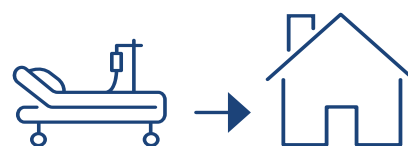


Interprofessionele aanpak belangrijk voor succesvolle behandeling

# Eerstelijns ergotherapie en het *Post Intensive Care Syndroom* (PICS)



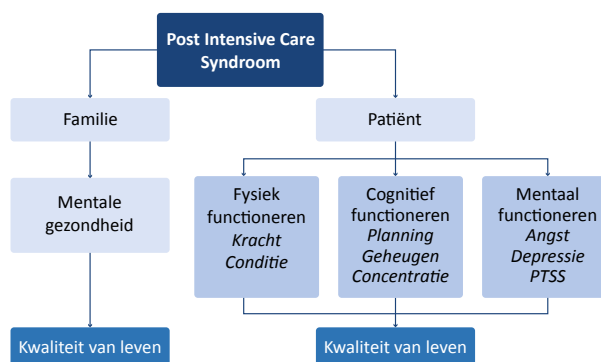
Tekst: Sanne Pellegrom, Margo van Hartingsveldt, Benno van Tol, Daniëla Dettling, Hinke Kruijenga, Marjolein Siebel, Mel Major-Helsloot en Marike van der Schaaf

Beeld: Shutterstock

Dankzij verbeteringen in de zorg overleven steeds meer cliënten een verblijf op de Intensive Care (IC), maar 30% van de mensen ervaart tot jaren na ontslag een verscheidenheid aan lichamelijke, cognitieve en psychische klachten.<sup>1-2</sup> In hoeverre kan een transmuraal revalidatieprogramma, gericht op de eerstelijns paramedische zorg, helpen deze klachten te verminderen?

*Na ontslag van de IC geven cliënten aan dat zij ondersteuning missen bij het oppakken van hun dagelijks leven.*

Sinds 2012 heeft de combinatie van deze klachten na IC-verblijf een naam: het Post Intensive Care Syndroom (PICS).<sup>3</sup> De impact van het Post Intensive Care Syndroom (PICS) blijft dikwijls niet alleen beperkt tot de cliënt, maar heeft vaak ook invloed op de mentale status van de directe familie, dit wordt PICS-Family (PICS-F) genoemd (zie figuur 1).<sup>4-6</sup>



Figuur 1. Het Post Intensive Care Syndroom<sup>3</sup>

Herstel van PICS duurt maanden tot jaren. Ook het ontwikkelen of zichtbaar worden van nieuwe, aan PICS gerelateerde klachten is na ontslag mogelijk en blijft aandacht vragen. De grote variaties in herstel en cliëntkenmerken maakt het voorspellen van de prognose moeilijk. Factoren die herstel beïnvloeden zijn ernst en duur van de ziekte bij IC-opname, hoge leeftijd, uitgebreide medische voorgeschiedenis en goede ondersteuning van de familie.<sup>6-8</sup>

Cliënten en zorgprofessionals signaleren knelpunten in de huidige zorg, zoals onvoldoende transmurale continuïteit, multidisciplinaire afstemming, behandelrichtlijnen en specifieke kennis van pathologie, behandeling en prognose. Na ontslag geven cliënten aan dat zij ondersteuning missen bij het oppakken van hun dagelijks leven en dat de (para)medische behandeling onvoldoende aansluit bij wat zij belangrijk vinden.<sup>9-12</sup>

## Dagelijks functioneren na IC-opname

Bij ontslag van de IC hebben cliënten vaak zeer weinig spierkracht en zijn ze extreem vermoeid. Dat maakt dagelijkse activiteiten zoals traplopen, zelfverzorging en huishoudelijke taken lastig. De therapie is gericht op het vergroten van belastbaarheid en zelfredzaamheid. Cognitieve klachten komen vaak 1 tot 3 maanden na IC-ontslag tot uiting en zorgen voor moeilijkheden in het dagelijks functioneren, vooral bij de terugkeer naar werk. Ook hier kan vermoeidheid een rol spelen, evenals concentratieproblemen en prikkelverwerking. Dagelijkse activiteiten die cognitieve vaardigheden vragen en die moeilijkheden opleveren zijn het managen van de financiën, medicatie regelen, boodschappen doen, plannen en huishoudelijke taken uitvoeren.<sup>13-15</sup>

Door de IC-opname ervaren cliënten vaak stress en angstige gevoelens. Van de cliënten ervaart 35% depressieve klachten die lang kunnen aanhouden (Bron: *icconnect.nl*).

## Cognitieve klachten bij PICS

Cognitieve klachten bij mensen met PICS worden vaak onderschat en te laat of niet behandeld. Ongeveer de helft van de mensen heeft een jaar na IC-opname nog moeite met de cognitie.<sup>15-16</sup> Ze hebben moeite met:

- geheugen;
- executive functies;
- aandacht en snelheid van informatieverwerking;
- concentratie;
- visuospatiële functies.

Er is meer onderzoek nodig om te inventariseren welke cognitieve klachten er voorkomen bij PICS en hoe het verloop hiervan is om de behandeling goed vorm te geven.<sup>15</sup>

## Het REACH-project

Om de zorg voor cliënten met PICS te verbeteren startten de Hogeschool van Amsterdam (HvA) en het Amsterdam UMC in 2018 het project REACH (*REhabilitation After Critical illness and Hospital discharge*). Voor het project werd een *Community of Practice* (CoP) gestart met fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, ervaringsdeskundigen en onderzoekers. In het project werd een transmuraal revalidatieprogramma ontwikkeld gericht op de eerstelijns paramedische zorg. Hier-

bij was er veel aandacht voor fysiotherapie en werd een start gemaakt met interventies voor diëtetiek en ergotherapie. Het concept van positieve gezondheid was een uitgangspunt. De ziekenhuizen in Amsterdam en omstreken verwezen cliënten naar betrokken REACH-praktijken die het ontwikkelde behandelprogramma toepasten en evalueerden in een pilot-studie. Door COVID-19 nam de aandacht voor revalidatie na IC-opname toe. Hierdoor is de bekendheid over PICS toegenomen en is er maatschappelijk veel aandacht voor behandeling van deze doelgroep. Het REACH-netwerk ([projectreach.nl](http://projectreach.nl)) deelt kennis en ervaring door middel van een website met een toolkit, die bestaat uit documenten, kennisclips en webinars.

## Het REACH-project en ergotherapie

Binnen het REACH-project zijn de volgende activiteiten door de ergotherapie uitgevoerd:

- a) In de CoP is voorlichting gegeven over de specifieke mogelijkheden van ergotherapie bij deze doelgroep.
- b) Om naar ergotherapie door te verwijzen zijn er voor de fysiotherapeuten screeningsvragen ontwikkeld. Deze zijn op 3 en 6 maanden na ziekenhuisontslag afgenomen. Bij een indicatie voor ergotherapie werden cliënten doorverwezen naar gespecialiseerde REACH-ergotherapeuten.
- c) Voor het onderbouwen van de ergotherapeutische interventie voor mensen met PICS is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar assessments voor vermoeidheid en cognitie. Deze onderwerpen zijn gekozen vanuit de behoefte van cliënten.
- d) Op basis van de literatuur en in overleg met de REACH-ergotherapeuten is een advies geschreven over assessments voor vermoeidheid en cognitie voor ergotherapeuten in de eerstelijns.
- e) Dit advies is in de praktijk toegepast bij REACH-clieënten voor een periode van 6 maanden.
- f) Evaluatie van ervaringen werd door middel van een interview met twee REACH-ergotherapeuten in kaart gebracht.

## Ad. b) Eerstelijns ergotherapie thuis na IC-opname

De eerstelijnszorg voor mensen met PICS na een IC-opname bestaat voornamelijk uit fysiotherapie. In het begin staan de verminderde fysieke capaciteit en het trainen van

*Door COVID-19 nam de aandacht voor revalidatie na IC-opname toe en is er veel aandacht voor behandeling van deze doelgroep.*



## *Ergotherapeuten hebben behoefte aan meer kennis over effectieve interventies voor de PICS-doelgroep.*

een adequate fysieke belastbaarheid (training en rust) centraal. Vanwege de aandacht hiervoor en de duur om op een redelijk basisniveau te komen worden cognitieve problemen, die impact hebben op de dagelijkse activiteiten, nog niet ervaren of onderschat.

Ergotherapeuten worden vaak laat of niet ingeschakeld waardoor een deel van de cliënten met PICS niet de juiste interventie krijgt en last blijft houden van onbegrepen beperkingen in het dagelijks leven.

Voor een goede doorverwijzing zijn er screeningsvragen opgesteld die de fysiotherapeut met de cliënt bespreekt:

- Verwacht of ervaart u moeite met het hervatten of opbouwen van uw werk?
- Verwacht of ervaart u moeite met het verdelen van uw energie over de dag? Of wordt u beperkt in uw dagelijks leven door een verminderde/veranderde energie?
- Verwacht of ervaart u moeite met het hervatten van uw rollen en taken binnen uw huishouden en vrije tijd?
- Verwacht of ervaart u problemen met uw concentratie of geheugen?

### **Ad. d) Advies assessments REACH**

Bij het schrijven van het advies voor gebruik van assessments bij vermoeidheid en cognitieve klachten is rekening gehouden met de eerstelijnssetting waarin de REACH-ergotherapeuten werkzaam zijn. Het assessment is gericht op het inventariseren van de activiteiten waar mensen moeite mee hebben, het cognitief functioneren en de ervaren vermoeidheid.

#### Activiteiten

#### **1. Canadian Occupational Performance Measure (COPM)<sup>17</sup>**

Voor het in kaart brengen van de dagelijkse activiteiten waar mensen moeite mee hebben wordt gestart met het afnemen van de COPM. Op basis van de COPM en het verdere assessment worden de persoonlijke doelen van de cliënt opgesteld. Verder kan de COPM goed gebruikt worden om de ergotherapie-interventie te evalueren.

#### Cognitief functioneren

#### **2. Montreal Cognitive Assessment (MOCA)<sup>18</sup>**

Uit de literatuur blijkt dat de MOCA een sensitieve screeningstool is om lichte cognitieve klachten in kaart te brengen.

### 3. Perceive Recall Plan Perform (PRPP)<sup>19</sup> of de Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)<sup>20-21</sup>

Het dagelijks handelen kan gericht geobserveerd worden met de PRPP of de AMPS. Voor beide assessments is een scholing nodig.

### 4. Abbreviated Cognitive Failures Questionnaire 14 (CFQ 14)<sup>22</sup>

De CFQ 14 is een vragenlijst die ontwikkeld is om cognitief functioneren in kaart te brengen vanuit het perspectief van de persoon zelf. De cognitieve problemen die vaak voorkomen zijn naar 14 dagelijkse activiteiten vertaald. Het mooie is dat deze vragenlijst ontwikkeld is voor mensen die langdurig op de IC verbleven en PICS zouden kunnen ontwikkelen.

#### Ervaren vermoeidheid

### 5. Activiteitenweger<sup>23</sup>

In het opgestelde advies wordt aanbevolen de activiteitenweger in zijn geheel te gebruiken, zowel als assessment en als interventie. De activiteitenweger geeft inzicht in het eigen functioneren en is bruikbaar in de interventiefase voor het opbouwen van de algemene belasting.

## Ad. f) Ervaringen ergotherapeuten

Het doel van het interview was om de ervaringen van de eerstelijns REACH-ergotherapeuten met deze doelgroep in kaart te brengen. Tijdens de interviews stonden drie vragen centraal: 1) Welke vragen heeft de cliënt voor ergotherapie?; 2) Welke assessments zijn gebruikt?; en 3) Welke interventies zijn toegepast? Ook hierbij lag de focus op activiteiten, vermoeidheid en cognitief functioneren.

### 1. Vragen voor eerstelijns ergotherapie

Alle vragen waren gerelateerd aan dagelijkse activiteiten, waarbij vermoeidheid en/of cognitief functioneren vaak de achterliggende oorzaak was. Bij de vragen zijn de levensfase en de daarbij behorende taken en rollen van invloed. Dit kan zich uiten in hulpvragen met betrekking tot de werksituatie of een hobby. Bij het inventariseren van de vraag van de cliënt en het stellen van doelen werd gebruik gemaakt van de COPM.

### 2. Gebruikte assessments

MOCA en CFQ14 werden gebruikt voor inventarisatie van de cognitie. Vooral de CFQ14 werd als waardevol ervaren omdat deze de koppeling naar dagelijkse activiteiten maakt en zo het gesprek met de cliënt hierover faciliteert. De AMPS en PRPP werden niet toegepast omdat de therapeuten de scholing nog niet hadden gevolgd. Observaties in het dagelijks handelen werden uitgevoerd om het cognitief functioneren in kaart te brengen. De activiteitenweger


werd gebruikt als de cliënt structuur nodig had bij het aanpassen van zijn activiteitenroutines. Er werden ook tijdschrijflijsten of een agenda gebruikt om de activiteiten op een dag in kaart te brengen.

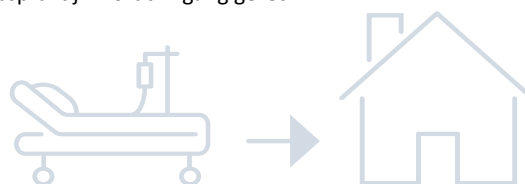
### 3. Gebruikte interventies

Er werd veel aandacht besteed aan het vergroten van de belastbaarheid en het trainen van cognitieve functies tijdens dagelijkse activiteiten. Tijdens de interviews werd duidelijk dat de ergotherapeuten behoefte hebben aan meer kennis over effectieve interventies, gericht op het ondersteunen/trainen van het cognitief functioneren voor deze doelgroep. Ze geven aan dat het bij het verbeteren van cognitief functioneren lijkt of er een relatie is met de verminderde ervaren vermoeidheidsklachten.

Tijdens de interviews werd duidelijk dat er vraag is naar scholing over PICS, de assessments en cognitieve revalidatie om deze complexe doelgroep goed te kunnen behandelen. Daarnaast gaven therapeuten aan behoefte te hebben aan intervisie en het uitwisselen van ervaringen.

## Conclusie

Het REACH-netwerk bestaat uit fysiotherapeuten, ergotherapeuten en diëtisten in de regio Amsterdam die samen ervaring hebben opgedaan met het behandelen van cliënten na (langdurige) IC-opname. Deze groep cliënten ontwikkelt vaak PICS, waarbij een interprofessionele aanpak belangrijk is. De voornaamste hulpvragen voor de ergotherapie in de eerste lijn liggen op het gebied van het mogelijk maken van dagelijks handelen, het vergroten van de belastbaarheid en het verbeteren of leren omgaan met cognitieve klachten. Het beschrijven en in kaart brengen van de ergotherapeutische interventie voor mensen met PICS is nog in de beginfase en meer onderzoek en ervaring is nodig om deze doelgroep te begeleiden. Ergotherapeuten hebben behoefte aan effectieve interventies gericht op het ondersteunen van het cognitief functioneren en het vergroten van de belastbaarheid gericht op het mogelijk maken van het dagelijks handelen en participatie van cliënten met PICS. Daarbij is er behoefte aan gerichte scholing. Vervolgonderzoek gericht op systematisch literatuuronderzoek naar de interventie bij mensen met PICS, het beschrijven en toepassen van deze interventie in de dagelijkse beroepspraktijk wordt in gang gezet. 



### Over de auteurs:

*Sanne Pellegrom* is docent/onderzoeker, opleiding ergotherapie, Hogeschool van Amsterdam.

*Margo van Hartingsveldt* is lector Ergotherapie, Participatie en Omgeving, Hogeschool van Amsterdam.

*Benno van Tol* is docent/onderzoeker, opleiding fysiotherapie, Hogeschool van Amsterdam.

*Daniëla Dettling* is fysiotherapeut, onderzoeker, afdeling revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie AMC.

*Hinke Kruizenga* is diëtist-onderzoeker, afdeling Diëtetiek & Voedingwetenschappen, Amsterdam UMC.

*Marjolein Siebel* is ervaringsdeskundige namens patiëntenvereniging IC Connect.

*Mel Major-Helsloot* is docent/onderzoeker, European School of Physiotherapy, Hogeschool van Amsterdam, promovendus HvA/Amsterdam UMC.

*Marika van der Schaaf* is lector Revalidatie in de Acute Zorg, Hogeschool van Amsterdam, Faculteit Gezondheid; senioronderzoeker, afdeling revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie AMC.

### Referenties:

1. Sommers J, Engelbert RH, Dettling-Ihnenfeldt D, Gosselink R, Spronk PE, Nollet F, et al. Physiotherapy in the intensive care unit: an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. *Clin Rehabil* 2015;29(11):1051-63.
2. Stichting NICE. Jaarboek 2018: Het nut van de NICE-registratie. Amsterdam: AMC, 2019.
3. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012;40(2):502-9.
4. Wintermann G-B, Petrowski K, Weidner K, Strauß B, Rosendahl J. Impact of post-traumatic stress symptoms on the health-related quality of life in a cohort study with chronically critically ill patients and their partners: age matters. *Crit Care* 2019;23(1):39.
5. Cairns PL, Buck HG, Kip KE, Rodriguez CS, Liang Z, Munro CL. Stress Management Intervention to Prevent Post-Intensive Care Syndrome-Family in Patients' Spouses. *Am J Crit Care* 2019;28(6):471-6.
6. Aitken LM, Chaboyer W, Jeffrey C, Martin B, Whitty JA, Schuetz M, et al. Indicators of injury recovery identified by patients, family members and clinicians. *Injury* 2016;47(12):2655-63.
7. Svenningsen H, Langhorn L, Ågård AS, Dreyer P. Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nurs Crit Care* 2017;22(4):212-20.
8. Farley KJ, Eastwood GM, Bellomo R. A feasibility study of functional status and follow-up clinic preferences of patients at high risk of post intensive care syndrome. *Anaesth Intensive Care* 2016;44(3):413-9.
9. Tacx, AN; Girbes A. IC-patiënt mist nazorg. *Medisch Contact* 2008;63(5):211.
10. M. Brackel; Schaaf, M. van der; Dijk D van. Nazorg intensive care moet uit de kinderschoenen. *Medisch Contact* 2015;70:2438-2440
11. Major ME, van Nes F, Ramaekers S, Engelbert RHH, van der Schaaf M. Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Qualitative Study on Hospital Discharge Experience. *Ann Am Thorac Soc* 2019;16(11):1405-1413.
12. Zorginstituut Nederland. Verslag Adviescommissie Pakket (ACP) 2016. Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/verslag/2016/11/25/verslag-acp-25-11-2016>
13. Jackson JC, Obremskey W, Bauer R, et al. Long-term cognitive, emotional, and functional outcome in trauma intensive care unit survivors without intracranial hemorrhage. *J Trauma*. 2007;62(1):80-88
14. Rothenhausler HB, Ehrentraut S, Stoll C, Schelling G, Kapfhammer HP. The relationship between cognitive performance and employment and health status in long-term survivors of the acute respiratory distress syndrome: results of an exploratory study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001; 23(2):88-94.
15. Hopkins RO, Carlo ME, Jackson JC. Critical Illness and Long-Term Cognitive Impairment. Bienvenu OJ, Jones C, Hopkins RO (eds). *Psychological and Cognitive Impact of Critical Illness*, 1 ed. New York: Oxford University Press; 2017. pp. 47-68.
16. Wolters AE, Slooter AJ, van der Kooij AW, van Dijk D. Cognitive impairment after intensive care unit admission: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2013;39(3):376-386.
17. Law, M., Baptiste, S. A. C., McColl, M. A., Polatajko, H. J., & Pollock, N. (2014). *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* (5th ed.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
18. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bdirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:695-699.
19. Dees-Wessels F. Een introductie op het PRPP-systeem, *Tijdschrift Ergotherapie Nederland* 19ste jaargang Nr4, augustus 2001.
20. Fisher AG, Liu Y, Velozo CA, Pan AW. Cross-cultural assessment of process skills. *Am J Occup Ther*. 1992 Oct;46(10):876-85.
21. McNulty, M. C., Fisher, A. G. (2001). Validity of using the Assessment of Motor and Process Skills to estimate overall home safety in persons with psychiatric conditions. *Am J Occup Ther*, 55(6), 649-655.
22. Wassenaar A, de Reus J, Donders ART, Schoonhoven L, Cremer OL, de Lange DW, van Dijk D, Slooter AJC, Pickkers P, van den Boogaard M. Development and Validation of an Abbreviated Questionnaire to Easily Measure Cognitive Failure in ICU Survivors: A Multicenter Study *Crit Care Med*. 2018 Jan;46(1):79-84.
23. Hulstein-van Gennep, G, Hove ten-Moerdijk, K, *Methodisch werken aan belasting en belastbaarheid, Nederlandse tijdschrift voor Ergotherapie*, april 2008.