

Cognitieve problematiek bij patiënten met een (been)amputatie: een onderbelicht onderwerp

Tekst: Meike Swinkels

‘Cognitieve problematiek bij patiënten met een beenamputatie?’, horen we je nu denken. Het antwoord is: ‘Ja!’. Het is een veelvoorkomend probleem. Maar de patiënt heeft vooral last van het feit dat wij hier als medici en paramedici nog nauwelijks aandacht voor hebben. Hoe geef je cognitie een vaste plek binnen de dagelijkse praktijk van de amputatie-revalidatie?



Meike en cliënt

Waar begin je met zoeken naar mogelijkheden als je cognitieve problematiek constateert bij patiënten met een beenamputatie? In de richtlijn natuurlijk. Maar in de richtlijn Amputatie en Prothesiologie wordt wel een pleidooi gehouden voor aanvullende diagnostiek ten aanzien van cognitie en/of leervermogen, maar er wordt niet omschreven welke diagnostiek aangeraden wordt of hoe je dit toepast in een behandeltraject. Dan maar de wetenschappelijke literatuur raadplegen? Ook in de literatuur is het niet veel anders: het

belang is duidelijk beschreven, maar de uitvoering blijft uit. Hierdoor is er sprake van een ‘practical gap’¹, die verkleind moet worden.

Hoe geef je cognitie een vaste plek binnen de dagelijkse praktijk van de amputatie-revalidatie? In dit artikel lees je hoe Libra Revalidatie dit heeft aangepakt door middel van een participatief actie onderzoek (PAO). We hopen dat dit andere ergotherapeuten en organisaties inspireert om met dit belangrijke onderwerp aan de slag te gaan.

De theorie in een notendop

Een beenamputatie is in ruim 95% van de gevallen een gevolg van perifere arterieel vaatlijden (PAV) en/of diabetes mellitus (DM).² DM versnelt de veroudering in de hersenen. Dit leidt mogelijk tot beschadiging van de kleinste bloedvaatjes, wordt in verband gebracht met versnelde achteruitgang van het cognitief functioneren en met een verhoogde kans op dementie.³ Mensen met PAV hebben vaker niet-geïdiagnosticeerde cognitieve problemen dan gezonde mensen.⁴ Doordat PAV en/of DM de meest voorkomende oorzaken van een amputatie zijn, heeft deze groep vaker te maken met cognitieve problemen.⁵ Door deze problemen gebruiken zij ook vaker een hulpmiddel met lopen, hebben zij een slechtere mobiliteit en een slechtere gezondheid. Hierdoor ervaren zij vaker verlies van onafhankelijkheid en beperkingen in het dagelijks leven.^{6,7,8}

Cognitieve problemen hebben impact op de revalidatiebehandeling die mensen met een amputatie vaak krijgen. De problemen worden vaak niet of laat herkend, terwijl ze een negatieve impact kunnen hebben op therapietrouw, herstel van mobiliteit, een succesvolle prothese aanpassing en zelfstandigheid in het dagelijks leven.^{6,7} Binnen het revalidatietraject is het dan ook belangrijk om het cognitief profiel in kaart te brengen, om het traject zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de patiënt en succesvol te laten verlopen.⁷

Context project

Libra Revalidatie & Audiologie biedt specialistische revalidatie en audiologische zorg in Brabant en Noord- en Midden-Limburg (Tilburg, Eindhoven, Weert). Op alle locaties behandelen we patiënten met een (been)amputatie door verschillende oorzaken, zoals trauma's, oncologie en de voornaamste groep: DM en/of PAV. Het behandelteam bestaat uit revalidatieartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, psychologen, bewegingsagogen en verpleegkundigen. De doelgroep wordt klinisch en poliklinisch behandeld. De behandeling is gericht op het zo zelfstandig mogelijk functioneren zonder en/of met prothese.

Behandeling vóór het project

De behandeling binnen Libra bestond uit een diagnostische fase met een intake revalidatiearts, fysiotherapeutisch onderzoek, intake ergotherapie en intake maatschappelijk werk. De behandelfase bestond uit therapie in groepsverband in de vorm van een amputatieloopgroep en conditiegroep. Individuele therapie bestond uit ergotherapie, maatschappelijk werk en/of psychologische hulpvraag/ondersteuning. Vóór het project bestond de diagnostische fase uit een voornamelijk fysieke observatie. Andere observaties werden gekenmerkt als 'gedrag' en 'passend bij de doelgroep'.

Tijdens de behandelfase werd gebruik gemaakt van een informatiemap. Hierin is informatie te vinden over verschillende belangrijke onderwerpen bij een amputatie, maar niet over cognitie.

Proces PAO

Voor het revalidatieteam was het belang van een vaste plek voor cognitie in de revalidatiebehandeling duidelijk. Maar hoe pak je dat aan? Om vast te stellen hoe cognitie een vaste plek kon krijgen in de revalidatiebehandeling werd een Participatief Actie Onderzoek (PAO)⁹ gestart, ondersteund door de veranderstappen van Kotter voor een succesvolle



Figuur 1. PAO en Kotter Fases

implementatie.¹⁰ In *Figuur 1* zijn alle stappen van het PAO uitgewerkt. Het PAO-onderzoek was participatief en iteratief van aard. Alle fases zijn samen met een project- en klankbordgroep doorlopen.

Ten behoeve van de diagnostische- en ontwikkelfase zijn er verschillende focusgroepen gehouden met het revalidatieteam, patiënten met een beenamputatie en partners van patiënten met een beenamputatie. Het doel van de focusgroep met het revalidatieteam was om te achterhalen welke verbeterpunten er zijn in de huidige werkwijze in de revalidatie en wat zij nodig hebben om deze verbeteringen te realiseren.

De focusgroepen met de patiënten en partners waren gericht op het onderzoeken van cognitieve problematiek in de revalidatiebehandeling en hoe zij de huidige revalidatie ervaren. Uit alle focusgroepen kwam duidelijk naar voren dat er een kennistekort of beperkt inzicht is over het onderwerp 'cognitieve problematiek' bij een patiënt met een amputatie. Het revalidatieteam, de patiënten en partners waren minimaal op de hoogte van deze problematiek. Een fysiotherapeut verwoordde het als volgt: *"Ik voel mij niet vaardig in dit onderwerp, ik heb te weinig kennis waardoor ik ook niet weet hoe ik hier op moet letten."*

De patiënten en diens partners reageerden geschokt dat het onderwerp nooit benoemd was door artsen of behandelaren. Opmerkelijk was dat zij bij zichzelf naar eigen zeggen geen cognitieve problemen ervaarden, terwijl deze wel geobserveerd werden door de onderzoekers.

In de ontwikkel- en actiefase zijn de volgende actiepunten opgesteld en opgepakt, gericht op de behandelwijze van Libra:

- Ontwikkelen van scholing voor behandelaren over cognitieve problematiek bij patiënten met een amputatie.
- Een meetinstrument implementeren in de diagnostische fase van de revalidatie en de diagnostische fase van de revalidatie herzien.
- Werkwijze revalidatieteam veranderen.
- Herontwerpen van de informatiemap voor patiënten, zodat er informatie over cognitieve problematiek is opgenomen en de huidige informatie in begrijpelijke taal is geschreven.
- Psycho-educatie ontwikkelen voor patiënt en naasten.
- Patiënt en partner meer betrekken bij de revalidatie.

Deze actiepunten zijn opgepakt en uitgewerkt door de projectgroep en voorgelegd aan de klankbordgroep vóór implementatie.

Hoe werkt dit in de praktijk?

De aangepaste ontwikkelingen zijn als volgt:

1a. Meetinstrument implementeren in de diagnostische fase

De nieuwe diagnostische fase bevat een driepuntsscreening op cognitieve problematiek. Nadat de revalidatiearts een revalidatie-indicatie heeft afgegeven wordt de patiënt gezien door de fysiotherapeut, ergotherapeut en maatschappelijk werker. Tijdens de intake en het fysieke onderzoek geeft de fysiotherapeut de patiënt dubbeltaken en opdrachten om te onthouden, om te kunnen observeren hoe de patiënt hiermee omgaat. De ergotherapeut vraagt cognitieve klachten uit en neemt de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) af. De maatschappelijk werker bevraagt patiënt en partner over cognitieve problematiek in de thuissituatie. Na de intake bespreken de ergotherapeut en psycholoog de uitslagen van de MoCA en de bevindingen van het team. Na de intake wordt alle informatie besproken in de observatiebespreking met het gehele team, waarbij fysiek en cognitief functioneren doorgenomen wordt. Is het cognitief functioneren nog niet volledig in kaart gebracht of onvoldoende beoordeeld, dan volgt er een verlengde observatie met een PRPP-assessment (Perceive, Recall, Plan & Perform) door de ergotherapeut.

1b. Werkwijze revalidatieteam

Afhankelijk van de uitkomsten van de observatiebespreking en verlengde observatie wordt de therapie tijdens de behandelphase aangepast. Dit kan betekenen dat er meer individuele therapie wordt gegeven, in plaats van of naast de groepsbehandeling. Deze kan bestaan uit ergotherapie en fysiotherapie en is gericht op rekening houden met de 'zwakheden van het cognitief functioneren', zodat de patiënt in staat is om het beste uit zichzelf en de therapie te halen, om zo doelen efficiënt en zo goed mogelijk te behalen. Een voorbeeld hiervan is meer herhaling bieden, één-op-één uitleg geven en in een prikkelarmere omgeving therapie aanbieden.

2. Scholing cognitieve problematiek bij amputatiepatiënten

Het gehele revalidatieteam is geschoold over cognitieve problematiek bij amputatiepatiënten door een klinisch neuropsycholoog, in combinatie met de betrokken ergotherapeut. De scholing bestond uit een theoretisch gedeelte om bewustwording te creëren in het revalidatieteam en een praktisch gedeelte voor bewustwording over wat wij als behandelaren vragen van een patiënt met cognitieve problematiek én een amputatie.

3. Informatiemap

De bestaande informatiemap is aangepast, de informatie

De MoCA heeft een range van 0-30, waarbij 30 de best mogelijke score is. Een score van 26 of meer wordt als 'normaal' beschouwd.

Patiëntkarakteristieken en MoCA-resultaten	
Geslacht man vrouw	38 (78%) 11 (22%)
Mediane leeftijd	69 jaar
Type amputatie transtibiale amputatie transfemorale amputatie overig	31 (62%) 16 (32%) 1 (2%)
Median MoCA score Range MoCA	24 15-29
Aantal (%) met score <26	34 (68%)

Tabel 1. MoCA-gegevens

is geschreven in meer begrijpelijke taal voor betere leesbaarheid. Daarnaast is informatie over cognitieve problematiek toegevoegd aan de map. De map is tevens een naslagwerk voor patiënt en therapeut om afspraken en voortgang te noteren tijdens de behandel fase. Zo kunnen patiënten met geheugenproblematiek afspraken nalezen of vragen opschrijven voor de behandelaren.

4. Psycho-educatie

Voor patiënten en naasten is er een psycho-educatie ontwikkeld om cognitieve problematiek meer onder de aandacht te brengen bij hen en bij de naasten. De psycho-educatie geeft een korte uitleg over cognitie, welke problematiek voor kan komen en benadrukt de boodschap om deze problematiek aan te kaarten bij de behandelaren. De psycho-educatie wordt aangekaart in de informatiemap én door middel van een module en filmpjes in het eHealth-platform Minddistrict.

Resultaten project

Door het PAO-proces werd het revalidatieteam betrokken bij elke stap, waardoor de draagkracht voor dit onderwerp continu werd versterkt. Het betrekken van het revalidatieteam is de grootste meerwaarde geweest van het implementeren van cognitie binnen de doelgroep amputatie. Het team geeft tijdens de evaluatie aan dat de grootste winst van het project zit in de benaderingswijze richting de patiënt. Voorheen werden bepaalde problemen geduid als 'moeilijk gedrag', nu wordt dit beter begrepen en wordt er ingezoomd op wáárom iemand dit gedrag vertoont. In sommige gevallen heeft dit een cognitieve

oorzaak. Er wordt meer stilgestaan bij wat een patiënt nodig heeft om zijn doelen te bereiken én er is meer afstemming binnen het team en met de patiënt over de behandeling. Daarnaast verlopen de groepsbehandelingen rustiger door de veranderde benaderingswijze en kennis van de behandelaren en door meer duidelijkheid richting de patiënt over de behandelingen. De resultaten zijn nog niet onderzocht op effectiviteit en kosten, dit vraagt om meer tijd en een grotere steekproef. De hypothese vanuit de literatuur is echter wel dat de revalidatiebehandeling kan verkorten en minder inzet van professionals vergt door een betere aansluiting bij de patiënt. In de praktijk zien we dat dit in de beginfase mogelijk meer inzet van professionals vraagt, maar dat dit in een langer traject wordt gecompenseerd doordat de kracht van de patiënt ingezet wordt en de zwakheden verkleind worden. Door het (vroegtijdig) herkennen van cognitieve problematiek in de revalidatie komt deze informatie daarnaast ook bij de huisarts terecht, die hierop kan anticiperen waardoor patiënten sneller de hulp kunnen krijgen die ze nodig hebben.

Een ander resultaat van het project zijn de prevalentiegegevens van de cognitieve problematiek binnen Libra door de MoCA-afname. Zie *Tabel 1* voor de prevalentie van cognitieve problematiek. De cijfers bevestigen dat er bij een groot deel van de patiënten met een amputatie (namelijk 68%) sprake is van (mogelijke) cognitieve problemen.


Conclusie

Tijdens het PAO-onderzoek kwam naar voren dat er inderdaad vaak sprake is van cognitieve problemen bij patiënten

met een amputatie. Dit blijkt uit de MoCA-resultaten en observaties tijdens de behandelingen. Behandelaren zijn vaak onvoldoende op de hoogte van de cognitieve problematiek bij deze doelgroep én weten niet goed hoe ze hiermee om moeten gaan. De behandelaren scholen en het onderwerp onder de aandacht brengen bij zowel professionals als patiënten bevordert de revalidatie. Door de werkwijze aan te passen implementeer je cognitie zodat het altijd een onderwerp is dat behandelaren met elkaar bespreken. Je ziet namelijk dat aandacht voor cognitie de patiënt én behandelaar helpt om de patiënt in zijn kracht te zetten en goed laten functioneren, omdat er goed wordt aangesloten bij de behoefte. Daarom wordt aanbevolen dat elke behandelaar die betrokken is bij deze doelgroep kennis heeft van cognitieve problematiek en hier ook alert op is, zowel bij het aanleren van nieuwe vaardigheden als in de thuissituatie. Met als eerste doel betere zorg voor de patiënt, maar mogelijk ook besparing van kosten en aantal uren zorgverlening.

Wat we willen meegeven

- Implementeer screening voor cognitieve problematiek in de behandeling en maak het een onderdeel van je werkwijze.
- Zorg voor een scholing van behandelaren indien zij die kennis nog niet of onvoldoende hebben.
- Elke aanpassing is er één. Kleine stappen helpen ook en kunnen altijd nog verbeterd worden.

Begin vandaag met actie ondernemen, **samen met je gehele team!** 

Over de auteur

Meike Swinkels is werkzaam bij Libra Revalidatie & Audiologie. In 2023 heeft ze de Master Neurorevalidatie en Innovatie afgerond. Deze Master leert je om een nieuwe en kritische blik te hebben om innovaties te zien én uit te voeren in je werk als ergotherapeut. In dit kader is bovenstaand project gestart.

Meike: "Graag wil ik de Master en mijn revalidatieteam bedanken voor de enthousiaste inzet voor het project. In het bijzonder wil ik de projectgroep en nauw betrokkenen bedanken; Mirella Haverhals, Yorick van Hulst, Elly Huijben, Ellen Rozel, Bente van Gennep, Rob Schrooten en Cecile Utens."

Referenties

1. Identifying Research Gaps to Pursue Innovative Research [Internet]. Enago Academy. 2019 [cited 2023 Jun 7]. Available from: <https://www.enago.com/academy/identifying-research-gaps-to-pursue-innovative-research/>
2. Startpagina - Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit - Richtlijn – Richtlijndatabase 2020 [Internet]. Richtlijndatabase.nl. [cited 2023 Jun 8]. Available from: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/amputatie_prothesiologie_onderste_extremiteit/startpagina_-_amputatie_en_prothesiologie_onderste_extremiteit.html
3. Maastricht UMC. Diabetes en de hersenen. De Maastricht Studie 2023. [Internet] [cited 2023 Mar 30]. Available from: <https://www.demaastrichtstudie.nl/diabetes-en-de-hersenen>.
4. Joyce DP, Gracias CS, Murphy F, Tubassam M, Walsh SR, O'Hanlon S. Potentially undiagnosed cognitive impairment in patients with peripheral arterial disease: A systematic review of the literature. *Surgeon* [internet]. 2022;20(4):e134-43 : Available from: <https://doi.org/10.1016/j.surge.2021.06.007>
5. Coffey L, O'Keefe F, Gallagher P, Desmond D, Lombard-Vance R. Cognitive functioning in persons with lower limb amputations: a review. *Disabil Rehabil* [internet]. 2012;34(23):1950–64. Available from: <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.667190>
6. Williams RM, Turner AP, Green ML, Norvell DC, Henderson A, Hakimi KN, et al. Changes in Cognitive Function From Presurgery to 4 Months Postsurgery in Individuals Undergoing Dysvascular Amputation. *Arch Phys Med and Rehabil* [internet]. 2014;95(4):663–9. Available from <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.11.013>
7. Miller MJ, Hoffman RM, Swink LA, Barnes DE, Christiansen CL. Postamputation Cognitive Impairment Is Related to Worse Perceived Physical Function Among Middle-Aged and Older Prosthesis Users. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2022;103(9):1723–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.12.025>
8. Vogel TR, Petroski GF, Kruse RL. Impact of amputation level and comorbidities on functional status of nursing home residents after lower extremity amputation. *J Vasc Surg* [Internet]. 2014;59(5):1323-30.e1. Available from: <http://www.jvascsurg.org/article/S074152141302171X/pdf>
9. Migchelbrink F. De kern van participatief actieonderzoek. Revised 3th edition. SWP; 2019.
10. Kotter JP. *Leading Change*. Harvard Business School Press; 1996.