotherapeut bij CRPS-I (zie voor doorverwijzing richtlijn CRPS);
- naar een podotherapeut of registerpodoloog bij afwijkingen in het looppatroon en/of pijn in MTP-1 of omliggende gewrichten door recidief hallux valgus, transfer metatarsalgie, abnormale stand van de voet en/of tenen en schoenpas problemen;
- naar orthopedisch schoenmaker bij blijvende pijn, afwikkelp Problemen en schoenpasproblemen waarbij ADL schoeisel niet afdoende is;
- naar ergotherapeut bij langer durende complicaties, aanhoudende beperkingen of transferproblemen.

Voorzie de zorgverlener waar naar verwezen wordt van informatie over:

- de aandoening van de patiënt;
- de soort ingreep;
- aanvullende informatie als de beperking ten aanzien van belasting en beperking ten aanzien van mobiliseren MTP I.

---

Autorisatie datum: 23-06-2015

## Informatie voor patiënt bij hallux valgus

### Uitgangsvraag

Welke informatie dient voorafgaande aan- en rondom een hallux valgus operatie te worden verstrekt aan de patiënt?

### Aanbeveling

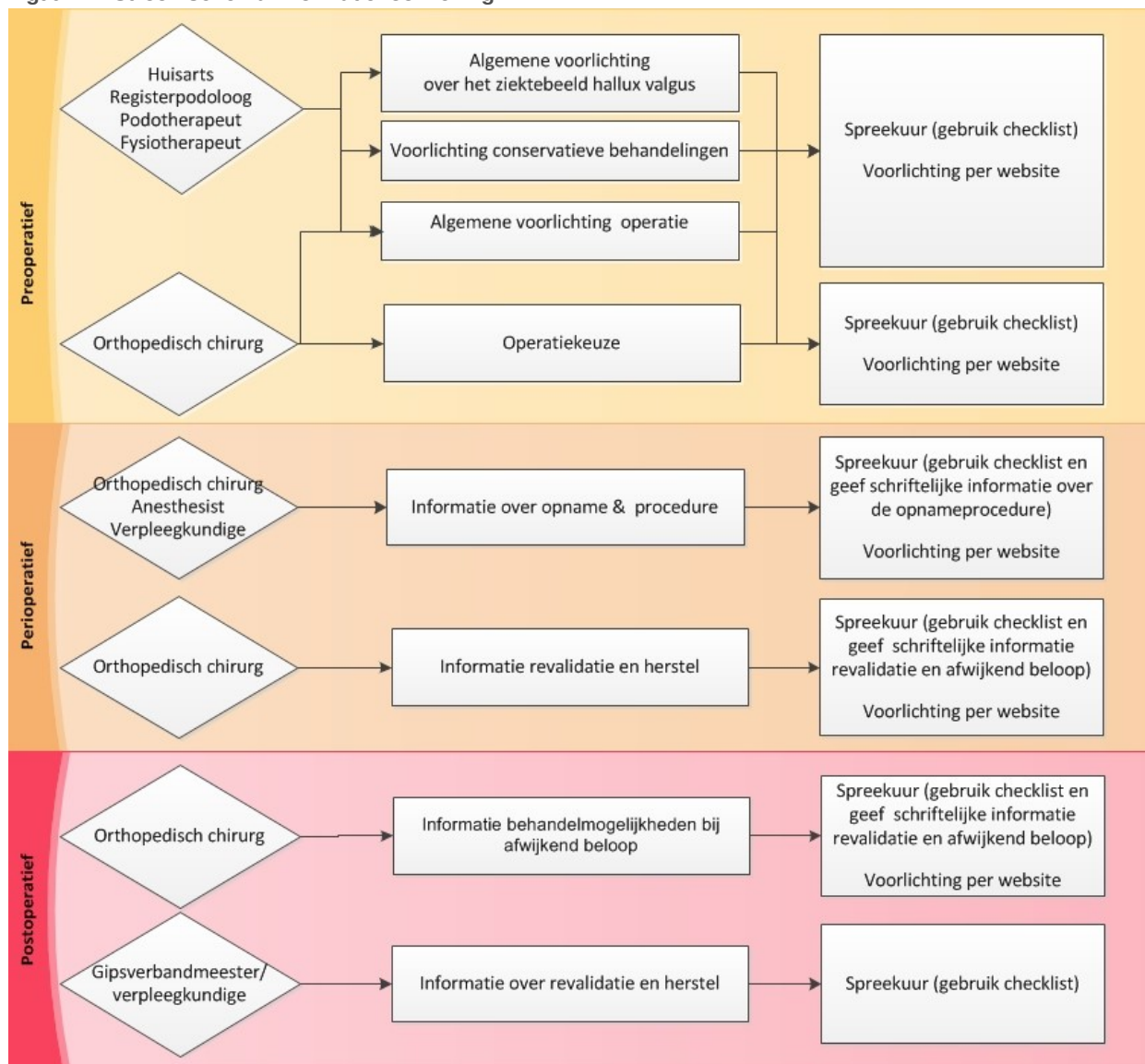
Gebruik bij voorkeur het stroomschema (figuur 7.1 stroomschema informatievoorziening) en de checklist (aanverwant 'Checklist informatievoorziening patiënt') bij de informatievoorziening naar de patiënt in de spreekkamer.

De informatievoorziening naar de patiënt dient bij voorkeur audiovisueel aangeboden te worden via internet in dit geval de websites van de betrokken beroepsverenigingen. De beroepsverenigingen dienen bij de ontwikkeling van deze informatie een leidende rol te spelen en de inhoud onderling op elkaar af te stemmen.

Geef de procedure ziekenhuisopname ook op schrift mee aan de patiënt.

Geef de informatie over postoperatief herstel/revalidatie en de informatie voor een afwijkend beloop op schrift mee aan de patiënt (zie aanverwant 'Tijdschema en afwijkend verloop').

Figuur 7.1 Stroomschema informatievoorziening





Autorisatie datum: 23-06-2015

## Organisatie van de zorg voor hallux valgus

Onder 'organisatie van zorg' wordt verstaan "alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur)". In de voorbereidingsfase van deze richtlijn kwamen op de invitationale conference en in de focusgroep met patiënten als well in de discussie binnen de richtlijnwerkgroep een aantal knelpunten ten aanzien van de organisatie van zorg rondom de hallux valgus naar voren (zie aanverwanten '*Verslag patiëntengroep*' en '*Verslag invitationale conference richtlijn hallux valgus*'). De volgende knelpunten zullen in deze module worden uitgewerkt:

- doorverwijzing van de eerste naar de tweede lijn en diagnostiek in de eerste lijn;
- de kwalificatie van de chirurg.

Over de communicatie naar- en met de patiënt is in deze richtlijn een aparte module opgenomen (zie module '*Informatie voor patiënt bij hallux valgus*').

---

Autorisatie datum: 23-06-2015

---

## De criteria voor de eerste lijn voor de verwijzing van een patiënt met hallux valgus

### Uitgangsvraag

---

Wat zijn voor de eerste lijn de criteria voor verwijzing van een patiënt met hallux valgus?

### Aanbeveling

---

Verwijs de patiënt door naar de tweede lijn:

- bij pijn gerelateerd aan de hallux valgus én indien optimale conservatieve behandeling zonder succes doorlopen is;
- overweeg eerdere verwijzing van een hallux valgus:
  1. bij het optreden van pijn in het MTP 2;
  2. bij het optreden van pijnklachten elders in het lichaam door een afwijkend looppatroon als gevolg van de hallux valgus.

Verwijs de patiënt niet voor chirurgische behandeling aan de hand van uitsluitend esthetische problematiek.

Röntgen opnames of echografie in de eerste lijn in het kader van verwijzing naar de tweede lijn worden niet aanbevolen.

---

Autorisatie datum: 23-06-2015

## Aan welke kwalificaties een chirurg die hallux valgus chirurgie uitvoert zou moeten voldoen

### Uitgangsvraag

---

Aan welke kwalificaties zou een chirurg die hallux valgus chirurgie uitvoert moeten voldoen?

### Aanbeveling

---

De orthopeed heeft een specifieke belangstelling en vaardigheid, aantoonbare ervaring of certificering door bijvoorbeeld DOFAA (voet en enkel cursus) op het gebied van hallux valgus chirurgie.

Het gebruik van PROM's pre- en postoperatief wordt aanbevolen. De MOxFQ als PROM binnen de hallux valgus chirurgie lijkt veelbelovend, maar is nog niet in het Nederlands beschikbaar.

Het is wenselijk dat de hallux valgus chirurgie in het normenrapport van de NOV onder categorie 4 (medium complex en medium volume) wordt ondergebracht.

---

Autorisatie datum: 23-06-2015