

Ergotherapie bij amputatie

Een informatieve brochure voor ondersteuning en revalidatie in de eerstelijnszorg

Departement: Gezondheid & Wetenschap

Opleiding: Bachelor Ergotherapie

Academiejaar: 2024-2025

Samenvatting

Titel: Ergotherapie bij amputatie: een informatieve brochure voor ondersteuning en revalidatie in de eerstelijnszorg

Auteur: Paulien Buedts

Opleiding: Bachelor Ergotherapie

Academiejaar: 2024 - 2025

Externe promotor: Marco Oggianu

Interne promotor: Nikolaj Bassel 

Inleiding: Tegenwoordig wordt er in de gezondheidszorg sterk gestreefd naar een kortere ziekenhuisopname. Patiënten worden sneller naar huis gestuurd na een ingreep, wat de doorstroom optimaliseert en de zorgkosten vermindert. Voor mensen met een amputatie wil dit zeggen dat zij al vroeg in hun herstel geconfronteerd worden met uitdagingen zoals het gebruik van een prothese, pijnmanagement en woningaanpassingen. Daardoor wordt de rol van ergotherapeuten in de eerstelijnszorg steeds belangrijker.

Methode: Door middel van een gemengd onderzoek, een vragenlijst en semigestructureerde interviews, werden inzichten verzameld over de ervaringen, behoeften en voorkeuren van ergotherapeuten in de praktijk. De conclusies tonen aan dat er voornamelijk nood is aan duidelijke richtlijnen rond prothesegebruik en draagschema's, functionele interventies, hulpmiddelen en informatiebronnen.

Resultaten: De ontwikkelde infobrochure geeft een gestructureerd overzicht van relevante ergotherapeutische interventies en praktische adviezen. De brochure is gemaakt als praktisch hulpmiddel voor gebruik in de thuissituatie en combineert inhoudelijke informatie met visuele ondersteuning, concrete tips en doorverwijzingen naar nuttige bronnen. Zo helpt deze brochure bij een efficiëntere, kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg en ondersteunt ze ergotherapeuten in hun belangrijke rol binnen de eerstelijnszorg.

Discussie: Dit onderzoek bewijst dat er een duidelijke behoefte is aan praktische en toegankelijke ondersteuning voor ergotherapeuten die werken met amputatiepatiënten. Ondanks de beperkte responsgraad en doelgroep, geven de resultaten duidelijk aan dat een infobrochure in deze situatie waardevol is. Verdere uitwerking en beoordeling van dit materiaal kan de zorg voor deze doelgroep nog versterken, zowel op inhoudelijk als op organisatorisch niveau.

Abstract

Title: Occupational therapy in amputation: an informative brochure for support and rehabilitation in primary care

Author: Paulien Buedts

Education: Bachelor occupational therapy

Academic year: 2024 - 2025

External supervisor: Marco Oggianu

Internal supervisor: Nikolaj Bassel 

Introduction: Nowadays, there is a strong push in the Belgian healthcare for shorter hospital stays. Patients are sent home sooner after surgery, which optimizes throughput and reduces healthcare costs. For people with a lower limb amputation, this means that early in their recovery they face challenges such as the use of a prosthesis, pain management and home modifications. This makes the role of occupational therapists in primary care increasingly important.

Methods: Through a mixed survey, a questionnaire and semi-structured interviews, insights were gathered about the experiences, needs and preferences of occupational therapists in practice. The conclusions show that there is mainly a need for clear guidelines around prosthesis use and wearing schedules, functional interventions, assistive devices and information resources. Administrative barriers and limited collaboration with other health care providers were also mentioned as bottlenecks.

Results: The developed information brochure provides a structured overview of relevant occupational therapy interventions and practical advice. Created as a practical tool for use in the home setting, the brochure combines substantive information with visual support, concrete tips and referrals to useful resources. Thus, this brochure helps to provide more efficient, quality and patient-centered care and supports occupational therapists in their important role within primary care.

Discussion: This study proves that there is a clear need for practical and accessible support for occupational therapists working with amputation patients. Despite the limited response rate and target population, the results clearly indicate the value of an information brochure in this situation. Further elaboration and review of this material could further strengthen the care of this target group, both in terms of content and organization.

Inhoud

Samenvatting.....	1
Abstract	2
Inhoud.....	3
Voorwoord	4
1. Inleiding	5
2. Methode.....	19
2.1 Onderzoeksontwerp.....	19
2.2 Doelgroep en proefpersonen	19
2.3 Setting en rekrutering	20
2.4 Dataverzameling en werkwijze	20
2.5 Ergotherapeutische methodiek	21
2.6 Onderzoeksmethode	21
2.7 Procedure	21
2.8 Betrouwbaarheid en validiteit.....	21
2.9 Ethische overwegingen.....	21
2.10 Vragenlijst.....	22
2.11 Interviews	22
3. Resultaten.....	23
3.1 Vragenlijst.....	23
3.2 Interviews	25
4. Discussie	28
5. Conclusie.....	30
6. Referenties	32
7. Gebruik Open AI in het eindwerk.....	35
8. Ontwikkelde Infobrochure	37
9. Bijlage.....	38
9.1 Bijlage 1: vragenlijst.....	38
9.2 Bijlage 2: Interview ergotherapeut 1	44
9.3 Bijlage 3: Interview ergotherapeut 2	50
9.4 Bijlage 4: Interview ergotherapeut 3	55
9.5 Bijlage 5: Overzichtstabel interviews	65

Voorwoord

Deze bachelorproef vormt het einde van mijn opleiding Ergotherapie. Mijn interesse in dit onderwerp groeide gedurende mijn stage op de amputatieafdeling van UZ Leuven Pellenberg. Daar kreeg ik de kans om van dichtbij te observeren hoe een amputatie van het onderste lidmaat het dagelijks leven van een persoon beïnvloedt. Tegelijkertijd merkte ik hoe uitdagend de begeleiding in de thuissituatie kan zijn en hoe belangrijk de rol van de ergotherapeut daarin is. Dit inspireerde me om een praktische infobrochure te maken die ergotherapeuten in de eerstelijnszorg hierin kan ondersteunen.

Het proces naar deze bachelorproef was leerrijk, soms intensief, maar vooral bijzonder verrijkend. Ik ben dankbaar voor de inzichten die ik de afgelopen maanden heb mogen opdoen en hoop met dit eindwerk een waardevolle bijdrage te leveren aan de ondersteuning van ergotherapeuten in de praktijk.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken. Mijn oprechte dank gaat uit naar mijn interne promotor Nikolaj Bassel  en mijn externe promotor Marco Oggianu voor hun betekenisvolle feedback, betrokkenheid en motiverende begeleiding. Ook wil ik de ergotherapeuten bedanken die hun tijd en expertise hebben gedeeld via interviews en vragenlijsten. Tot slotte ben ik mijn familie dankbaar voor hun steun en aanmoediging tijdens dit traject.

Met dit eindwerk hoop ik een bijdrage te leveren aan de praktijkgerichte ondersteuning van ergotherapeuten die werken met mensen met een amputatie van het onderste lidmaat.

Paulien Buedts

Academiejaar 2024 - 2025

1. Inleiding

PICO elementen

- Populatie/problem: personen met een amputatie van het onderste lidmaat
- Interventie: Een infobrochure met ergotherapeutische interventies en adviezen
- Comparison: (standaardzorg zonder gebruik van een specifieke infobrochure)
- Outcome: Ondersteuning van ergotherapeuten in de eerstelijnszorg

Een amputatie van het onderste lidmaat is een ingrijpende chirurgische ingreep waarbij een deel van een been wordt verwijderd. Dit kan noodzakelijk zijn door onherstelbare weefselschade als gevolg van medische aandoeningen zoals diabetes of een slechte doorbloeding (82%), maar ook door trauma's (9%) zoals een ernstig ongeval en 9% door gezwellen. Jaarlijks worden er wereldwijd gemiddeld honderdduizenden amputaties uitgevoerd. Het gemiddelde aantal amputatie van onderste ledematen in Europa ligt rond de 150.00 per jaar. Een amputatie van het onderste lidmaat komt het vaakst voor bij ouderen (vanaf 65+), maar het kan ook bij jongere mensen voorkomen, hangt af van de oorzaak en de ernst van de aandoening. Deze cijfers variëren echter sterk per land, afhankelijk van factoren zoals de prevalentie van de gezondheidszorg. Het primaire doel van een amputatie is vaak het vermijden van verdere verspreiding van de ziekte, het verminderen van pijn of het optimaliseren van de levenskwaliteit. Ondanks dat een amputatie een levensreddende ingreep kan zijn, gaat het gepaard met ingrijpende veranderingen in het dagelijks leven van een patiënt. Naast lichamelijke beperkingen zoals verminderde mobiliteit, worden patiënten ook geconfronteerd met emotionele en sociale moeilijkheden. Het verliezen van een lidmaat heeft een grote impact op hun identiteit en dagelijkse activiteiten. (OpenAI, 2024)

Jaarlijks ondergaan gemiddeld 17 à 19 op de 100.000 mensen in Europa een amputatie van het onderste lidmaat. Diabetes patiënten hebben 10 keer meer kans op een amputatie. Ongeveer de helft van de mensen die een amputatie ondergaan, komen in aanmerking voor een prothese. De beslissing om een prothese te adviseren, is afhankelijk van verscheidene factoren, waaronder de gezondheid van de patiënt, de mogelijkheid om de prothese te gebruiken en de voordelen die de prothese voor de patiënt kan bieden. Doorgaans wordt bij deze patiënten gekozen voor een prothese die zowel esthetisch als functioneel voldoet aan hun noden. Dit geeft hen de mogelijkheid om hun zelfstandigheid en mobiliteit te behouden. (*Amputatie van Ledematen*, z.d.)

Het proces van veranderingen aan een prothese kan een langdurig en geduldig proces zijn, waarbij kinesistherapie vaak nodig is om de mobiliteit te verbeteren. Het probleem is echter niet opgelost op het moment dat de prothese beschikbaar is; het vraagt nog veel werk en geduld voordat de prothese volledig is aangepast aan de patiënt. Verschillende disciplines zijn betrokken bij dit proces om ervoor te zorgen dat de prothese optimaal functioneert en de patiënt er comfortabel en effectief gebruik van kan maken. De amputaties die het meest voorkomen, zijn die van het bovenbeen en het onderbeen. Deze ingreep kan zeer ingrijpend zijn, maar prothesen en revalidatietherapieën kunnen de mobiliteit en functionaliteit van patiënten sterk verbeteren. (Geertzen & Rietman, 2022) & (Rehabilitation Following Amputation, z.d.-b)

Naast diabetes zijn er nog diverse risicofactoren die bijdragen aan risico op amputaties, zoals roken, hoge bloeddruk en een verhoogd cholesterolgehalte. Deze oorzaken kunnen bijdragen aan verminderde bloedcirculatie, wat de kans op weefselschade vergroot. Daarnaast kunnen bepaalde genetische factoren een rol spelen in de mate van complicaties bij diabetespatiënten en andere risicogroepen. (UZ Gent, 2015)

Het proces van een amputatie bevat meer dan alleen de chirurgische ingreep. Patiënten ondergaan doorgaans diagnostische testen en consultaties voor de ingreep om te bevestigen dat een amputatie noodzakelijk en onvermijdelijk is. In sommige gevallen wordt er voorafgaand aan de operatie ook gekeken naar alternatieve behandelingsopties om de amputatie te vermijden. Na de ingreep volgt een langdurig revalidatietraject, waarin zowel medische zorg als ergotherapie en kinesistherapie een essentiële rol spelen. Gedurende deze periode worden patiënten bijgestaan om te leren omgaan met fantoompijn, een veel voorkomend fenomeen na een amputatie waarbij patiënten pijn voelen in het geamputeerde lidmaat. Fantoompijn kan variëren in sterkte en frequentie en de behandeling ervan kan verschillende vormen aannemen, van medicatie tot psychologische begeleiding. Bovendien worden ze ook getraind in het gebruik van een prothese, indien ze hiervoor in aanmerking komen en worden ze geholpen bij het opnieuw hernemen van hun dagelijkse activiteiten. (UZ Gent, 2015)

Na een amputatie is de revalidatie erg belangrijk. Om de kwaliteit van leven van de persoon te optimaliseren, speelt een prothese een cruciale rol. De voortgang in de ontwikkeling van moderne prothesen heeft geleid tot grote vooruitgang in het revalidatieproces van patiënten.

Deze prothesen zijn tegenwoordig technologisch geavanceerd, kunnen de natuurlijke bewegingen van het lichaam nabootsen en worden op de specifieke noden van de patiënten afgestemd, waardoor patiënten een hoge mate van functionaliteit kunnen terugkrijgen en eventueel sporten hervatten. Deze technologische vernieuwingen omvatten sensoren, motoren en materialen die zorgen voor een lichter en gebruiksvriendelijker ontwerp. (UZ Gent, 2015)

Innovaties in prothesen bevatten ook het gebruik van 3D-printtechnologie, waarmee de koker van de prothese op maat gemaakt wordt, die perfect aansluit bij de anatomie en behoeften van de patiënt. Dit geeft de kans om de prothesen sneller te produceren en de kosten te verminderen, terwijl de functionaliteit wordt verbeterd. Het gebruik van kunstmatige intelligentie in sommige moderne prothesen maakt het ook mogelijk voor de gebruiker om automatische aanpassingen te maken in de stabiliteit en het looppatroon. (It-Onderzoeken, 2024)

Het revalidatieproces na een amputatie van het onderste lidmaat kan in grote lijnen worden onderverdeeld in drie fasen, namelijk de acute fase, de langdurige fase en de aanpassing aan de prothese.

1) Acute fase: Deze fase start meteen na de ingreep en kan enkele weken duren. Tijdens deze periode wordt de focus gelegd op wondgenezing, pijnmanagement en het vermijden van complicaties zoals infecties. Daarnaast wordt gedurende deze fase de nadruk gelegd op het stabiliseren van de bloeddruk en het opvolgen van de gehele gezondheid van de patiënt aangezien veel mensen met een amputatie onderliggende aandoeningen hebben zoals diabetes of vasculaire ziekten. De patiënten krijgen meestal kinesitherapie om de mobiliteit van het resterende ledemaat te behouden en om te leren hoe ze zich kunnen verplaatsen door middel van hulpmiddelen zoals een rolstoel of krukken. Hierin spelen de ergotherapeuten een cruciale rol bij het aanpassen van de patiënt zijn omgeving om veiligheid en zelfstandigheid te optimaliseren. Verder worden er hulpmiddelen zoals douchestoel en aangepaste bedden ingezet om het herstelproces zo comfortabel mogelijk te maken. Daarnaast wordt er in deze fase gefocust op de emotionele verwerking van de amputatie. De psychosociale begeleiding ondersteunt patiënten bij het verwerken van gevoelens van onzekerheid en verlies. (*Revalidatie Na Amputatie Van Ledematen*, z.d.)

2) De Langdurige fase: Deze fase kan enkele maanden tot jaren duren, afhankelijk van hoe snel de patiënt vooruitgang boekt. Gedurende deze periode ligt de nadruk op het versterken van de kracht, het vergroten van de flexibiliteit en het bevorderen van de conditie van de persoon. Doorheen de fase wordt ook specifiek aandacht gegeven aan het voorkomen van stijfheid en spieratrofie in het overgebleven ledemaat, wat veelal voorkomt bij langdurige inactiviteit. Spierversterkende oefeningen, balans- en coördinatie training en looptraining behoren allemaal tot revalidatietechnieken. Bovendien kunnen er innoverende technologieën toegepast worden zoals virtuele realiteit of robotische hulpmiddelen om de fysieke training te verbeteren en de motivatie van de patiënt te vergroten. Ergotherapeuten begeleiden patiënten bij het bijsturen van hun dagelijkse gewoonten en activiteiten om hun zelfredzaamheid te verbeteren. Mentale begeleiding blijft zeer belangrijk in de langdurige fase, met aandacht op het vergroten van de zelfzekerheid van de patiënt. Hierbij worden er ook meestal therapieën aangereikt waarin patiënten leren omgaan met frustraties en het opbouwen van veerkracht. Het vieren van gerealiseerde successen en het opstellen van realistische en haalbare doelen motiveren patiënten om hun revalidatietraject vol te houden. *(Revalidatie Na Amputatie Van Ledematen, z.d.)*

3) Aanpassing aan een prothese: Voor patiënten die geschikt zijn voor een prothese, begint deze fase zodra de wond helemaal genezen is en de patiënt voldoende kracht en stabiliteit heeft opgebouwd. Het aanpassingsproces bestaat uit het opmeten en aanpassen van de prothese, alsook het trainen in het gebruik ervan. Gedurende deze periode wordt er nauw samengewerkt met gespecialiseerde prothese-technici om de beste prothese voor de specifieke noden van de patiënt te maken. De patiënten leren hoe ze de prothese aan- en uittrekken, het onderhoud ervan en het toepassen in hun dagelijkse routines. Dit kan ook inhouden dat patiënten nieuwe mobiliteitstechnieken ontwikkelen zoals het leren van een aangepast looppatroon of het gebruik van speciale hulpmiddelen voor bepaalde activiteiten. Om de patiënten te helpen werken de ergotherapeuten en fysiotherapeuten samen bij het integreren van de prothese in hun dagelijks leven en om mogelijke problemen of ongemakken aan te pakken. Naast het technisch leren omgaan met de prothese, wordt ook psychosociale ondersteuning aangeboden. Hierbij leren patiënten hoe ze zich comfortabel kunnen voelen in sociale situaties en hoe ze hun lichaamsbeeld positief kunnen hervormen. Patiënten worden gestimuleerd om terug te keren naar hun sociale netwerken, sportactiviteiten of werk, wat belangrijk is voor hun herstel en kwaliteit van leven. *(Revalidatie Na Amputatie Van Ledematen, z.d.)*

Gedurende de postoperatieve fase zonder prothese ligt de focus op het onafhankelijk functioneren zonder prothese. Patiënten worden geholpen door de ergotherapeuten bij hun zelfverzorgingsactiviteiten en het dagelijks functioneren vanuit een rolstoel. Ze gaan de woonomgeving van de patiënt analyseren en identificeren risicofactoren voor vallen om de veiligheid te garanderen. Hierbij gebruiken ergotherapeuten modellen zoals het Canadian Occupational Performance Measure (COPM) om de verlangens en prioriteiten van de patiënt te begrijpen en stellen ze samen doelen op voor zelfstandig functioneren. (Geertzen & Rietman, 2022)

Zelfverzorging: Patiënten worden getraind in het zelfstandig te functioneren zonder prothese, inclusief mobiliteit in bed en transfers. Ergotherapeuten ondersteunen bij het aanleren van hygiënemaatregelen om huidproblemen te vermijden en geven advies over het gebruik van hulpmiddelen voor dagelijkse activiteiten zoals douchen en aankleden. Bovendien wordt de nadruk gelegd op het aanleren van energiebesparende methoden bij dagelijks activiteiten, zodat de patiënt niet overbelast wordt. (Geertzen & Rietman, 2022)

Mobiliteit: De stomp wordt voorbereid op belasting in de prothese door oefeningen voor wondgenezing, stompvorming en stompharding. Ergotherapeuten helpen bij het trainen van staan op één been en het gelijkmatige verdelen van het lichaamsgewicht. Zo voorzien ze een veilige rolstoel en leren patiënten basisvaardigheden voor rolstoelgebruik. Verder wordt er gewerkt aan het versterken van de armkracht van de patiënt, wat cruciaal is voor het efficiënt kunnen gebruiken van de rolstoel. Hierbij wordt er ook nadruk gelegd met het omgaan met mogelijke frustraties van machteloosheid die kunnen ontstaan door de fysieke beperkingen. (Geertzen & Rietman, 2022)

Transfers: Transfers zijn een belangrijk aspect in het revalidatieproces na een amputatie van onderste ledemaat. Een transfer houdt in dat de patiënt zichzelf op een veilige en zelfstandige manier van de ene plek naar de andere verplaatst of verplaatst wordt, bijvoorbeeld van bed naar stoel, van een rolstoel naar een toilet of vanuit een liggende naar een staande positie. Het correct uitvoeren van een transfer is belangrijk om valincidenten en overbelasting van spieren te voorkomen. In deze fase kan de patiënt ook gebruik maken van hulpmiddelen zoals speciaal ontworpen handgrepen voor het toilet of bed, wat de veiligheid aanzienlijk verbetert.

Het aanleren en inoefenen van deze transfers met het oog op het veilig en efficiënt uitvoeren ervan, is een essentiële rol binnen het takenpakket van de ergotherapeut. Afhankelijk van het niveau van de amputatie en de fysieke conditie van de patiënt, worden verscheidene technieken aangeleerd.

Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:

- Rompstabiliteit en balans: Na een amputatie wijzigt het zwaartepunt van het lichaam. Patiënten worden getraind door de ergotherapeut om hun balans te behouden en helpen bij het opbouwen van rompstabiliteit. Verder wordt er aandacht besteed aan het versterken van de heup- en buikspieren, wat van belang is voor het behouden van de balans.
- Gebruik van hulpmiddelen: Ergotherapeuten geven advies over en begeleiden in het gebruik van hulpmiddelen zoals transferplanken, looprekjes en antislipmatten. Mits nodig worden rolstoelen of andere mobiliteitshulpmiddelen aangepast aan de noden van de patiënt om maximale zelfstandigheid te verbeteren.
- Gewichtsverplaatsing: Patiënten leren hoe ze hun gewicht op een veilige manier kunnen overbrengen tijdens een transfer zonder de stomp te overbelasten. Dit is zeer belangrijk om complicaties zoals huidbeschadiging te vermijden. Bovendien wordt er ook aandacht besteed aan het voorkomen van drukplekken die veroorzaakt kunnen worden door langdurig zitten of liggen.
- Begeleiding van mantelzorgers: Mantelzorgers krijgen instructies van de ergotherapeuten over hoe ze veilig kunnen helpen bij transfers zonder zichzelf te overbelasten. Deze instructies kunnen zowel praktische tips bevatten als strategieën om de emotionele ondersteuning van de patiënt te versterken.

De focus verschilt afhankelijk van de fase binnen de revalidatie. In de eerste periode wordt de aandacht vooral gericht op het uitvoeren van transfers zonder prothese: technieken om zich zelfstandig te verplaatsen vanuit rolstoel naar het bed of toilet en verbeteren van de mobiliteit in huis zoals het veilig kunnen verplaatsen door smalle doorgangen of trappen. Naargelang de patiënt sterker wordt en mogelijk een prothese krijgt, ligt de therapiefocus op het uitvoeren van staande transfers, waarbij een lichaamsgewicht symmetrisch verdeeld wordt over beide benen. (Amma et al., 2021)

Dagbesteding: Op basis van het COPM stellen ergotherapeuten doelen voor dagelijkse activiteiten en ontspanning van de patiënten. Ze begeleiden patiënten bij het uitvoeren van activiteiten vanuit de rolstoel binnen deze handelingsgebieden en geven advies over hulpmiddelen en aanpassingen in hun woon- en werkomgeving. De activiteiten worden afgestemd op de interesse van de patiënt om een zinvolle dagbesteding te creëren, wat de mentale gezondheid kan bevorderen. (Geertzen & Rietman, 2022)

Omgeving: De ergotherapeut gaat samen werken met de sociale dienst en de mutualiteit om de woonomgeving van de patiënt te analyseren en geven advies over eventuele aanpassingen om de veiligheid en zelfstandigheid te verbeteren. Zij kunnen bijvoorbeeld suggesties geven voor het aanpassen van de woning zoals het installeren van handgrepen of het herinrichten van de keuken zodat de patiënt deze zelfstandig kan gebruiken. Samen met het multidisciplinair team werken ze samen om de nodige interventies te coördineren en helpen ze de patiënten bij het regelen van voorzieningen en mantelzorg. (Geertzen & Rietman, 2022)

In de postoperatieve fase met prothese ligt de focus op het effectief leren functioneren met een prothese en het stimuleren van participatie in de maatschappij. Het therapieprogramma bouwt voort op de fase zonder prothese en richt zich op verscheidene handelingsgebieden, waarbij rekening gehouden wordt met de sociale-culturele context van de patiënt. Ergotherapeuten spelen een coachende rol om het zelfmanagement van de patiënt te bevorderen. (Geertzen & Rietman, 2022)

Zelfverzorging: Tijdens deze fase wordt de zelfstandigheid van de patiënt verder uitgebouwd. De patiënt wordt getraind om zowel met als zonder prothese te functioneren, waarbij de focus ligt op veiligheid en het vermijden van complicaties zoals pijn, oedeem en contracturen. Ergotherapeuten beoordelen de eerste ervaringen van de patiënt en oefenen de gewenste activiteiten in de thuisomgeving. Er wordt extra zorg besteed aan het voorkomen van huidproblemen door intensief contact met de prothese zoals het ontstaan van drukplekken of irritatie door gebruik van geschikte orthopedische materialen en hygiënemaatregelen. (Geertzen & Rietman, 2022)

Mobiliteit: Patiënten oefenen het staand werken en symmetrisch belasten van beide benen. Ergotherapeuten ondersteunen patiënten bij het verbeteren van stabalans, sta-
uithoudingsvermogen en het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Een rolstoel of ander vervoermiddel kan nodig zijn voor langere afstanden. Ergotherapeuten geven advies over de keuze van hulpmiddelen en vervoermiddelen, zoals elektrische scooter of rolstoel en helpen patiënten bij het gebruik ervan. Er wordt ook aandacht besteed aan het behouden van een correcte houding bij het gebruik van hulpmiddelen, om overbelasting van gewrichten te voorkomen. Er wordt specifiek aandacht besteed aan het opbouwen van zelfvertrouwen bij het zelfstandig lopen met een prothese, zodat de angst om te vallen verminderd. Er wordt gewerkt met specifieke looptrainingen die zich richten op het bevorderen van de gangpatronen en het verbeteren van de mobiliteit. (Geertzen & Rietman, 2022)

Dagbesteding en sport: Patiënten worden getraind om activiteiten zoals huishouden, werk en ontspanning uit te voeren met een prothese. Ergotherapeuten oefenen stabalanstraining en energiebeheer om klachten te vermijden en de belasting van het prothesebeen te verbeteren. Ze adviseren over werk- en studievoorzieningen zoals aangepaste stoelen, ergonomische stoelen en andere hulpmiddelen om patiënten met een amputatie van onderste lidmaat optimaal te ondersteunen. Verder ondersteunen ze patiënten bij het maken van een keuze op gebied van sport- en ontspanningsactiviteiten. (Geertzen & Rietman, 2022)

Hierbij speelt sport ook een cruciale rol. Het voortzetten van sportieve activiteiten na een amputatie zorgt niet alleen voor fysieke voordelen, zoals verbetering van de conditie en spierkracht, maar heeft ook een grote invloed op het psychologisch welzijn van patiënten. Het opnieuw beginnen met sporten is afhankelijk van hoe goed de stomp geneest en het niveau van functioneel herstel. Dit proces begint vaak enkele maanden nadat de prothese is aangemeten. (Geertzen & Rietman, 2022)

Het proces start met lichte bewegingsactiviteiten zoals stappen met de prothese of rolstoelactiviteiten. Met ondersteuning van een fysiotherapeut wordt de kracht stap voor stap opgebouwd. Voor patiënten die voordien sportief actief waren, wordt geprobeerd om deze sporten te hervatten. Sportprotheses worden meestal individueel op maat opgemeten om comfort en prestaties te verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld betrekking hebben op hardloopprotheses of protheses die geschikt zijn voor sporten met fysiek contact. (Geertzen & Rietman, 2022)

Daarnaast worden patiënten ook gemotiveerd om nieuwe sportactiviteiten te ontdekken. Populaire keuzes zijn: handbiken, zwemmen, krachttraining en rolstoelsporten. Ergotherapeuten ondersteunen niet alleen de fysieke training, maar begeleiden ook bij het zoeken naar geschikte sportverenigingen en geven advies over gepaste hulpmiddelen. Ze stimuleren ook sociale activiteiten en netwerken door patiënten aan te moedigen deel te nemen aan lokale sportevenementen of recreatieve activiteiten, wat bijdraagt aan sociale interactie en maatschappelijke integratie. Het vinden van een zinvolle sportactiviteit helpt patiënten hun zelfvertrouwen terug te krijgen en sociale contacten op te bouwen, wat hun re-integratie in de maatschappij verbeterd. (Geertzen & Rietman, 2022)

Omgeving: Ergotherapeuten integreren de culturele, sociale en fysieke omgeving van de patiënt in het revalidatieproces. Ze geven instructies aan familieleden over hoe ze de patiënt kunnen bijstaan bij het gebruik van de prothese en de verzorging van de stomp. Verder geven ze ook advies over voorzieningen en hulpmiddelen, begeleiden aanvraagprocedures en begeleiden patiënten bij het gebruik ervan. Daarnaast wordt er ook gefocust op het inrichten van de leefruimte waardoor de patiënt de prothese optimaal kan hanteren, inclusief ergonomische aanpassingen in het interieur en het gebruik van slimme technologieën. Ze zorgen ervoor dat de patiënt veilig kan functioneren in de eigen leefomgeving en de geoefende vaardigheden kan gebruiken in het dagelijks leven. Ergotherapeuten begeleiden patiënten ook met het aanpassen aan nieuwe mobiliteitsbehoeften zoals het veilig gebruiken van trappen of openbaar vervoer. (Geertzen & Rietman, 2022)

Naast de fysieke aspecten van revalidatie is het essentieel om de focus te leggen op de psychosociale aspecten van een amputatie. Een amputatie heeft een grote emotionele en psychologische effect op zowel de patiënt zelf als hun familie. Hierbij kunnen patiënten gevoelens van verlies, depressie en angst ervaren. Het verlies van een ledemaat kan een rouwproces veroorzaken, waarbij patiënten moeten leren omgaan met hun nieuwe situatie en de beperkingen die daarmee gepaard gaan. Het rouwproces kan sterk variëren van fase tot fase, waarbij bepaalde patiënten zich eerst verzetten tegen de realiteit, terwijl anderen hun situatie sneller accepteren. Hierbij is het essentieel dat zorgprofessionals zich bewust zijn van het feit dat rouw een onvoorspelbaar proces is en in verscheidene tijdsperioden gaan terugkeren. (Luuc, 2023)

Psychologische ondersteuning speelt een cruciale rol in het revalidatieproces. Psychologen ondersteunen patiënten bij het verwerken van hun verlies en het accepteren van hun nieuwe lichaam. Ze ondersteunen bij het omgaan met emoties zoals frustratie, verdriet en teleurstelling. Verder kunnen ze patiënten begeleiden bij het ontwikkelen van copingstrategieën om beter te leren omgaan met de uitdagingen die een amputatie met zich meebrengt. Er wordt ook steeds meer aandacht besteed aan mindfulness en meditatie als hulpmiddel om patiënten te ondersteunen in het omgaan met stress en angst waardoor ze zich meer in het moment kunnen concentreren en minder op hun verlies. (Luuc, 2023)

Psychologische ondersteuning legt ook de nadruk op het versterken van het zelfbeeld van de patiënt. Het herstellen van het zelfbeeld kan een uitdaging zijn na een amputatie vooral als het verlies van een ledemaat de manier waarop de patiënt zichzelf ziet, beïnvloedt. Het creëren van een gezonde houding tegenover het lichaam na de ingreep kan met behulp van cognitieve gedragstherapie, wat patiënten helpt om hun denken en gevoelens over hun lichaamsbeeld te veranderen. Het doel is dat patiënten hun nieuwe realiteit leren accepteren en zichzelf niet langer definiëren door wat ze hebben verloren, maar door hun kracht en veerkracht. (Luuc, 2023)

Ook voor de familieleden en mantelzorgers is psychologische begeleiding van belang. Zij kunnen gevoelens ervaren van machteloosheid, stress en verdriet. De dynamiek binnen het gezin kan keren na de amputatie, waarbij sommige personen zich kunnen overbelasten door zorgverantwoordelijkheid, terwijl anderen zich geïsoleerd kunnen voelen. Inzetten op psycho-educatie binnen het gezin kan helpen om meer begrip te krijgen voor de emotionele reis van de patiënt en de rol die zij kunnen aannemen in het herstelproces. Door het sociale netwerk te betrekken van de patiënt bij het revalidatietraject, kan er betere emotionele en mentale steun worden geboden aan zowel de patiënt als hun naasten. Het kan helpen om geregeld gezinsgesprekken of ondersteuningssgroepen aan te reiken, waarin ervaringen gedeeld kunnen worden en waarin de familieleden elkaar kunnen ondersteunen. (*Beenamputatie*, z.d.-c)

Ergotherapeuten werken gedurende het revalidatietraject nauw samen met andere zorgverleners zoals kinesisten, artsen, verpleegkundige, psychologen en sporttherapeuten om zorg te bieden die het volledige welzijn van de patiënt in overweging neemt. Deze multidisciplinaire teams zorgen ervoor dat alle aspecten van de zorg voor de patiënt aangepakt worden, van fysieke revalidatie tot emotionele en psychologische ondersteuning. (*Multidisciplinair Samenwerken in De Gezondheidszorg*, z.d.)

Voor het bieden van kwalitatieve zorg is een coördinatie van zorg binnen multidisciplinaire teams belangrijk. Het organiseren van regelmatige teamvergaderingen en open communicatie tussen de verschillende disciplines zorgen dat de behandelplannen goed op elkaar afgestemd zijn en dat er geen cruciale informatie verloren gaat. Dit draagt bij aan het verminderen van complicaties, het versnellen van het herstel en het vergroten van de patiënttevredenheid. (*Multidisciplinair Samenwerken in De Gezondheidszorg*, z.d.)

De coördinatie van zorg binnen multidisciplinaire teams speelt ook een belangrijke rol in de nazorg. Patiënten die een amputatie hebben ondergaan, hebben vaak nood aan langdurige zorg, zoals regelmatige controles van hun protheses, hulp bij het omgaan met fantoompijn en het bijsturen van revalidatiedoelen. Dit zorgt ervoor dat zorgverleners voortdurend in contact moeten blijven met de patiënt, ook na het formele revalidatietraject. (*Multidisciplinair Samenwerken in De Gezondheidszorg*, z.d.)

Een goede communicatie tussen de verschillende disciplines is van groot belang. Door het delen van kennis en expertise kunnen zorgprofessionals innovatieve werkwijzen en oplossingen ontwikkelen die anders misschien niet zouden worden opgemerkt. Dit resulteert in zorg die beter op elkaar is afgestemd en doeltreffende is. (*Multidisciplinair Samenwerken in De Gezondheidszorg*, z.d.)

In de huidige gezondheidszorg wordt er gestreefd naar een kortere ziekenhuisopname, wat wil zeggen dat patiënten sneller naar huis gestuurd worden na hun operatie. Dit beleid, dat zich richt op het verbeteren van de doorstroom en het verlagen van de kosten, heeft als gevolg dat patiënten en hun families meer zelf verantwoordelijk zijn voor het organiseren van zorg en aanpassingen in hun dagelijks leven. Dit betekent voor personen met een amputatie dat ze vaak al vroeg in het hersteltraject geconfronteerd worden met complexe uitdagingen zoals het gebruik van een prothese, pijnmanagement en het aanpassen van hun woning of werkplek. Hierdoor is goede ondersteuning in de thuissituatie van belang. (Borghans, 2013)

Deze verschuiving in zorg heeft geleid tot de opkomst van thuiszorg technologieën die patiënten kunnen helpen om hun herstelproces beter te beheren. Denk hierbij aan apps voor pijnmanagement, virtuele revalidatiebegeleiding en het gebruik van draagbare sensoren die vitale gegevens monitoren en terugkoppeling geven aan zorgverleners. Dit zorgt ervoor dat patiënten niet alleen in hun fysieke herstel ondersteund worden, maar ook in het monitoren van hun gezondheid op afstand. (Borghans, 2013)

Bij deze aspecten komt ergotherapie in de eerstelijnszorg in beeld. De ergotherapeuten spelen een essentiële rol bij het ondersteunen van patiënten om de overgang van het ziekenhuis naar huis te maken en het bijstaan in hun revalidatie- en aanpassingsproces. Door ondersteuning te bieden in de vertrouwde omgeving van de patiënt, kunnen ergotherapeuten ervoor zorgen dat patiënten beter in staat zijn om dagelijkse taken uit te voeren, zoals lopen, koken of werken. Verder kunnen ze ook praktische oplossingen geven, zoals het meubilair aanpassen, advies geven over hulpmiddelen en tot slot het trainen van familieleden om gepaste hulp te geven. (Bolt et al., 2019b)

Ergotherapeuten in de eerstelijnszorg spelen een belangrijke rol binnen de gezondheidszorg, omdat zij rechtstreeks toegankelijk zijn voor patiënten en vaak een overgangsfunctie vervullen tussen de specialistische zorg en de thuissituatie. Ze richten zich niet enkel op het herstelproces van fysieke functies, maar ook op het verbeteren van de algehele levenskwaliteit van patiënten. Ze passen een holistische aanpak toe, waarbij ze zowel de fysieke, emotionele als sociale aspecten van de patiënten meenemen in de behandeling. (Bolt et al., 2019b)

Daarnaast hebben ze ook een essentiële rol bij het signaleren van mogelijke complicaties die zich kunnen voordoen na een amputatie, zoals huidproblemen bij het gebruik van prothesen of aanhoudende fantoompijn. Door op tijd in te grijpen, kunnen ze het risico op bijkomende gezondheidsproblemen verkleinen. Verder geven ergotherapeuten vaak ergonomisch advies over aanpassingen op de werkplek, waardoor patiënten met een amputatie kunnen terugkeren naar hun werk en hun maatschappelijke participatie behouden. Dit is ook zeer belangrijk om gevoelens van isolatie en onzelfstandigheid te verminderen. (UZ Gent, 2015)

Bovendien is het betrekken van het sociale netwerk van de patiënt ook een belangrijk onderdeel van ergotherapie in de eerstelijnszorg. Familieleden en mantelzorgers zijn vaak cruciaal in het revalidatieproces. De ergotherapeuten geven hen niet alleen praktische hulp en training, maar ook psychologische ondersteuning, zodat ze goed voorbereid zijn op hun rol als ondersteuner. Deze gezinsgerichte aanpak helpt bij een meer geïntegreerde en duurzame revalidatie. (Brown, Voigt-Radloff, & Bonsaksen, 2009)

Ten slotte spelen ergotherapeuten in de eerstelijnszorg ook een belangrijke educatieve rol. Zij geven patiënten advies en informatie over hun rechten, zoals toegang tot hulpmiddelen en financiering via verzekeringen of overheidsprogramma's zoals het VAPH of de Vlaamse Sociale Bescherming. Dit kan de mensen met een amputatie sneller toegang geven tot de benodigde middelen en zorg, wat essentieel is voor een succesvol herstel. (Brown, Voigt-Radloff, & Bonsaksen, 2009)

Ergotherapeuten kunnen ook ondersteuning bieden bij de aanvraag van subsidies voor aangepaste hulpmiddelen, protheses en woningaanpassingen. Dit verkleint de financiële belasting voor de patiënt en hun familie, waardoor ze hun aandacht volledig kunnen richten op het herstelproces. Ze bieden verder ook doorverwijzingen naar lokale of nationale ondersteuningsnetwerken die aanvullende begeleiding kunnen bieden, zoals sportclubs voor mensen met een beperking of steungroepen voor mensen met amputaties. (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen et al., 2012)

De invulling van eerstelijnszorg verschilt van land tot land. Dit kan betrekking hebben op de werkplek van de therapeut (zoals thuis of in de gemeenschap) of om hoe de zorg gefinancierd wordt. Voor mensen met een amputatie is deze vorm van zorg belangrijk om hun zelfredzaamheid, mobiliteit en kwaliteit van leven te verbeteren. In bepaalde landen zoals Nederland wordt de financiering vaak geregeld via verzekeringssystemen, terwijl in andere landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, eerstelijnszorg wordt gezien als het eerste aanspreekpunt binnen de gezondheidszorg.

In België wordt de financiering van ergotherapeuten binnen de eerstelijnszorg geregeld aan de hand van een nomenclatuur van het RIZIV. Dit wil zeggen dat erkende ergotherapeuten interventies thuis kunnen uitvoeren tegen terugbetaling van het RIZIV, zoals geschreven in het Koninklijk Besluit van 15 december 2010. Dit bepaalt de revalidatieverstrekking voor patiënten die een revalidatieproces hebben afgerond in een door het RIZIV erkend of geconventioneerd revalidatiecentrum.

De terugbetaling is mogelijk voor de volgende thuisinterventies:

- Observatiebilan en beschrijvend rapport
- Oefensessies met functionele training (maximaal 7 sessies van 180 minuten)
- Informatie-, advies- en opleidingssessies over aanpassingen en functionele hulpmiddelen (maximaal 2 sessies van 60 minuten)

Het voorschrift van de revalidatiearts moet voldoen aan bepaalde voorwaarden om de zorgcontinuïteit te garanderen om voort te bouwen op de behaalde revalidatieresultaten die in het revalidatiecentrum zijn bereikt. (Ergotherapie Vlaanderen Vzw - Ergotherapie.be, z.d.)

Het financieren van eerstelijnszorg is een belangrijk aandachtspunt. De toegankelijkheid van zorg kan variëren, afhankelijk van de economische situatie van een land, de beschikbare middelen en het zorgbeleid. Het is essentieel dat er voldoende middelen beschikbaar zijn voor de behandeling en begeleiding van patiënten met amputaties, zodat zij het nodige

zorgpad kunnen volgen zonder onnodige obstakels te ervaren. Dit kan ook betekenen dat er inspanningen moeten worden geleverd om ergotherapie meer toegankelijk te maken voor mensen met een laag inkomen of in landelijke gebieden. (Voorham et al., 2016)

Mijn onderzoek richt zich op de ondersteuning van ergotherapeuten in de eerstelijnszorg die werken met mensen met een amputatie van het onderste lidmaat. Desondanks ergotherapeuten de primaire doelgroep van dit onderzoek zijn, heeft het indirect ook een belangrijke invloed op patiënten. Door het verbeteren van de vaardigheden en middelen van ergotherapeuten, kunnen patiënten uiteindelijk betere zorg en ondersteuning krijgen. De centrale vraag is: *“Aan welke vereiste dient een infobrochure met ergotherapeutische interventies en adviezen te voldoen om effectief ondersteuning te bieden aan ergotherapeuten in de eerstelijnszorg bij mensen met een amputatie van het onderste lidmaat?”*

Om deze vraag te beantwoorden, zal ik een infobrochure maken met praktische, ergotherapeutische interventies en adviezen die specifiek zijn gericht op deze doelgroep. Deze brochure is bedoeld als hulpbron voor ergotherapeuten in de eerstelijnszorg, om hen te ondersteunen bij de begeleiding van patiënten die een amputatie van het onderste lidmaat hebben ondergaan. (Bolt et al., 2019b)

De relevantie van dit project binnen de ergotherapie is duidelijk. Het bevordert niet alleen de zelfstandigheid en het welzijn van patiënten, maar helpt ook om hun dagelijkse activiteiten en gezondheidsproblemen beter te beheeren. Verder kan de brochure bijdragen aan de standaardisering van zorg binnen de ergotherapie. Dit is niet alleen tijdbesparend voor de ergotherapeuten, maar kan ook zorgen voor een eenduidige en doeltreffende aanpak, ongeacht de individuele expertise van de therapeut. Daarnaast biedt de brochure mentale en emotionele ondersteuning, wat essentieel is binnen de integrale zorgbenadering. Voor ergotherapeuten kan de brochure tijd besparen en bijdragen aan een efficiëntere begeleiding, met minder noodzaak tot frequente consultaties.

Kortom, dit onderzoek streeft ernaar een waardevolle bijdrage te bieden aan zowel de kwaliteit van leven van mensen met een amputatie als aan de ondersteuning van ergotherapeuten in de eerstelijnszorg.

2. Methode

2.1 Onderzoeksontwerp

In mijn onderzoek maak ik gebruik van een gemengd methodisch ontwerp, waarbij ik zowel een kwantitatieve als kwalitatieve dataverzamelmethode gebruik. Deze aanpak is gekozen om zowel algemene inzichten (via kwantitatieve data) als gedetailleerde inzichten (via kwalitatieve data) te verkrijgen. Dit is relevant voor het creëren van een goed onderbouwde infobrochure die aansluit bij de noden van ergotherapeuten. Het primaire doel van dit onderzoek is om een infobrochure te ontwikkelen die ergotherapeuten in de eerste lijn helpt bij het begeleiden van patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat. Door zowel vragenlijsten als interviews te gebruiken in mijn onderzoek, wil ik een goed beeld krijgen van de behoeften, voorkeuren en ervaringen van ergotherapeuten met betrekking tot de inhoud van de infobrochure. Ook zal de brochure zo ontworpen worden dat patiënten er ook zelfstandig mee aan het werk kunnen. Het kwantitatieve onderdeel geeft inzichten in algemene trends en voorkeuren via een korte vragenlijst. Het kwalitatieve onderdeel legt de nadruk meer op gedetailleerde ervaringen en perspectieven van ergotherapeuten op basis van semigestructureerde interviews. Door deze methoden te combineren, kan ik zowel een algemeen als een gedetailleerd beeld krijgen in de ondersteuningsbehoeften.

2.2 Doelgroep en proefpersonen

De doelgroep van dit onderzoek richt zich op ergotherapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg en ervaringen hebben in het ondersteunen van patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat. Om deel te nemen aan het onderzoek zijn er inclusiecriteria namelijk: (1) ergotherapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg en (2) ervaring hebben met het begeleiden van patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat. Indien ergotherapeuten niet voldoen aan deze criteria, worden ze uitgesloten van deelname. Het gewenste aantal deelnemers is minstens 15 voor de vragenlijst en +/- 5 voor de interviews, afhankelijk van de beschikbaarheid en responsgraad.

2.3 Setting en rekrutering

De vragenlijsten zullen door middel van e-mail en Google Forms, een enquêteplatform, verspreid onder eerstelijns ergotherapeuten. De interviews zullen worden afgenomen online of op een plaats naar keuze van de geïnterviewde, afhankelijk van hun voorkeur. De rekrutering van deelnemers gebeurt via verschillende kanalen, zoals beroepsverenigingen en zorgorganisaties. Verder worden sociale mediaplatforms zoals Facebook gebruikt om ergotherapeuten te bereiken. Gedurende mijn stage in het revalidatiecentrum in Pellenberg is er bovendien ook gelegenheid om rechtstreeks contact te leggen met ergotherapeuten die mogelijks willen deelnemen aan het onderzoek. In de vragenlijst wordt expliciet gevraagd of respondenten bereid zijn deel te nemen aan een interview.

2.4 Dataverzameling en werkwijze

De dataverzameling verloopt in twee fasen. In de eerste fase wordt een vragenlijst met korte, gestructureerde vragen verspreid. Hiermee wordt er bewust gekozen voor ja/nee-vragen en korte antwoordmogelijkheden om de tijdsbesteding voor de ergotherapeuten te beperken en de responsgraad te verhogen. Voorbeelden van vragen zijn: “Heeft u ervaring met het begeleiden van patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat?” en “Welke interventies gebruikt u momenteel?” Verder wordt na gegaan welke informatie ergotherapeuten bruikbaar zouden vinden in een infobrochure.

In de tweede fase worden semigestructureerde interviews afgenomen met een geselecteerde groep ergotherapeuten. Deze keuze is gemaakt omdat semigestructureerde interviews meer flexibiliteit vragen dan gestructureerde interviews, waardoor er dieper kan ingegaan worden op de persoonlijke ervaringen en specifieke uitdagingen van de ergotherapeuten. Dit geeft de mogelijkheid om door te vragen en nieuwe inzichten te verwerven die niet altijd met gestandaardiseerde vragen naar voren zouden komen. Na toestemming van de ergotherapeuten worden de interviews opgenomen, zodat ze later kunnen worden uitgeschreven voor analyse. Voorbeelden van vragen in het interview zijn: “Kunt u beschrijven welke moeilijkheden u tegenkomt bij het werken met patiënten met een amputatie?” en “Welke ondersteuning zou u bruikbaar vinden in een infobrochure?”. (Genau, 2023)

2.5 Ergotherapeutische methodiek

In de infobrochure zullen praktische, ergotherapeutische interventies en adviezen gebruikt worden die specifiek gericht zijn op de begeleiding van patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat. Deze methoden zullen gebaseerd worden op basis van bestaande literatuur en de feedback van deelnemende ergotherapeuten. Het doel is om een hulpmiddel te ontwikkelen dat ergotherapeuten in de eerstelijnszorg ondersteunt hun patiënten beter te kunnen begeleiden.

2.6 Onderzoeksmethode

De kwantitatieve data zal door middel van korte, gestructureerde vragenlijst verzameld worden. Deze vragenlijsten zullen voornamelijk bestaan uit ja/nee-vragen en korte antwoordmogelijkheden. De kwalitatieve data zal verzameld door middel van interviews met een geselecteerde groep ergotherapeuten. Deze interviews zullen worden afgenomen via face-to-face gesprekken of online.

2.7 Procedure

Via e-mails en online enquêteplatforms worden de vragenlijsten verspreid naar ergotherapeuten in de eerstelijnszorg. De deelnemers worden gevraagd om de vragenlijst binnen een bepaalde periode in te vullen en in te sturen. De verzamelde data zal opgeslagen worden en geanalyseerd worden. De interviews zullen op een tijdstip dat geschikt is voor de deelnemers gepland worden en later worden uitgeschreven voor analyse.

2.8 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te verzekeren, zullen verschillende maatregelen genomen worden. Als eerst wordt triangulatie toegepast door het gebruik van zowel vragenlijsten als interviews om data te verzamelen. Dit zorgt voor een volledig en nauwkeurig beeld te krijgen van de behoeften en ervaringen van ergotherapeuten.

2.9 Ethische overwegingen

Alle deelnemers zullen voor het onderzoek geïnformeerd worden of het doel van het onderzoek, de procedure en hoe hun data zal gebruikt worden. Schriftelijke toestemming zal worden verkregen door deelname aan de vragenlijsten en interviews, net als voor het opnemen van de interviews. De anonimiteit van de deelnemers zal ook steeds gewaarborgd worden.

2.10 Vragenlijst

Voor de kwantitatieve dataverzameling wordt een gestructureerde vragenlijst opgesteld in Google Forms en verspreid via een standaardmail. De vragenlijst bevat zowel gesloten als kleine open vragen en richt zich op:

- Werking in de eerstelijnszorg
- Ervaring met het begeleiden van patiënten met een amputatie
- Aantal jaren werkervaring als ergotherapeut
- Frequentie en type interventies bij deze doelgroep
- Behoeften en voorkeuren met betrekking tot ondersteunend materiaal

De verzamelde gegevens geven inzicht in algemene trends en noden binnen de eerstelijnszorg en vormen een basis voor de verdere ontwikkeling van de infobrochure.

2.11 Interviews

Voor de kwalitatieve dataverzameling worden semigestructureerde interviews afgenomen bij ergotherapeuten die voldoen aan de inclusiecriteria. De interviews vinden plaats via een fysieke afspraak of online, afhankelijk van de voorkeur van de deelnemer.

De interviews gaan dieper in op:

- Ervaringen met het begeleiden van patiënten met een amputatie
- Uitdagingen en behoeften in de praktijk
- Samenwerking met andere zorgverleners
- Verwachtingen en voorkeuren voor een ondersteunende infobrochure

Deze gesprekken worden opgenomen (mits toestemming) en geanalyseerd via thematische codering.

3. Resultaten

3.1 Vragenlijst

In het kader van deze bachelorproef werd een informatieve brochure ontwikkeld om ergotherapeuten in de eerstelijnszorg te ondersteunen bij het begeleiden van patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat. De brochure is opgebouwd uit verschillende onderwerpen namelijk, interventies, prothese gebruik, draagschema, hulpmiddelen, tips en bruikbare informatie. Deze verschillende onderwerpen kunnen een efficiëntere en patiëntgerichte therapie bevorderen. Om de inhoud van de brochure zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de noden en verwachtingen binnen de praktijk, werd er gebruik gemaakt van zowel een kwantitatief als een kwalitatief onderzoek. Enerzijds werd er een online vragenlijst gedeeld onder ergotherapeuten die in de eerstelijnszorg werkzaam zijn. Deze vragenlijst peilde naar zowel algemene informatie als naar hun ervaringen in het begeleiden van amputatiepatiënten en hun wensen rond de inhoud van een ondersteunende infobrochure.

Anderzijds werden er drie semigestructureerde interviews afgenomen bij 2 ergotherapeuten die halftijds werken in de eerstelijnszorg en 2 ergotherapeuten die werkzaam zijn in een revalidatieziekenhuis. De interviews gaven de mogelijkheid om verder in te gaan op de vragen en thema's uit de vragenlijst zoals de woningaanpassingen, informatiebehoeften en specifieke suggesties voor de inhoud van de brochure.

Het onderzoek is gekoppeld aan mijn stageplaats in revalidatiecentrum UZ Pellenberg, op de amputatieafdeling. De ervaringen en inzichten die ik heb opgedaan, zowel tijdens mijn stage als tijdens mijn onderzoek, hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de infobrochure. De brochure is gemaakt voor ergotherapeuten in de eerstelijnszorg die werken met amputatiepatiënten en zal gedeeld worden met zelfstandige praktijken en eventueel ook met het revalidatiecentrum Pellenberg.

De vragenlijst die werd ingevuld door vijf ergotherapeuten biedt waardevolle inzichten in de dagelijkse praktijk van het begeleiden van amputatiepatiënten van het onderste lidmaat. De verscheidenheid in hun antwoorden toont hun verschillen aan in werkervaring, kennisniveau en werkomgeving, die impact hebben op de manier waarop de zorg wordt vormgegeven. De meeste deelnemers zijn ergotherapeuten met al jaren ervaring: vier van de vijf zijn al meer dan zes jaar actief in hun job, waarvan zelfs drie meer dan tien jaar ervaring hebben. Deze ervaren ergotherapeuten werken of werkten in de eerstelijnszorg, hoewel één van hen

inmiddels buiten deze setting werkt. Het aantal patiënten dat door de eerstelijns ergotherapeuten wordt begeleidt, verschilt aanzienlijk. Sommige van hun zien jaarlijks meer dan vijftien patiënten, terwijl anderen minder dan vijf patiënten per jaar begeleiden. Deze verschillen zijn enerzijds te wijten aan de verschillende werkcontexten en anderzijds de mate van specialisatie binnen de teams.

Wat betreft de doelgroep werken de meeste ergotherapeuten voornamelijk met patiënten boven de 45 jaar en ouder. Dit komt overeen met de epidemiologische gegevens die aangeven dat amputaties vaker voorkomen bij oudere volwassenen, grotendeels als gevolg van vasculaire aandoeningen of diabetes.

De therapeuten bieden diverse en brede begeleiding binnen hun interventies, aangepast aan verschillende behoeften en situaties. De vijf deelnemers noemen mobiliteit, ADL, transfers, balans- en krachtoefeningen als vaste elementen van hun begeleiding. Verder worden prothesegebruik, woningaanpassingen en psychosociale ondersteuning vaak vermeld. Dit duidt op een holistische wijze van de zorg, waarbij zowel lichamelijke als mentale onderdelen van het hersteltraject aan bod komen.

Woningaanpassingen vormen een essentieel onderdeel van de begeleiding. Aanpassingen die vaak geadviseerd worden zijn douchestoelen, drempelhulpen en handgrepen. Echter ervaren ergotherapeuten nog steeds obstakels, zoals de hoge kosten van de aanpassingen en een gebrek aan informatie over beschikbare voorzieningen. Bovendien wordt er aangewezen dat er onzekerheid is over het proces rond het aanvragen van financiële tegemoetkomingen. Enkele therapeuten begeleiden de patiënten hier actief in, terwijl anderen aangeven dat zij dat minder goed kunnen doen wegens onduidelijke procedures of beperkte ervaring en kennis. Bovendien nemen de aanvraagprocessen vaak veel tijd in beslag, wat samen met de tijdsdruk in de eerstelijnszorg een extra belemmering vormt.

Daarnaast blijkt dat de samenwerking met de andere zorgverleners ook niet altijd optimaal verloopt. Waar sommige ergotherapeuten tevreden zijn over de communicatie en samenwerking, ervaren anderen juist dat de afstemming binnen de zorg tekortschiet. Een beperkte communicatie wordt voornamelijk als knelpunt genoemd. Dit duidt op een vereiste tot betere interdisciplinaire samenwerking bij de zorg voor amputatiepatiënten.

Tot slot gaven de deelnemers aan nood te hebben aan meer gerichte richtlijnen en praktische ondersteuning, met name het gebruik van de prothese en de aanpak van specifieke problemen over bepaalde interventies. De vijf ergotherapeuten gaven aan dat een informatiebrochure met praktische interventies en adviezen een meerwaarde zou zijn, evenzeer voor henzelf als voor hun patiënten en hun netwerk. De onderwerpen die zij willen terugzien in de brochure zijn onder andere het gebruik van hulpmiddelen, correct prothese gebruik en revalidatietechnieken.

3.2 Interviews

In verband met deze bachelorproef werden vier ergotherapeuten geïnterviewd met uitgebreide ervaring in de begeleiding van personen met een amputatie van het onderste lidmaat. Twee van hen werken halftijds binnen de eerstelijnszorg en de andere twee therapeuten zijn werkzaam in een revalidatieziekenhuis. De verschillende werkcontexten van de geïnterviewde zorgen voor veelzijdige inzichten in de ergotherapeutische ondersteuning na amputatie. De interviews vormen dan ook een cruciale basis voor het samenstellen van de infobrochure, waarin gekozen werd voor specifieke onderwerpen zoals prothesegebruik, draagschema's, functionele interventies, hulpmiddelen en bruikbare informatiebronnen.

Een terugkerend onderwerp in de interviews is het gebruik van de prothese. Alle deelnemers gaven aan dat het vinden van een juiste pasvorm van een prothese één van de grootste moeilijkheden is. De pasvorm van de prothese verandert veel gedurende de dag, afhankelijk van de fysieke toestand van de patiënt, waardoor comfort en functionaliteit variëren. Dit maakt het noodzakelijk om nauw samen te werken met bandagisten. In de praktijk wordt duidelijk dat dit niet altijd vanzelfsprekend is, omdat bandagisten slechts op beperkte tijdstippen beschikbaar zijn. Dit verkleint de kans tot gerichte aanpassingen en oefening. Het gebruik van meerdere prothesekousen, dat afhankelijk is van de zwelling van de stomp, kan voor patiënten verwarrend zijn. Om die reden werd in de infobrochure specifiek aandacht besteed aan het gebruik van een prothese en de bijhorende draagschema's waardoor ergotherapeuten handvaten hebben om deze aspecten te bespreken met patiënten.

Naast de prothese zelf vormen functionele interventies een relevant onderdeel van de begeleiding. Ergotherapeuten richten zich op dagelijkse handelingen zoals traplopen, transfers, huishoudelijke taken, buitenverplaatsingen en rolstoelgebruik. Het einddoel is om patiënten zelfstandig te laten functioneren in hun eigen omgeving. Hierbij is het opbouwen van zelfvertrouwen een centraal, maar vaak uitdagend onderdeel. Voor ergotherapeuten die nog niet veel ervaring hebben met amputatiepatiënten, werd gekozen om in de infobrochure specifieke voorbeelden van functionele interventies te integreren, zodat zij weten waarop ze

moeten focussen in de thuisomgeving. Op deze flap werd ook een grafiek ingevoegd met de titel 'verbetering in zelfstandigheid na interventie bij prothesegebruikers'. Deze grafiek geeft op een visuele manier weer wat het effect is van verschillende interventies, zoals ADL-training, mobiliteitstraining, energiebesparende technieken en oefenvormen. De voorkeur voor een grafiek is bewust gekozen: visuele elementen maken informatie vaak sneller helder en makkelijker te begrijpen. Daarnaast kan de ergotherapeut op deze manier in één oogopslag zien welke interventies het meest effectief zijn om zelfstandigheid van de patiënt te bevorderen.

Twee van de vier ergotherapeuten haalden ook het belang van hulpmiddelen en praktische tips aan. Hoewel niet elke ergotherapeut dit heeft benoemd in het interview, werd duidelijk dat creatief omgaan met de thuissituatie en het inzetten van eenvoudige hulpmiddelen het functioneren van patiënten behoorlijk kan verbeteren. Denk aan antislipmateriaal, drempelhulpen of wandbeugels. Daarmee werd in de brochure een aparte flap voorzien waarin hulpmiddelen en tips worden opgesomd die regelmatig bruikbaar zijn in de begeleiding van deze doelgroep.

Bovendien bleek er een duidelijke behoefte aan toegankelijke en praktische informatie. Alle vier de therapeuten benoemden dat ze vaak uitdagingen ervaren om up-to-date te blijven over nieuwe technologieën, zoals de verschillende types protheses. De beschikbare informatie is vaak technisch, wat het moeilijk maakt om te begrijpen wat dit in de praktijk betekent. Hierdoor werd er in de brochure gekozen om alle bruikbare informatiebronnen samen te bundelen: websites van protheseproducenten, lotgenotenverenigingen, sportorganisaties (G-sport) en diensten zoals het VAPH. Deze informatie helpt niet alleen ergotherapeuten met minder kennis, maar zijn ook bruikbaar voor doorverwijzing of zelfs voor patiënten die visueel materiaal nodig hebben om instructies beter te begrijpen. Dit onderdeel van de infobrochure is gebaseerd op de noden van de deelnemers aan overzichtelijke en praktische informatiekanalen.

Een belangrijk onderdeel dat in alle interviews vermeld werd, maar dat niet als apart thema opgenomen werd in de brochure, is de begeleiding bij woningaanpassingen en de administratieve procedures die daarbij horen. Al de geïnterviewde ergotherapeuten gaven gezamenlijk aan dat aanvragen via organisaties zoals het VAPH vaak gepaard gaan met lange wachttijden, moeilijke aanvraagprocedures en onduidelijke communicatie. Ondanks dat dit een belemmering vormt in het re-integratieproces van patiënten, werd ervoor gekozen om dit niet in de brochure op te nemen, omdat ergotherapeuten zelf weinig invloed hebben op deze structurele problemen. De brochure legt de nadruk op wat binnen de eigen

professionele praktijk haalbaar en beïnvloedbaar is. Om toch ondersteuning te bieden, werden belangrijke essentiële websites en contactpunten opgenomen, dit maakt dat ergotherapeuten patiënten kunnen doorverwijzen en hen helpen zich beter wegwijs te maken in de administratieve procedures. Het is essentieel dat ergotherapeuten zich bewust zijn van deze belemmeringen, zodat zij hier op een realistische en empathische manier over kunnen communiceren met patiënten, zonder verkeerde verwachtingen te scheppen.

Tot slot is er bewust nagedacht over de visuele en inhoudelijke opbouw van de infobrochure. Op de voorzijde, die meteen zichtbaar is bij het openen, werden de drie meest praktische en direct bruikbare thema's geplaatst: prothesegebruik, draagschema en functionele interventies. Dit zijn thema's waar ergotherapeuten direct mee aan de slag kunnen in de thuisomgeving. Aan de achterkant van de brochure werd gekozen voor aanvullende onderwerpen zoals hulpmiddelen, tips en bruikbare informatiebronnen. Deze onderwerpen bieden extra ondersteuning en sluiten logisch op elkaar aan. Daarom zijn ze op de achterkant geplaatst. Op die manier sluit de structuur van de brochure goed aan bij de noden van de praktijk; eerst concrete actiepunten, daarna verdieping en bijkomende informatie.

Samenvattend blijkt uit de interviews dat de ergotherapeutische ondersteuning van personen met een amputatie veelzijdig en contextafhankelijk is. De focus ligt op het functioneel en cliëntgericht werken, het ondersteunen van zelfstandigheid en het omgaan met technologische en praktische uitdagingen. De onderwerpen in de infobrochure werden dan ook zorgvuldig gekozen op basis van deze bevindingen, met als doel om ergotherapeuten een duidelijk, realistisch en bruikbaar hulpmiddel te bieden voor in hun dagelijkse praktijk.

4. Discussie

De centrale onderzoeksvraag van dit eindwerk was: *“Aan welke vereisten dient een infobrochure met ergotherapeutische interventies en adviezen te voldoen om effectief ondersteuning te bieden aan ergotherapeuten in de eerstelijnszorg bij mensen met een amputatie van het onderste lidmaat?”*. Het antwoord op deze vraag werd gevonden door een gemengd systematisch ontwerp, opgebouwd uit een vragenlijst en semigestructureerde interviews. Ergotherapeuten blijken nood te hebben aan een praktijkgerichte, overzichtelijke en toegankelijke infobrochure met heldere richtlijnen over prothesegebruik, functionele interventies en het toepassen van hulpmiddelen, dit werd vastgesteld op basis van de resultaten. Verder omvat de brochure ook informatie over relevante doorverwijzingen en toepasbare tips voor de dagelijks praktijk.

De resultaten stemmen overeen met bestaande literatuur waarin het nut van ondersteuning voor ergotherapeuten in de eerste lijn wordt benadrukt. Uit onderzoek Bolt et al. (2019b) blijkt dat ergotherapeuten in de eerstelijnszorg een belangrijke rol spelen bij de overgang van revalidatiecentrum naar thuisomgeving, waarbij hun begeleiding direct bijdraagt aan het behouden van zelfredzaamheid en participatie. De noden die uit dit onderzoek naar voren kwamen, zoals het gebrek aan tijd, beperkte samenwerking met andere zorgverleners en de behoeften aan toegankelijke, praktijkgerichte informatie, komen overeen met de uitdagingen die ook in eerdere studies beschreven werden. (Brown et al., 2019b)

Verder is actuele kennis over technologische ontwikkelingen belangrijk. De ergotherapeuten ondervinden moeilijkheden om op de hoogte te blijven van nieuwe types en soorten prothesen en technologische vernieuwingen. Dit geeft aan dat er nood is aan up-to-date en duidelijke informatiebronnen, zoals een gestructureerde infobrochure.

Dit onderwerp was niet zonder beperkingen. Een essentieel aandachtspunt is het beperkt aantal deelnemers: slechts vijf ergotherapeuten vulden de vragenlijst in en vier namen deel aan het interview. De gewenste aantallen van deelnemers werden dus niet bereikt. Dit kan duiden op verschillende oorzaken. Mogelijk is de onderzoeksvraag te specifiek verwoord, wat er voor zorgt dat de doelgroep te klein werd. Bovendien blijkt uit de praktijkervaring dat het aantal gespecialiseerde ergotherapeuten die werken met amputatiepatiënten in de eerstelijnszorg beperkt is. Ook de gekozen rekruteringskanalen zoals e-mails, facebookgroepen van ergotherapeuten en persoonlijke contacten bereikten mogelijks niet de

volledige doelgroep. Dit heeft ervoor gezorgd dat de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt is.

Daarnaast werd aan het begin van het onderzoek overwogen om een brochure te ontwikkelen die zowel gericht was op ergotherapeuten als op patiënten. Naar verloop van tijd werd duidelijk dat een dergelijke brochure ontwikkelen voor deze beide doelgroepen te moeilijk was binnen de termijn van de bachelorproef. Voor een toekomstig onderzoek kan overwogen worden om ook een versie te ontwikkelen die specifiek gericht is op patiënten, in begrijpelijke taal, met visuele ondersteuning en informatie over het dagelijks gebruik van een prothese in de thuissituatie.

Bovendien zou een toekomstig onderzoek de effectiviteit van de brochure kunnen beoordelen door deze actief te testen in de praktijk. Feedback van ergotherapeuten en mogelijks ook patiënten kan dan bruikbaar zijn om de inhoud verder te verfijnen. Ook kan gedacht worden aan het uitbreiden van de infobrochure naar een digitaal platform, mogelijks met instructievideo's of interactieve elementen.

Een vaak voorkomende uitdaging bij de geïnterviewde ergotherapeuten betreft de aanvraag van hulpmiddelen en woningaanpassingen via organisaties zoals het VAPH. De administratieve last, onduidelijke procedures en lange wachttijden worden als verstorend ervaren in het zorgproces. Patiënten en hun omgeving geven hierdoor soms de moed op, wat het risico verhoogt op uitstel van noodzakelijke aanpassingen of zelfs terugval in hun zelfstandigheid. Ondanks dat de administratieve aspecten geen centraal onderdeel vormden van de ontwikkelde brochure, kwam uit de interviews duidelijk naar voren dat er behoefte is aan ondersteuning op dit vlak. Een toekomstige bachelorproef zou hierop kunnen voortbouwen door bijvoorbeeld een praktische checklist of digitale gids te creëren die patiënten en ergotherapeuten ondersteunt bij het aanvragen van hulpmiddelen of tegemoetkomingen.

De resultaten zijn bijzonder relevant voor de ergotherapeutische praktijk. Ze geven aan dat ergotherapeuten in de eerstelijnszorg vaak werken met beperkte middelen en dat ze kampen met tijdsdruk en administratieve uitdagingen. Tegelijkertijd spelen ze een belangrijke rol in de begeleiding van amputatiepatiënten. Een goed uitgewerkte brochure kan een essentiële ondersteuning leveren om de zorg efficiënter en cliëntgerichter te maken. Door het aanbieden van concrete richtlijnen, draagschema's, tips voor hulpmiddelengebruik en doorverwijzingen, kunnen ergotherapeuten hun begeleiding optimaliseren en patiënten helpen bij het behouden van hun zelfredzaamheid.

Tot slot kaderen deze bevindingen binnen bredere maatschappelijke ontwikkelingen. Het aantal amputaties stijgt de laatste jaren door de toenemende vergrijzing en stijging van chronische aandoeningen zoals diabetes. Tegelijk zet deze gezondheidszorg meer in op kortere ziekenhuisopnames en meer thuiszorg (Borghans, 2013). Deze verschuiving zorgt ervoor dat patiënten sneller thuis geconfronteerd worden met moeilijke uitdagingen, terwijl hun omgeving rond hen niet altijd voldoende ondersteund is. Een praktische infobrochure, zoals in dit eindwerk ontwikkeld, kan bijdragen aan het bevorderen van onze zorgkwaliteit en continuïteit.

5. Conclusie

Uit de resultaten van de vragenlijst komt naar boven dat ergotherapeuten bij de begeleiding van amputatiepatiënten van het onderste lidmaat verschillende uitdagingen ervaren. Er is vooral vraag naar duidelijke richtlijnen en praktische informatie over prothesegebruik. Verder werd aangegeven dat het aanbod aan toegankelijke, praktijkgerichte materialen en bijscholingen op dit ogenblik onvoldoende aansluit bij de behoeften van ergotherapeuten, zeker binnen de eerstelijnszorg. Kenmerkend is dat slechts vijf deelnemers de vragenlijst hebben ingevuld, terwijl het initiële doel was om vijftien deelnemers te vinden. Ondanks een grote verspreiding via verschillende kanalen, bleef de respons beperkt. Dit kan erop wijzen dat ergotherapeuten in de eerstelijnszorg die werken met deze doelgroep relatief schaars zijn of dat zij moeilijk bereikbaar zijn via bestaande communicatiekanalen.

Ook voor de interviews werd oorspronkelijk gestreefd naar vijf deelnemers, maar slechts 4 ergotherapeuten waren bereid om deel te nemen. Deze beperkte respons ondersteunt de indruk dat er een ondervertegenwoordiging is van ergotherapeuten die ervaring hebben in amputatiezorg binnen de eerstelijnszorg. Dit zorgt voor een belangrijke vaststelling, aangezien de vraag naar functionele begeleiding thuis steeds meer toeneemt, maar het aanbod beperkt blijft.

Uit de interviews zelf blijkt dat ergotherapeuten, ongeacht de setting, sterk inzetten op het verbeteren van de zelfstandigheid en het aanleren van functionele handelingen, afgestemd op de individuele context van de patiënt. De uitdagingen die bij elke ergotherapeut terug komen is onder andere de wisselende pasvorm van de prothesen, pijnklachten, administratieve moeilijkheden bij het aanvragen van hulpmiddelen of woningaanpassingen.

Er komen bepaalde verschillen naar voren in de werkomstandigheden: zo worden in de eerstelijnszorg vooral huisbezoeken gedaan, terwijl therapeuten in het ziekenhuis hier niet meer toe komen. Daarnaast verschilt de toegang tot andere zorgverleners ook sterk per setting.

Als het gaat over informatievoorzieningen ervaren alle geïnterviewden een tekort aan toegankelijke en actuele kennis over technologische ontwikkelingen in protheses. Zowel de therapeuten uit de eerstelijnszorg als uit de revalidatiesetting vragen voor betere, toegankelijke en bruikbare bijscholing in Vlaanderen. Er is een grote behoefte aan een praktische infobrochure. De deelnemers vinden dat dergelijke brochure niet alleen waardevol is voor collega-therapeuten, maar ook voor patiënten en hun netwerk. Zo'n hulpmiddel kan bijdragen aan meer inzicht, zelfstandigheid en geïntegreerde zorg na amputatie.

6. Referenties

Amma, R., Hisano, G., Murata, H., Major, M. J., Takemura, H., & Hobara, H. (2021). Inter-limb weight transfer strategy during walking after unilateral transfemoral amputation.

Scientific Reports, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-84357-9>

Amptraide. (z.d.). <https://www.amptraide.org/>

Beenamputatie. (z.d.-c). Radboudumc.

<https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/behandelingen/beenamputatie>

Bolt, M., Ikking, T., Baaijen, R., & Saenger, S. (2019b). Occupational therapy and primary care. *Primary Health Care Research & Development*, 20.

<https://doi.org/10.1017/s1463423618000452>

Borghans, I. (2013). Kortere opnameduur in ziekenhuizen en de relatie met kwaliteit en veiligheid van de zorg. In *KWALITEIT IN ZORG: Vol. NUMMER 1* (pp. 33–34) [Thesis].

<https://www.overkwaliteitvanzorg.nl/wp-content/uploads/2017/12/KIZ20130108.pdf>

Brown, T., Voigt-Radloff, S., & Bonsaksen, T. (2009). Wetenschappelijk onderzoek in de ergotherapie: Overdenkingen na het achtste Europese congres. *Wetenschappelijk Tijdschrift voor Ergotherapie*, 1, 20-23.

Ergotherapie Vlaanderen vzw - Ergotherapie.be. (z.d.). <https://www.ergotherapie.be/NL/web-2415/Welkom>

Geertzen, J.H.B, & Rietman, J.S. (2022). Revalidatie na een beenamputatie. Koninklijke Van Gorcum.

HOME | piekernie. (z.d.). Piekernie. <https://www.piekernievzw.com/>

Home. (z.d.). <https://vias.be/>

Homepage | VAPH. (2025, April 29). <https://www.vaph.be/>

It-Onderzoeken. (2024, September 11). 3 manieren waarop AI een revolutie teweegbrengt in verstandgestuurde protheses - IT Researches. *IT-onderzoeken*.

<https://itresearches.com/nl/3-manieren-waarop-ai-een-revolutie-teweegbrengt-in-geestgestuurde-protheses/>

Luuc. (2023, December 4). *Psychische gevolgen amputatie*. Gevolgen Van.

<https://www.gevolgenvan.nl/psychische-gevolgen-amputatie/>

Multidisciplinair samenwerken in de gezondheidszorg. (z.d.).

<https://mediris.be/nl/nieuws/multidisciplinair-samenwerken-in-de-gezondheidszorg/?lid=22837>

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, CBO, International Society for Prosthetics and Orthotics, Afdeling Nederland, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Orthopaedische Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, & Verenso, vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde. (2012). *RICHTLIJN AMPUTATIE EN PROTHESIOLOGIE ONDERSTE EXTREMITÉIT*. <https://www.ispo.nl/bestanden/amputatie-en-prothesiologie-onderste-extremiteit-2012-0.pdf>

OpenAI. (2024). ChatGPT [Large language model]. <https://chatgpt.com/>

OpenAI. (2025). ChatGPT [Large language model]. <https://chatgpt.com/>

Össur | *Life Without Limitations | Prosthetics, bracing & support*. (z.d.).

<https://www.ossur.com/nl-be>

Rehabilitation following amputation. (z.d.). [Video]. Mayo Clinic.

<https://medprofvideos.mayoclinic.org/videos/rehabilitation-following-amputation>

Revalidatie na amputatie van ledematen. (z.d.). UZ Leuven.

<https://www.uzleuven.be/nl/revalidatiecentrum-pellenberg/revalidatie-na-amputatie-van-ledematen>

Revalidatie na amputatie van ledematen. (z.d.-c). UZ Leuven.

<https://www.uzleuven.be/nl/revalidatiecentrum-pellenberg/revalidatie-na-amputatie-van-ledematen>

Revalidatie na een beenamputatie: EBSCOhost. (z.d.).

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=2086e09c-b111-454b-be99-f95ca0c28137%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNzbyZsYW5nPW5sJnNpdGU9ZWVvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=2234709&db=nlebk>

Sport Vlaanderen. (z.d.). Vlaanderen.be.

<https://www.vlaanderen.be/organisaties/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-cultuur-jeugd-sport-en-media/sport-vlaanderen>

Sporten en bewegen met een beperking, psychische kwetsbaarheid of chronische aandoening. (z.d.). G-sport Vlaanderen. <https://www.gsportvlaanderen.be/>

UZ Gent. (2015). *Amputatie van een onderste lidmaat* (pp. 1–6).

<https://www.uzgent.be/sites/default/files/documents/Amputatie%20van%20een%20o>

Vertalen met DeepL Translate - 's werelds meest accurate vertaler. (z.d.).

<https://www.deepl.com/nl/translator>

Vertalen.Nu. (z.d.). *Vertaler - Online zinnen vertalen - Engels, Duits, Spaans, Frans en meer.*

<https://www.vertalen.nu/zinnen/>

Voorham, T., Rosendal, H., & Van Dorst, J. (2016). De financiering van de eerste lijn. *TSG - Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 94(2), 41–42. <https://doi.org/10.1007/s12508-016-0014-5>

Welkom bij Ottobock. (z.d.). Ottobock. <https://www.ottobock.com/nl-be/Home>

7. Gebruik Open AI in het eindwerk

Gebruik van ChatGPT in het eindwerk (of een andere OpenAI tool)

Naam student: [Paulien Buedts](#)

Student nummer: [142731](#)

Titel eindwerk: [Ergotherapie bij amputatie: Een informatieve brochure voor ondersteuning en revalidatie in de eerstelijnszorg](#)

Interne promotor: [Nikolaj Bassel ](#)

Externe promotor: [Marco Oggianu](#)

Duid aan met een "X" wat van toepassing is:

☐ Ik heb **GEEN** gebruik gemaakt van ChatGPT of een andere AI schrijffassistent in mijn eindwerk.

☒ Ik heb **WEL** gebruikt gemaakt van een AI schrijffassistent in mijn eindwerk. Indien dit zo is **specificeer welke AI schrijffassistent** je gebruikte (bijvoorbeeld ChatGPT/GPT4/...):

[ChatGPT](#)

Duid aan met een "X" waarvoor je de AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT) gebruikte in het eindwerk (meerdere opties zijn mogelijk):

☒ AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT) werd enkel gebruikt voor taalgebruik in het eindwerk

- *Gedragscode:* dit gebruik van de AI schrijffassistent is vergelijkbaar met het gebruik van een spellingscontrole.

☒ AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT) werd gebruikt als zoekmachine om informatie op te zoeken over een bepaald onderwerp

- *Gedragscode:* dit gebruik van de AI schrijffassistent is vergelijkbaar met het gebruik van Google of Wikipedia. Let op dat de output van een AI schrijffassistent evolueert en kan veranderen doorheen de tijd.

☒ AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT) werd gebruikt voor een literatuur zoektocht

- *Gedragscode:* dit gebruik van de AI schrijffassistent is vergelijkbaar met het gebruik van Google Scholar search. Houd er echter rekening mee dat sommige AI-schrijffassistenten, zoals ChatGPT, mogelijk geen of verkeerde referenties opleveren. Als student ben je zelf verantwoordelijk voor het verder controleren en verifiëren van de afwezigheid of juistheid van referenties.

☐ AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT) werd gebruikt om paragrafen en / of alinea's tekst te genereren

- *Gedragscode:* het invoegen van volledige tekstblokken zonder aanhalingstekens vanuit ChatGPT (of een ander AI-schrijfhulpmiddel) in je eindwerk is niet toegestaan. Volgens

artikel 21 van het onderwijs -en examenreglement wordt elk gedrag van een student in het kader van het eindwerk waardoor de student het geheel of gedeeltelijk onmogelijk maakt of tracht te maken om een juist oordeel te vormen over diens kennis, inzicht en/of de vaardigheden als examenfraude beschouwd. Als het echt nodig is om een tekstblok uit ChatGPT (of een ander hulpmiddel voor AI-schrijfhulp) in te voegen, vermeld dit dan als citaat door aanhalingstekens te gebruiken. Beperkt dit tot een absoluut minimum worden beperkt.

X AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT) werd gebruikt voor iets anders

- *Gedragcode*: beschrijf hieronder waarvoor je AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT) in het eindwerk hebt gebruikt:

Voor het correct vormen van zinnen

Belangrijke richtlijnen

- AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT) kan vanwege privacyproblemen niet worden gebruikt in verband met gevoelige of persoonlijke gegevens. Het eindwerk bevat mogelijk observaties van personen (bv. cliënten, patiënten of medewerkers), reflecties over de werking van een afdeling of organisatie. Wanneer deze worden ingegeven in een AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT) (bijvoorbeeld om je tekst te verbeteren), maak je deze publiek beschikbaar voor iedereen. Dit is in strijd met de deontologische code van de ergotherapeut.
- Neem een wetenschappelijke en kritische houding aan bij de interactie met de AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT) en bij het interpreteren van de resultaten ervan.
- Als student ben je verantwoordelijk voor het naleven van artikel 21 van het examenreglement: het eindwerk moet een weerspiegeling zijn van je eigen kennis. Houd er rekening mee dat plagiaatregels ook van toepassing zijn op het gebruik van AI schrijffassistent/Open AI (bijvoorbeeld ChatGPT).
- Onderwijs- en examenreglement Artikel 21: "Elk gedrag van een student in het kader van een examen of de organisatie daarvan waardoor de student het geheel of gedeeltelijk onmogelijk maakt of tracht te maken om een juist oordeel te vormen over de kennis, het inzicht en/of de vaardigheden van zichzelf dan wel van andere studenten. Indien wordt geoordeeld dat een vastgestelde onregelmatigheid als examenfraude moet worden beschouwd, leidt dit, naargelang de aard, ernst en aantoonbaarheid, tot sancties. Plagiaat wordt ook als examenfraude beschouwd."

8. Ontwikkelde Infobrochure

HULPMIDDELEN & TIPS

► WONINGADVIES & HULPMIDDELEN

Zijn essentieel voor veiligheid en zelfstandigheid

- Antislip, beugels, aangepaste drampels
- Douchestoel, toiletverhoger, trapleuning
- Mobiliteit: rollator, krukken, looprek, rolstoel
- Grippers, aankleedhulpmiddelen, verlengde schoenlepel
- Voldoende ruimte voor mobiliteit met hulpmiddelen

► BRUIKBARE TIPS

Huidverzorging & comfort

- Draag een Tubigrip in plaats van een liner tijdens het slapen
- Controleer de stomp regelmatig op drukpunten en roodheid.
- Gebruik de juiste dikte van prothese-sokken voor een optimale pasvorm.
- Voorkom irritatie door dagelijkse verzorging van zowel de huid als de liner.
- Direct na ieder gebruik de liner zorgvuldig spoelen met lauw water en pH neutrale zeep. Nadien grond afspoelen.

Prothesegebruik & mobiliteit

- Voorkom compensatiehoudingen die de rug en het niet-geamputeerde been extra belasten.
- Voorkom een asymmetrische gang door te focussen op balans en juiste loophulpmiddelen
- Overbelasting kan leiden tot drukplekken, om dit te vermijden, gebruik het draagschema

BRUIKBARE INFORMATIE

CONTACTPUNTEN

- Revalidatiearts of orthopedische techniek
- Prothesecentra of bandagisten
- Thuiszorgorganisaties (bijv. voor hulpmiddelen)

LOTGENOTENVERENIGINGEN

Amptraide

- Een Belgische patiëntenvereniging die mensen met een amputatie ondersteunt via informatie, belangenbehartiging of lotgenotencontact.

Piekernie VZW

- Een vereniging die personen met een amputatie begeleidt naar integratie via ervaringsdeskundigen, vormingen en activiteiten.

DIGITALE BRONNEN

Amputatiehandleidingen

- UZ Leuven
- UZ GENT

Websites met actuele info en materiaal

- www.ottobock.com
- www.ossur.com
- www.vaph.be
- www.vias.be

G-Sport websites

- www.gsportvlaanderen.be
- www.sport.vlaanderen

ERGOTHERAPIE IN DE EERSTELIJNSZORG

ONDERSTEUNING BIJ AMPUTATIE VAN HET ONDERSTE LIDMAAT



PROTHESE GEBRUIK

PROTHESEVORMEN EN SOORTEN

Er zijn verschillende soorten beenprothesen, afhankelijk van de amputatiehoogte en de behoeften van de cliënt:

- **Transfibulaire prothesen (onder de knie):** bieden betere mobiliteit en stabiliteit
- **Transfemorale prothesen (boven de knie):** vereisen meer energie en controle over de knie

HOE EEN LINER CORRECT AANDOEN?

1. Zorg dat de huid schoon en droog is
2. Keer de liner volledig binnenstebuiten en knijp de liner goed vlak uit
3. Plaats het uiteinde op de stomp.
4. Rol de liner geleidelijk en zonder plooiën omhoog. Zorg ervoor dat er geen lucht tussen de huid en de liner zit.
5. Nooit trekken aan de liner!

HOE EEN LINER CORRECT UITDOEN?

1. Rol de liner helemaal terug over de stomp
2. Na het uitdoen van de liner legt u een Tubigrip aan over de stomp
3. Ga 's nachts niet slapen met uw liner aan, gebruik hiervoor de Tubigrip

HOE DE PROTHESE CORRECT AANDOEN?

1. Controleer de liner en eventuele kousen voor een juiste pasvorm.
2. Plaats de stomp in de prothese en zorg voor een gelijkmatige drukverdeling.
3. Bevestig de prothese stevig volgens de juiste sluiting (bijv. sleeve, vacuumsysteem, mechanische sluiting)

DRAAGSCHEMA LINER & PROTHESE

DRAAGSCHEMA LINER

Dag	Voormiddag	Namiddag
Dag 1	30 min.	30 min.
Dag 2	30 min.	30 min.
Dag 3	1 uur	1 uur
Dag 4	1 uur	1 uur
Dag 5	2 uren	2 uren
Dag 6	2 uren	2 uren
Dag 7	3 uren	3 uren
Dag 8	3 uren	3 uren
Dag 9	4 uren	4 uren
Dag 10	4 uren	4 uren

DRAAGSCHEMA PROTHESE

Week	Draagtijd per dag	aanbeveling
week 1	2 - 4 uur	Begin met korte periodes, observeer huidreacties en comfort
week 2	4 - 6 uur	Verhoog draagtijd geleidelijk, blijf huid controleren
week 3	6 - 8 uur	Sart met lichte dagelijkse activiteiten, let op drukpunten
week 4	8 - 10 uur	Probeer langere periodes, let op stabiliteit en comfort
week 5	10 - 12 uur	Indien comfortabel, draag de prothese zoals gewenst

FUNCTIONELE INTERVENTIES

ADL-TRAINING

- Zelfstandig douchen en aankleden (zittend en staand).
- Koken en huishoudelijke taken uitvoeren.
- Het optimaliseren van werk- en vrijetijdsactiviteiten.

TRANSFERS EN MOBILITEIT

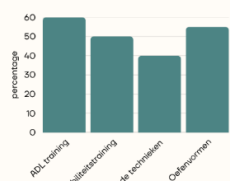
- Technieken voor veilig opstaan en zitten.
- In en uit bed komen met minimale belasting.
- Veilig in en uit een auto stappen.

ENERGIEBESPARING

- Beweging en activiteiten aanpassen om vermoeidheid te beperken.
- Slimme strategieën zoals taakplanning en pauzes.

OEFENVORMEN

- Balans en coördinatie verbeteren met gerichte oefeningen.
- Kracht en stabiliteit trainen om veilig te lopen.



percentage

ADL-training Mobiliteitsoefeningen Energiebesparende technieken Oefenvormen

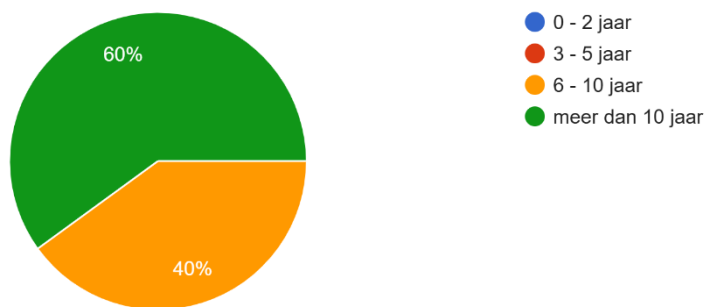
Verbetering in zelfstandigheid na interventies bij prothesegebruikers

9. Bijlage

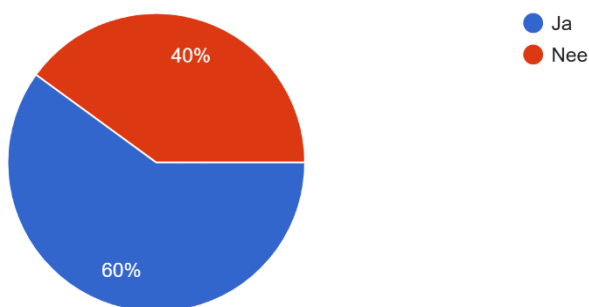
9.1 Bijlage 1: vragenlijst

Algemene informatie

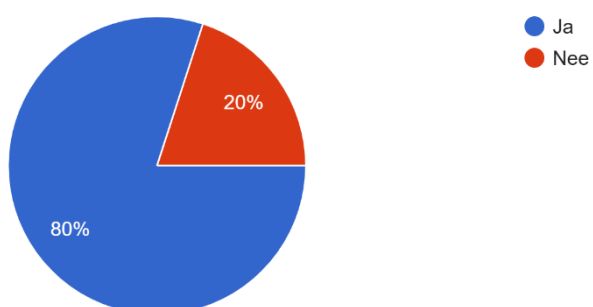
1) Hoeveel jaar bent u werkzaam als ergotherapeut?



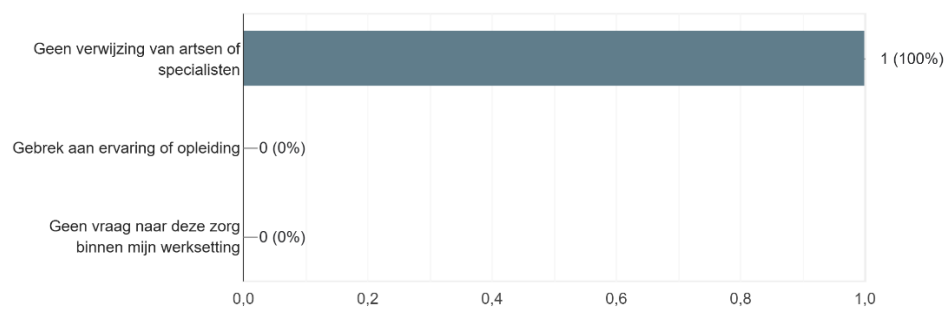
2) Bent u werkzaam in de eerstelijnszorg?



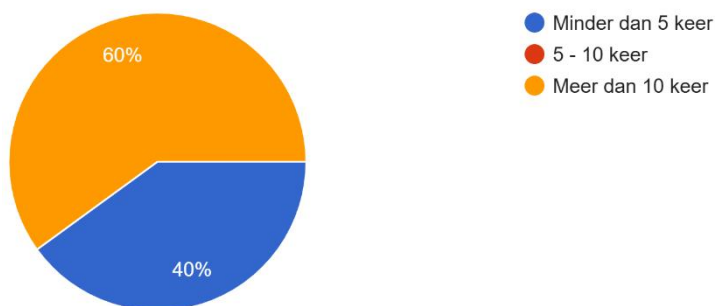
3) Heeft u ervaring met het begeleiden van patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat?



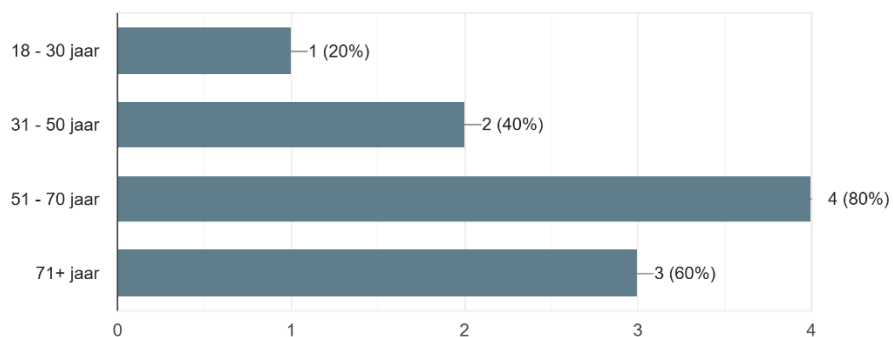
4) Indien nee, wat is de reden waarom u niet met deze doelgroep werkt?



5) Hoe vaak begeleidt u gemiddeld per jaar patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat?

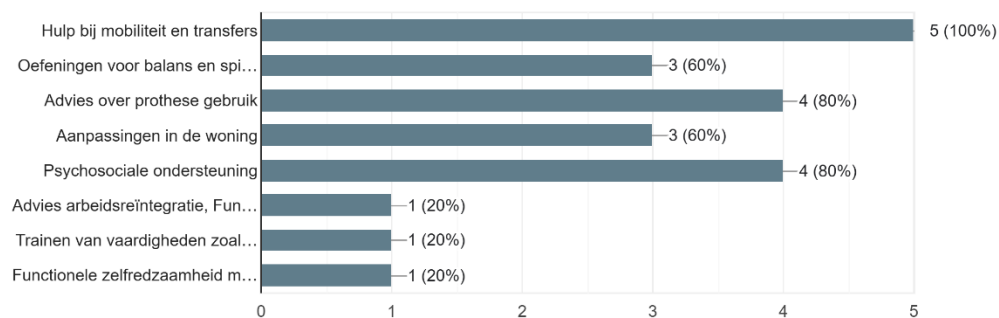


6) Wat is de gemiddelde leeftijd van de patiënten met wie u werkt?

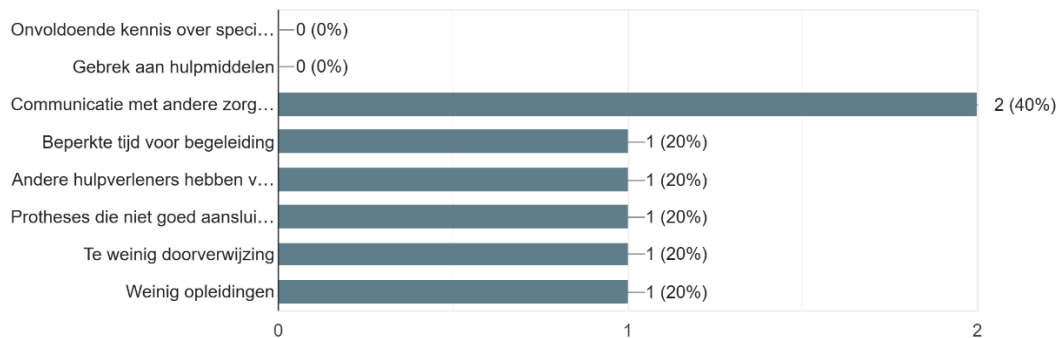


Begeleidingsproces en interventies

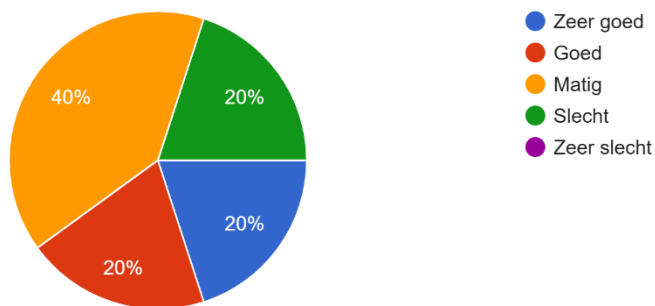
7) Welke interventies voert u meestal uit bij deze doelgroep? (meerdere antwoorden mogelijk)



8) Welke uitdagingen ervaart u bij het begeleiden van patiënten met een amputatie?

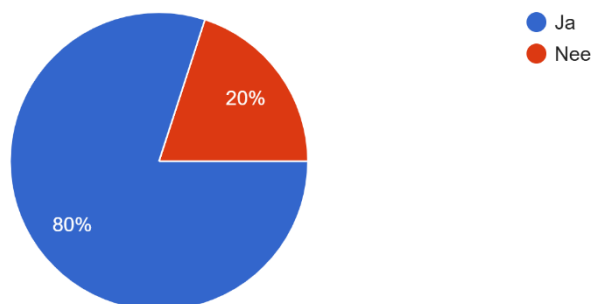


9) Hoe evalueert u de samenwerking met andere zorgverleners bij de begeleiding van deze patiënten

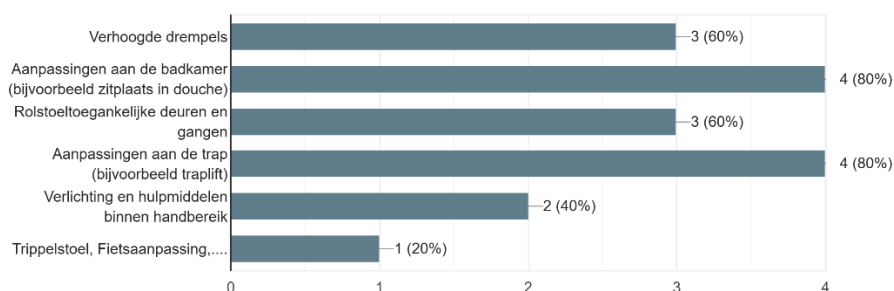


Woningaanpassingen en tegemoetkomingen

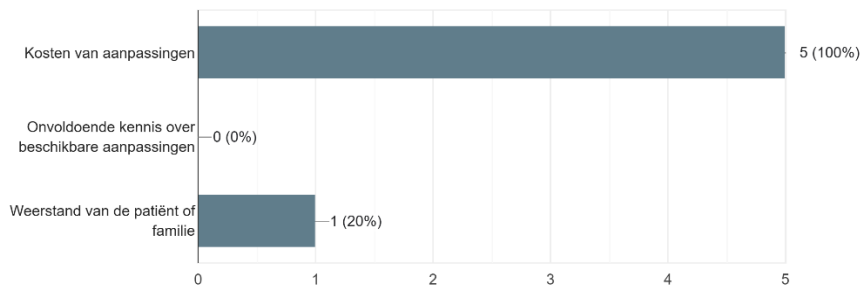
10) Heeft u ervaring met het adviseren van patiënten over woningaanpassingen na een amputatie?



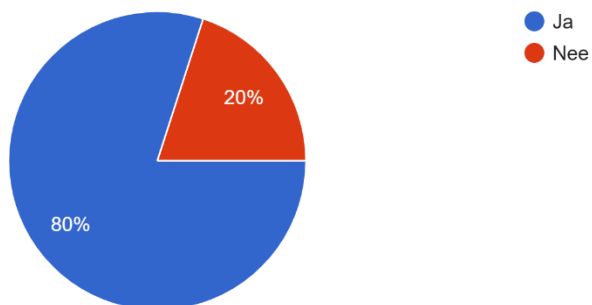
11) Welke woningaanpassingen adviseert u vaak voor patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat?



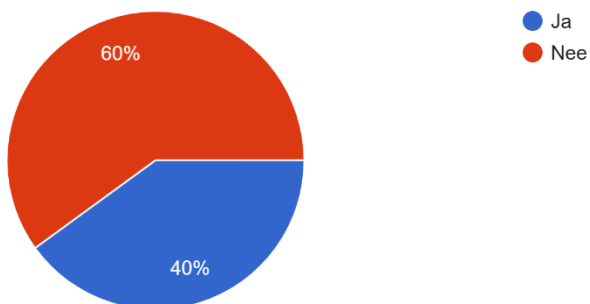
12) Wat zijn de grootste uitdagingen bij het adviseren van woningaanpassingen voor deze patiënten?



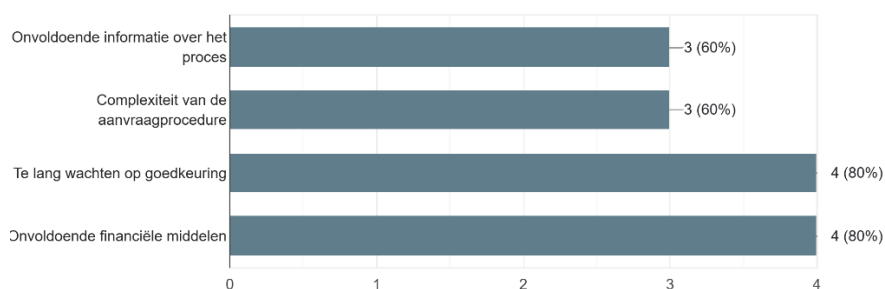
13) Bent u op de hoogte van de beschikbare tegemoetkomingen voor woningaanpassingen voor patiënten met een amputatie?



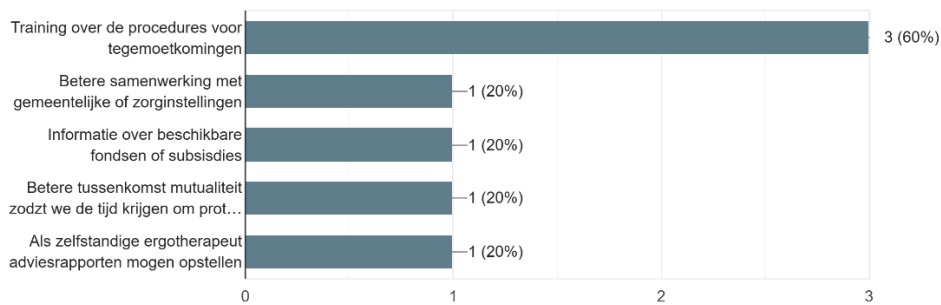
14) Helpt u patiënten bij het aanvragen van tegemoetkomingen voor woningaanpassingen?



15) Wat zijn volgens u de belangrijkste obstakels voor patiënten bij het aanvragen van tegemoetkomingen?

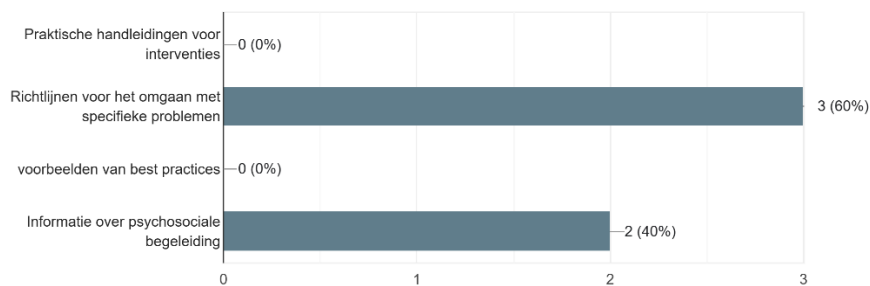


16) Welke ondersteuning zou u nodig hebben om patiënten beter te kunnen helpen bij het aanvragen van tegemoetkomingen?

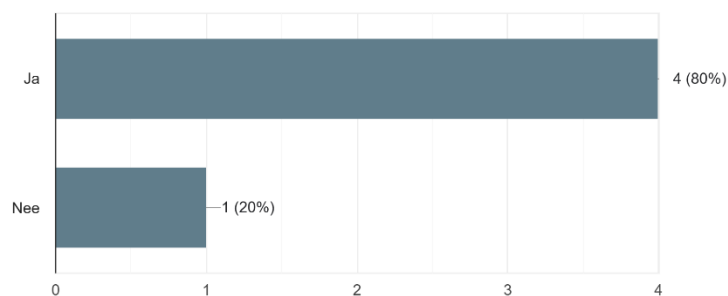


Behoeften en ondersteuning

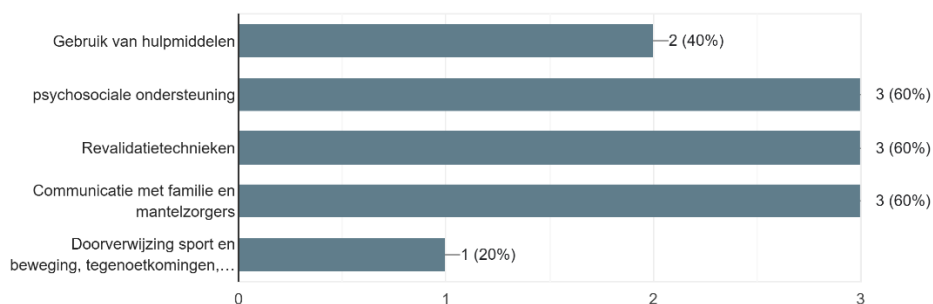
17) Welke informatie mist u momenteel om patiënten met een amputatie beter te ondersteunen?



18) Zou een infobrochure met praktische adviezen en interventies nuttig zijn voor uw werk?

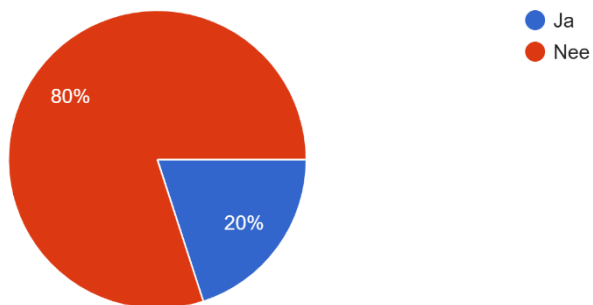


19) Welke onderwerpen zou u graag terugzien in een dergelijke infobrochure?



Evaluatie en afsluiting

20) Heeft u eerder gebruik gemaakt van informatiemateriaal specifiek gericht op de begeleiding van patiënten met een amputatie?



21) Wat zou volgens u de belangrijkste vereiste zijn voor een effectieve infobrochure? ...

Duidelijke voorbeelden of links naar filmpjes..bvb met een qr code. Oplijsting van interessante websites,...

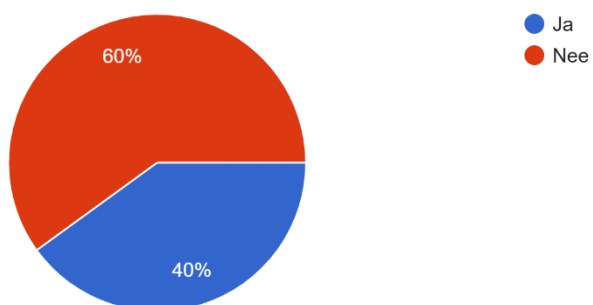
Makkelijk toepasbaar en adapterbaar aan de noden van de klant

Concrete inhoud en verstaanbaar voor mantelzorgers

Hulpmiddelen advies, ervaringsdeskundigen en collegas met veel ervaring omtrent amputie

Omkadering

22) Bent u bereid deel te nemen aan een aanvullende interview om dieper in te gaan op uw ervaringen en behoeften?



9.2 Bijlage 2: Interview ergotherapeut 1

Introductie en algemene ervaring

1) Kunt u iets vertellen over uw ervaring als ergotherapeut in de eerstelijnszorg? Hoe vaak komt u in contact met patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat?

Samen met mijn collega Marco ben ik in 2021 zelfstandig begonnen, zo'n vier jaar geleden. Toen werkte ik nog in Pellenberg. We merkten dat in het revalidatiecentrum alles goed verloopt, maar dat er thuis vaak iets ontbreekt. Vaak belandt de prothese in de kast of kiezen mensen ervoor om zich enkel met een rolstoel te verplaatsen omdat dat de makkelijkste optie is. Wij wilden daar graag verandering in brengen en besloten om als zelfstandige ergotherapeut te starten mensen met een amputatie. Dat was ook de eerste keer dat ik in de thuissituatie aan het werk ging bij deze doelgroep. Sindsdien werken we vooral met mensen met fysieke beperkingen, waarbij amputatie nog steeds de grootste groep vormt.

2) Welke veranderingen heeft u in de loop van uw carrière opgemerkt in de begeleiding van deze doelgroep?

Ik merk dat er steeds meer mensen met een amputatie zijn. Dat komt deels omdat ik zelf meer ervaring heb, maar ik zie vooral meer patiënten met vaatlijden en diabetes. Bij deze groep verloopt het herstel vaak langzamer. Je hebt eigenlijk twee groepen: jongere mensen die een amputatie ondergingen na een ongeval en die doorgaans erg gemotiveerd zijn en mensen die door vaatproblemen of diabetes een amputatie ondergingen. Bij die laatste groep merk ik vaak minder motivatie.

3) Wat vindt u het meest uitdagend bij het werken met patiënten met een amputatie?

Het grootste obstakel is mensen motiveren om zelfstandig dingen te durven doen. Vaak kunnen ze meer dan ze denken, zeker als er begeleiding bij is. Ik heb bijvoorbeeld een jonge patiënt die alles kan, maar niet alleen durft te gaan wandelen. Als ik erbij ben, dan doet hij het zonder probleem. Zonder begeleiding durft hij het niet. De uitdaging is dus om patiënten ook zelfstandig aan het oefenen te krijgen. Daarnaast is het vinden van de juiste pasvorm voor een prothese moeilijk.

Begeleiding en interventies

4) Kunt u beschrijven welke specifieke interventies u doorgaans toepast bij patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat?

We starten altijd met een intakegesprek. Daarbij gebruiken we het COPM om de doelen te bepalen aan de hand van wat de patiënt aangeeft en de informatie die we meekrijgen vanuit het revalidatiecentrum. We werken namelijk alleen met mensen die reeds gerevalideerd hebben, anders is er geen terugbetaling mogelijk. Verder zetten we in op ADL-training, functionele handelingen en groepssessies.

- **Waarom kiest u voor deze interventies?**
- **Welke interventies zijn volgens u het meest effectief?**

De meest effectieve aanpak is vertrekken vanuit de patiënt zelf. Wat hij of zij wil op het moment zelf? Niet perse wat men vroeger belangrijk vond. Als een doel haalbaar is, werken we daar samen naartoe. Functionele activiteiten die aansluiten bij de wensen en behoeften van de patiënt, zijn het meest doeltreffend.

5) Hoe bepaalt u welke ondersteuning een patiënt nodig heeft?

Dat gebeurt altijd in samenspraak met de patiënt. Ik bekijk in de thuissituatie wat veilig is, zowel volgens de patiënt als volgens mij als zorgverlener. Ook het netwerk van de patiënt wordt betrokken: familie, kinderen, ouders, partner of burens en mantelzorgers. Daarnaast overleggen we met kinesisten, prothesisten en andere zorgverleners.

6) Heeft u een specifiek voorbeeld van een casus waarbij u merkt dat uw aanpak echt een verschil heeft gemaakt?

Ja, ik begeleid momenteel twee heel verschillende patiënten. Een oudere vrouw met reuma heeft beide onderbenen moeten laten amputeren. Ze heeft ook reuma in de bovenste ledematen en heeft zelfs enkele vingers moeten laten amputeren. Ze is zeer zorgbehoevend. We hebben haar man begeleid in hoe hij haar het best kon helpen bij transfers en dagelijkse zorg. We leerden hem omgaan met hulpmiddelen zoals een hoge rollator.

- **Wat waren de succesfactoren?**

Bij de vrouw waren de transfers een belangrijk succes. Door de juiste hulpmiddelen en technieken te gebruiken, kon haar man haar op een veilige en comfortabele manier ondersteunen.

- **Welke uitdagingen kwam u tegen?**

Daarnaast was het bij de vrouw een uitdaging om haar in beweging te krijgen, omdat ze veel in haar zetel lag. Beweging is echter essentieel, ook voor de algemene gezondheid. Door kleine doelen op te stellen, zoals buiten koffie drinken konden we haar toch activeren en motiveren.

Woningaanpassingen en tegemoetkomingen

7) Hoe bespreekt u woningaanpassingen met patiënten na een amputatie? Wat is volgens u belangrijk om in het gesprek te benoemen?

Wanneer patiënten gerevalideerd hebben via een revalidatiecentrum, zijn woningaanpassingen vaak al uitgevoerd via het VAPH-dossier. Als zelfstandige ergotherapeut mogen wij niets aanvragen in dat systeem: dat moet via de mutualiteit of het revalidatiecentrum.

Als een woning nog niet aangepast is, adviseer ik patiënten om uit te gaan van het slechtste scenario. Bijvoorbeeld: wat als je een wondje hebt, je prothese stuk is of je andere been niet functioneert? Je moet dan alles in huis vanuit een rolstoel kunnen uitvoeren. Indien nodig geef ik advies over hulpmiddelen en hoe ze deze via de mutualiteit kunnen aanvragen.

8) Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin woningaanpassingen een significante impact hadden op het welzijn van een patiënt?

Bij de eerder genoemde patiënte met reuma werd een helling geplaatst waardoor ze met haar rolstoel naar buiten kon rijden. Daarnaast had ze ook een traplift en we leerden haar die zelfstandig te gebruiken met een hoog looprek. Op deze manier kon ze zelf naar boven gaan en zich zinvol voelen door bijvoorbeeld kasten te organiseren terwijl haar man buiten werkte.

9) Welke rol speelt u in het proces van woningaanpassingen voor uw patiënten?

Een adviserende rol. We kunnen zelf niets aanleveren in het VAPH-systeem, maar we informeren en brengen patiënten in contact met de juiste personen.

10) Welke barrières ervaart u in het proces van woningaanpassingen voor uw patiënten?

Het is vaak uitdaging om de juiste persoon te bereiken bij de mutualiteit en de opvolging duurt lang. Patiënten weten vaak niet wat er met hun aanvraag gebeurt. Die gebrekkige communicatie is een grote drempel.

11) Hoe helpt u patiënten bij het begrijpen van hun rechten en mogelijkheden voor tegemoetkomingen efficiënter te maken voor patiënten?

Ik verwijs ze meestal door naar de mutualiteit. Omdat ik deels ook in een ziekenhuis werk, weet ik wel in grote lijnen wat er wordt terugbetaald. Ik werd nauw samen met Spronken orthopedie en mijn collega X, die daar veel kennis over heeft. Dat maakt het eenvoudiger.

12) Wat zou volgens u de grootste verbetering kunnen zijn in de ondersteuning die ergotherapeuten bieden op het gebied van woningaanpassingen en tegemoetkomingen?

Het zou beter zijn als zelfstandige ergotherapeuten ook iets konden aanvragen of adviseren binnen het VAPH-systeem. Dat zou bovendien de druk op revalidatiecentra verminderen.

Samenwerking met andere zorgverleners

13) Hoe verloopt de samenwerking met andere zorgverleners, zoals artsen, prothesemakers en fysiotherapeuten?

- **Waar gaat het goed?**
- **Waar is nog ruimte voor verbetering?**

Dat hangt erg af van de setting. In grote ziekenhuizen is alles goed afgestemd en heeft iedere discipline zijn eigen functie. In kleinere ziekenhuizen is de revalidatie pas opgestart en is de samenwerking minder afgebakend. In de thuissituatie is het ook lastig, omdat er weinig gespecialiseerde kinesisten en ergotherapeuten zijn voor amputatiepatiënten.

14) Hoe ervaart u de communicatie binnen het zorgteam bij de begeleiding van patiënten met een amputatie?

Ik denk dat dit grotendeels goed verloopt, zeker wanneer er een goede fysische arts is die de communicatie coördineert, samen met een goede sociale dienst, psychologie, kinesist en andere betrokkenen. Zij proberen de patiënt zo goed mogelijk te informeren. Ondanks dat is er ruimte voor verbetering. Bijvoorbeeld in ons ziekenhuis worden patiënten geopereerd en wordt er dan vooral gefocust op wondheling en stompvorming, wat uiteraard belangrijk is. Maar nadien worden ze vaak naar huis gestuurd om te wachten tot de wonde volledig genezen is. Wij als zorgverleners weten dat, maar de patiënt begrijpt dat proces vaak niet goed. Wat de communicatie soms wat complexer maakt.

Informatiebehoefte en ondersteuning

15) Welke informatie mist u momenteel bij het begeleiden van patiënten met een amputatie?

Ik beschik al over redelijk veel informatie, mede dankzij zes jaar ervaring en de nauwe samenwerking met collega X, die al jarenlang met amputatiepatiënten werkt. Als ik iets niet begrijp, vraag ik het meestal aan hem of aan prothesist. Sommige technologische ontwikkelingen, zoals nieuwe bio-elektrische knieprothesen, zijn moeilijk bij te houden. Daarvoor zoek ik informatie op via officiële websites of handleidingen.

- **Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin u die informatie nodig had?**

Een jonge patiënt met een nieuwe knieprothese van het type Navi vroeg mij hoe die precies werkte. Ik had nog nooit met deze prothese gewerkt, dus nam ik contact op met mijn collega. Hij kende het type wel, maar het ook nog nooit gebruikt. Ik heb toen online handleidingen en demonstratiefilmpjes opgezocht om mij hierin de verdiepen.

16) Stel dat u toegang zou hebben tot een infobrochure met praktische interventies en adviezen.

- **Wat zou u daarin willen terugzien?**
- **Hoe zou deze brochure u kunnen ondersteunen in uw werk?**

Het zou handig zijn om contactgegevens van ervaren ergotherapeuten, kinesisten of ervaringsdeskundigen in zo'n brochure op te nemen. Dat maakt de samenwerking gemakkelijker. Niemand weet alles dus zo'n netwerk is erg waardevol.

17) Wat is volgens u de belangrijkste vereiste voor een goede informatiebron of hulpmiddel voor ergotherapeuten?

Idem als hierboven

Psychosociale ondersteuning en patiëntbenadering

18) Hoe gaat u om met de emotionele en psychosociale aspecten van een amputatie bij uw patiënten?

- **Welke ondersteuning biedt u op dit vlak?**
- **Welke uitdagingen ervaart u daarbij?**

Ik gebruik graag humor in gesprekken en ik luister veel. Lotgenotencontact is ook erg zinvol. We organiseren soms groepssessies waarin amputatiepatiënten ervaringen kunnen delen. Ze leren enorm veel van elkaar, vaak meer dan van ons als therapeuten. Het ontbreken van ervaringsdeskundigen in ons ziekenhuis is een gemis.

19) Hoe ondersteunt u mantelzorgers en familieleden in het proces?

Ik besteed veel aandacht aan informatievoorziening en luister naar hun zorgen en observaties. Ook geef ik advies over hulpmiddelen en ondersteuningsmogelijkheden.

Evaluatie van huidige materialen en suggesties

20) Heeft u momenteel toegang tot informatiemateriaal of richtlijnen specifiek voor deze doelgroep? Zo ja, wat vindt u hiervan?

Ik volg regelmatig bijscholing over protheses, amputatiezorg en casussen. Ik probeer steeds op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen en technologieën.

21) Welke aanpassingen of extra informatie zou een toekomstige infobrochure echt waardevol maken voor uw praktijk?

Een brochure die ook contactgegevens bevat van mensen met veel ervaring en eventueel ervaringsdeskundigen zou erg welkom zijn. Dat vergemakkelijkt gerichte communicatie.

22) Heeft u nog andere suggesties of opmerkingen die belangrijk kunnen zijn voor het ontwikkelen van dit hulpmiddel?

Er is een duidelijke terugval bij patiënten na de intensieve revalidatieperiode. Ze gaan van een strak therapieprogramma in het revalidatiecentrum naar bijna geen begeleiding meer in de thuissituatie. Er is nood aan opvolging en duidelijke informatie over verdere zorg en consultaties. In ons ziekenhuishuis is er helaas geen ambulant vervolgtraject, behalve een consult bij de fysische arts of een kortdurende opname voor een zogeheten 'Revaboost'.

9.3 Bijlage 3: Interview ergotherapeut 2

Introductie en algemene ervaring

1) Kunt u iets vertellen over uw ervaring als ergotherapeut in de eerstelijnszorg? Hoe vaak komt u in contact met patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat?

Dat is heel wisselend. Op onze afdeling zijn er 30 bedden beschikbaar voor amputatie patiënten en gewoonlijk zijn die ook bezet. Op dit ogenblik is het echter rustig, met slechts zes patiënten opgenomen. Gemiddeld liggen er tien patiënten.

2) Welke veranderingen heeft u in de loop van uw carrière opgemerkt in de begeleiding van deze doelgroep?

De grootste verandering is de komst van de elektronische knieën. Verder wordt de vacuümprothese voor het onderbeen nu veel sneller gebruikt dan vroeger. Voorheen werd die enkel toegepast bij jonge, actieve patiënten, maar tegenwoordig wordt dat aanbod breder gemaakt. Kortom: technologische vooruitgang is de grootste verandering.

3) Wat vindt u het meest uitdagend bij het werken met patiënten met een amputatie?

Voor mij is dat het vinden van de pasvorm van de prothese voor patiënten. Dat proces verloopt niet altijd even gemakkelijk. Soms zit een prothese niet goed, hebben patiënten pijn of zijn er andere bijkomende problemen. We zijn daarbij afhankelijk van bandagisten, die drie keer per week langskomen. Als zij er niet zijn, kunnen wij als therapeut niet altijd ingrijpen. Dat bemoeilijkt het geven van geschikte therapie. Bovendien vormt pijnproblematiek ook een uitdaging, zeker als die toe te schrijven is aan anatomische of slecht uitgevoerde amputaties. In zulke gevallen staan wij als ergotherapeut vaak met de rug tegen de muur.

Begeleiding en interventies

4) Kunt u beschrijven welke specifieke interventies u doorgaans toepast bij patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat?

- **Waarom kiest u voor deze interventies?**
- **Welke interventies zijn volgens u het meest effectief?**

In grote lijnen leggen we de nadruk op het uitvoeren van dagelijkse handelingen, zowel met als zonder prothese. Dat omvat transfers, activiteiten van het dagelijks leven (ADL), huishoudelijke taken, verplaatsingen buitenshuis, grondtransfers en eventueel hobby's of sportactiviteiten. Werk komt vaak pas later in het revalidatieproces aanbod. Verder geven we advies over woningaanpassingen, algemene conditie en spierverssterking en bieden we rolstoeltraining en verzorgingsadvies rond de stomp.

5) Hoe bepaalt u welke ondersteuning een patiënt nodig heeft?

Dat gebeurt al vanaf het intakegesprek. We bekijken de doelstellingen van de patiënt, hun leeftijd, activiteitsniveau en thuissituatie. Als het bijvoorbeeld om oudere mensen gaat, overwegen we of een prothese wel of niet doeltreffend is. We stemmen onze therapie af op hun zelfstandigheid en noden. Als een patiënt zelf aangeeft geen prothese te willen, dan werken we zonder. Soms moeten we samen zoeken naar wat haalbaar is.

6) Heeft u een specifiek voorbeeld van een casus waarbij u merkt dat uw aanpak echt een verschil heeft gemaakt?

- Wat waren de succesfactoren?
- Welke uitdagingen kwam u tegen?

Ja, we hadden een patiënt met een bilaterale amputatie die heel graag met knieën wilde leren stappen. We begonnen met stubbies en bouwden geleidelijk op naar volledige hoogte en knieën. Dit was uiteindelijk gelukt, wat op zich bijzonder was, niemand had gedacht dat het zou lukken. Toch gebruikt de patiënt de prothese nauwelijks thuis, omdat het voor hem niet functioneel is. Dat is een voorbeeld waar we de patiënt wel de kans hebben gegeven om het uit te proberen, maar waar achteraf bleek dat rolstoelgebruik praktischer was.

Woningaanpassingen en tegemoetkomingen

7) Hoe bespreekt u woningaanpassingen met patiënten na een amputatie? Wat is volgens u belangrijk om in dit gesprek te benoemen?

Tijdens het papieren huisbezoeken bekijken we samen wat er nodig is. Bij grote aanpassingen verwijzen we door naar de mutualiteit. Wij proberen ook het contact met de mutualiteit op te volgen en soms zelfs samen het verslag op te stellen, omdat zij de patiënt vaak slechts één keer zien.

8) Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin woningaanpassingen een significante impact hadden op het welzijn van een patiënt?

Soms kunnen patiënten pas naar huis als bepaald aanpassingen zijn gebeurd, maar administratieve processen en praktische uitvoering verlopen vaak traag. Voor sommige mensen met er een traplift of zelfs een gewone lift geplaatst worden, wat niet voor iedereen haalbaar is. In sommige gevallen is verhuizen de enige optie.

9) Welke rol speelt u in het proces van woningaanpassingen voor uw patiënten?

Mijn rol is adviserend. Ik geef advies en zoek eventueel mee naar oplossingen.

10) Welke barrières ervaart u in het proces van woningaanpassingen voor uw patiënten?

De voornaamste obstakels zijn administratieve verplichtingen, financiële beperkingen en lange wachttijden.

11) Hoe helpt u patiënten bij het begrijpen van hun rechten en mogelijkheden voor tegemoetkomingen efficiënter te maken voor patiënten?

De sociale dienst speelt hierin een belangrijke rol. Wij verwijzen door en delen ook lijsten van het VAPH, maar de sociale dienst begeleidt hen vooral.

12) Wat zou volgens u de grootste verbetering kunnen zijn in de ondersteuning die ergotherapeuten bieden op het gebied van woningaanpassingen en tegemoetkomingen?

Het zou een grote stap vooruit zijn als ergotherapeuten zelf weer huisbezoeken kunnen doen en als het systeem van terugbetalingen via het VAPH soepeler zou verlopen. De regelgeving is vaak complex, verandert voortdurend en is moeilijk uit te leggen aan patiënten.

Samenwerking met andere zorgverleners

13) Hoe verloopt de samenwerking met andere zorgverleners, zoals artsen, prothesemakers en fysiotherapeuten?

- **Waar gaat het goed?**
- **Waar is nog ruimte voor verbetering?**

De samenwerking verloopt over het algemeen goed. We werken allemaal in hetzelfde gebouw. Met de kinesistentherapeuten delen we zelfs de therapiezaal, wat de samenwerking optimaliseert. Ook de psycholoog en sociale dienst zitten in hetzelfde gebouw gevestigd, waardoor sneller communicatie mogelijk is. Elke week is er een artsenronde en een teamoverleg, waarbij ook de arts aanwezig is. Wat de samenwerking nog zou bevorderen is als de artsen van het acute ziekenhuis, die betrokken zijn bij de amputatie, ook nog contact zouden onderhouden met ons als therapeuten.

14) Hoe ervaart u de communicatie binnen het zorgteam bij de begeleiding van patiënten met een amputatie?

De communicatie verloopt goed doordat we fysiek dicht bij elkaar werken en geregeld een overleg plannen.

15) Welke informatie mist u momenteel bij het begeleiden van patiënten met een amputatie?

- **Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin u die informatie nodig had?**

Wat in mijn opzicht ontbreekt, zijn gerichte opleidingen voor ergotherapeuten rond amputatiezorg. De meeste opleidingen zijn beschikbaar in Nederland en richten zich voornamelijk op biomechanica. De functionele kant van de problematiek komt vaak te weinig aanbod. Bijscholing over hulpmiddelen, therapieën en nieuwe ontwikkelingen is cruciaal. Gelukkige hebben we hier een goede samenwerking met bandagisten, die veel kennis delen.

16) Stel dat u toegang zou hebben tot een infobrochure met praktische interventies en adviezen.

- **Wat zou u daarin willen terugzien?**
- **Hoe zou deze brochure u kunnen ondersteunen in uw werk?**

De brochure moet duidelijk maken dat het gebruik van een prothese niet altijd vanzelfsprekend is. Verder zou er informatie moeten instaan over hulpmiddelen, auto- en werkaanpassingen, GTB en G-sport.

17) Wat is volgens u de belangrijkste vereiste voor een goede informatiebron of hulpmiddel voor ergotherapeuten?

Het moet vooral gericht zijn op praktische onderdelen, met concrete voorbeelden zoals wat de draagtijd is van een prothese, hoe je in een auto stapt, hoe je een prothese aan- en uitdoet. Veel van die dagelijkse zaken zijn onbekend, zeker als je geen directe uitleg krijgt van een bandagist. Een duidelijke checklist of leidraad zou een grote hulp zijn.

Psychosociale ondersteuning en patiëntbenadering

18) Hoe gaat u om met de emotionele en psychosociale aspecten van een amputatie bij uw patiënten?

- Welke ondersteuning biedt u op dit vlak?
- Welke uitdagingen ervaart u daarbij?

We hebben psychologen ter beschikking op de afdeling, maar niet elke patiënt staat daarvoor open. Daarvoor is het belangrijk dat wij als therapeuten tijd maken om te luisteren. Doordat we de patiënten dagelijks zien, komen de verhalen vaak bij ons terecht. Het is belangrijk om hen te erkennen in hun gevoel, zonder meteen oplossingen aan te reiken.

Sommige patiënten komen over uit een acuut ziekenhuis en hebben de eerste shock dan al verwerkt, maar soms komt het besef pas achteraf bij ons op de revalidatie afdeling. Het voordeel van onze afdeling is dat patiënten elkaar ontmoeten en steun vinden bij lotgenoten, wat een positieve invloed kan hebben op hun verwerkingsproces.

19) Hoe ondersteunt u mantelzorgers en familieleden in het proces?

We proberen hen te zoveel mogelijk te betrekken tijdens bijvoorbeeld therapiedagen, gesprekken of via telefonisch contact. Het is belangrijk dat ook zij erkenning krijgen voor hun emoties en situatie. We benadrukken dat ze niet enkel mantelzorger zijn, maar ook partner of familielid blijven. Wij als therapeuten geven hen ook het advies om tijd voor zichzelf te nemen. Praktisch gezien betrekken we hen bij transferoefeningen wanneer nodig. Indien het voor ons te complex wordt, verwijzen we ze door.

Evaluatie van huidige materialen en suggesties

20) Heeft u momenteel toegang tot informatiemateriaal of richtlijnen specifiek voor deze doelgroep? Zo ja, wat vindt u hiervan?

De beschikbare informatie komt meestal uit gevolgde cursussen of handboeken van collega's. Soms vinden we richtlijnen op het internet of via werkgroepen binnen het ziekenhuis. Er zijn ook klinische paden per doelgroep die periodiek geëvalueerd worden. Bandagisten geven ook kleine opleidingen, maar over het algemeen is de informatie beperkt en versnipperd.

21) Welke aanpassingen of extra informatie zou een toekomstige infobrochure echt waardevol maken voor uw praktijk?

Het zou een bruikbaar hulpmiddel zijn voor ergotherapeuten die niet dagelijks met amputatiepatiënten werken. Bovendien zou het handig zijn als er relevante websites en organisaties in vermeld staan die patiënten na hun revalidatie kunnen raadplegen. Zo hebben ze thuis ook nog een houvast.

22) Heeft u nog andere suggesties of opmerkingen die belangrijk kunnen zijn voor het ontwikkelen van dit hulpmiddel?

Ik denk dat de meeste suggesties reeds besproken zijn. Belangrijk blijft dat het hulpmiddel praktisch, duidelijke en laagdrempelig is, zowel voor therapeuten als patiënten.

9.4 Bijlage 4: Interview ergotherapeut 3

Introductie en algemene ervaring

1) Kunt u iets vertellen over uw ervaring als ergotherapeut in de eerstelijnszorg? Hoe vaak komt u in contact met patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat?

Ik werk halftijds als zelfstandige ergotherapeut in de eerstelijnszorg. Binnen dit kader biedt ik verschillende vormen van therapieën aan personen met een amputatie. Enerzijds bied ik individuele therapieën aan. Op dit ogenblik begeleid ik drie patiënten wekelijks gedurende een uur. Verder organiseren we maandelijks groepssessies waarbij verschillende mensen met een amputatie samenkomen. De patiënten kennen elkaar doorgaans nog niet, maar leren van elkaar en blijven nadien soms nog iets drinken. Het aantal deelnemers varieert van moment tot moment.

2) Welke veranderingen heeft u in de loop van uw carrière opgemerkt in de begeleiding van deze doelgroep?

We merken dat de vraag naar ergotherapie in de eerstelijnszorg enorm aan het stijgen is, niet zozeer vanuit patiënten of andere therapeuten, maar vooral vanuit prothesisten. We werken bijvoorbeeld samen met Spronken, een concurrent van VIGO. Wanneer zij een revalidant hebben waarbij ergotherapie aan huis aanbevolen is, nemen zij contact met ons op om verdere begeleiding te voorzien. Zo krijgen we regelmatig nieuwe aanmeldingen.

Wat ook opvallend is, is dat iedereen een kinesist kent en er automatisch naartoe gaat, ongeacht diens ervaring. Bij ergotherapie is dat anders. Enerzijds omdat het vaak niet terugbetaald wordt en anderzijds omdat veel mensen niet weten wat ergotherapie precies inhoudt. Toch is er een stijgende behoefte aan begeleiding rond het functioneren met een prothese, in plaats van enkel het leren stappen ermee.

3) Wat vindt u het meest uitdagend bij het werken met patiënten met een amputatie?

Onze grootste uitdaging is de regio waarin we werkzaam zijn, omdat we ons specifiek richten op amputatie. We werken met patiënten van verschillende regio's. Verder werkt elke patiënt met een andere prothesemaker zoals VIGO of Spronken, wat telkens andere types prothesen met zich meebrengt.

Begeleiding en interventies

4) Kunt u beschrijven welke specifieke interventies u doorgaans toepast bij patiënten met een amputatie van het onderste lidmaat?

Wij blijven vooral inzetten op ADL-activiteiten, zodat patiënten deze activiteiten ook zelfstandig in hun eigen leefomgeving kunnen uitvoeren. Bovendien adviseren we de patiënten over eventuele woningaanpassingen en werken we aan functioneel stappen, zowel binnenshuis als buitenshuis. Dit zijn de drie belangrijkste pijlers in onze begeleiding.

Voorbeeld: Ik begeleid op dit moment een mevrouw die opnieuw met de auto kon rijden na haar revalidatietraject, maar ze wist niet meer hoe ze moest tanken. Daarom zijn we samen met haar naar een tankstation gegaan om dit in de praktijk te oefenen.

We organiseren ook regelmatig groepsessies. Een veelvoorkomende vraag is op dit ogenblik fietsen in het verkeer. Hoewel patiënten tijdens de revalidatie leren fietsen, moeten ze nadien zelfstandig het verkeer in, wat ze vaak erg spannend vinden.

- **Waarom kiest u voor deze interventies?**

We stemmen onze interventies volledig af op de hulpvraag van de persoon zelf. Mijn collega en ik zijn beide zeer open-minded en proberen zoveel mogelijk uit, afhankelijk van wat de patiënt wil.

- **Welke interventies zijn volgens u het meest effectief?**

Elke interventie is op zijn eigen manier effectief. Bij een patiënt van 80 jaar is het doel bijvoorbeeld vaak beperkt tot ADL. Bij een meer actieve patiënt van 20 jaar liggen de prioriteiten heel anders. Omdat onze beschikbare tijd vaak beperkt is, proberen we zo doelgericht mogelijk te werken.

5) Hoe bepaalt u welke ondersteuning een patiënt nodig heeft?

We starten altijd met een observatiebilan, zoals voorgeschreven door de mutualiteiten bij terugbetaling. Indien het buiten het terugbetalingssysteem valt, doen we een intakegesprek. Deze sessie is goedkoper dan een standaardinterventie en dient om de behoefte en verwachtingen van de patiënt goed in kaart te brengen.

Op basis van deze observatie en bevraging stellen we plan van aanpak op met concrete doelstellingen. We koppelen daar ook het aantal nodige sessies aan. In de meeste gevallen is dat haalbaar. Soms moeten we na een paar sessies wel bijsturen. Als de begeleiding afgerond is, proberen we op termijn nog eens contact op te nemen, bijvoorbeeld per mail, om te polsen hoe het gaat en of er nog vragen zijn.

6) Heeft u een specifiek voorbeeld van een casus waarbij u merkt dat uw aanpak echt een verschil heeft gemaakt?

- Wat waren de succesfactoren?
- Welke uitdagingen kwam u tegen?

Een van mijn patiënten had een amputatie als gevolg van vasculaire problemen. Na de revalidatie kon ze redelijk goed stappen met een rollator. In het begin zat ze echter nog veel in haar rolstoel, mede omdat er tijd overging tussen de intake en de goedkeuring van het behandelplan. We merkten dat ze steeds meer naar de rolstoel greep.

Daarom hebben we haar actief gemotiveerd: bepaalde momenten van de dag mocht ze geen rolstoel meer gebruiken. We benadrukten het belang van het dragen van de prothese om complicaties zoals flexiecontracturen te voorkomen. Dankzij deze aanpak begon ze haar prothese consequent te gebruiken. Ze ging zelfs zonder rolstoel naar de kinesist, gebruikte enkel haar rollator en wandelt nu naar onze groepssessies. Ze gaat zelfstandig winkelen en is veel actiever dan voordien. Zonder deze aanpak was ze wellicht volledig rolstoelafhankelijk geworden.

Woningaanpassingen en tegemoetkomingen

7) Hoe bespreekt u woningaanpassingen met patiënten na een amputatie? Wat is volgens u belangrijk om in dit gesprek te benoemen?

Er zijn grofweg twee groepen van patiënten. De eerste groep zijn mensen die uit een revalidatieproces komen en vaak al advies hebben gekregen over woningaanpassingen. Zij hebben soms al een VAPH-dossier opgestart. De tweede groep bestaat uit mensen die geen revalidatietraject hebben doorlopen of al langer geamputeerd zijn zonder aanpassingen.

Gedurende mijn intakegesprek neem ik altijd een woonanalyse mee in het observatiebilan. Ik bevraag de toegankelijkheid van de woning: kunnen ze overal met de rolstoel door, zijn er problemen? Indien nodig vraag ik of ik even mag rondgaan in de woning om te kijken wat er eventueel aangepast kan worden.

Bij jongere patiënten onder de 65 jaar kan ik enkel een verslag opmaken met mijn aanbevelingen en hen doorverwijzen naar de mutualiteit om een VAPH-dossier op te maken of uit te breiden. Bij patiënten ouder dan 65 jaar doe ik hetzelfde, maar dan kunnen we mogelijks ook contact opnemen met aannemers of samen formulieren invullen voor premies en tegemoetkomingen. Toch is de tijd daarvoor soms beperkt. In de meeste gevallen is de woning gelukkig al redelijk goed aangepast aan de noden van de patiënt.

8) Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin woningaanpassingen een significante impact hadden op het welzijn van een patiënt?

De garage, van een man die in een bel-etage woonde, bevond zich op het gelijkvloers. Dit was enkel bereikbaar via een vaste trap. De leefruimtes lagen op de eerste verdieping, wat maakte dat hij moeilijk bij zijn auto geraakte. We hebben toen een trapliftfirma gecontacteerd om langs te komen en samen de badkamer opnieuw bekeken. Waar kan de douche het best kom? Waar moet de lavabo staan?

Ook de aannemer werd erbij betrokken. Verder begeleidde ik een andere mevrouw uit Nederland die haar woning wilde aanpassen. We hebben samen met de architect plannen getekend, rekening houdend met de draaicirkel van haar rolstoel, de plaatsing van de douche, een stevige zitbank om haar veilig te kunnen afdrogen/aankleden en de prothese aan te doen. Dat is nu een volledig dossier geworden.

9) Welke rol speelt u in het proces van woningaanpassingen voor uw patiënten?

Mijn rol is vooral adviserend. Patiënten mogen met mijn aanbevelingen doen wat ze willen. Ik denk actief met hen mee, maar uiteindelijk bepaald de patiënt zelf wat er veranderd wordt.

10) Welke barrières ervaart u in het proces van woningaanpassingen voor uw patiënten?

De financiële drempel blijft de grootste uitdaging. Zelfs met een VAPH-ondersteuning krijg je voor bijvoorbeeld een inloopdouche slechts €2.500 terug, terwijl de werkelijke kost vaak veel hoger ligt. Bovendien zijn er ook wachttijden. Bij het VAPH moet je via de mutualiteit werken, wat soms betekent dat mensen zes maanden tot een jaar moeten wachten voordat ze geholpen worden.

11) Hoe helpt u patiënten bij het begrijpen van hun rechten en mogelijkheden voor tegemoetkomingen efficiënter te maken voor patiënten?

Ik stel standaard de vraag: "Heb je al uitleg gekregen over het VAPH?" Indien nodig licht ik toe wat het VAPH, VOD (Vlaams Ondersteuningsbudget) en CARA (Centrum voor Rijgeschiktheid en voertuig Aanpassing) precies inhouden.

Ik bied ook aan om samen met hen de VAPH-website te bekijken. Recent hielp ik nog een persoon die al tien jaar in een rolstoel zit, maar zijn VAPH-dossier nog nooit had geraadpleegd. Hij bleek al een volledig dossier en zelfs een persoonsvolgend budget te hebben. Door samen in te loggen kon hij alles voor het eerst zien. Deze begeleiding gebeurt via een infosessie, los van de oefensessies, maar maakt wel deel uit van onze zorgverlening.

12) Wat zou volgens u de grootste verbetering kunnen zijn in de ondersteuning die ergotherapeuten bieden op het gebied van woningaanpassingen en tegemoetkomingen?

Ik vind dat elke ergotherapeut tijdens de basisopleiding hierover les moet krijgen. Het probleem is dat regelgeving en procedures zo vaak veranderen dat je voortdurend moet bijscholen. Zelfs binnen mijn hoofdberoep is het moeilijk om alles bij te houden. We krijgen continu e-mails over nieuwe aanpassingen. Als je in de eerste lijn werkt en dit niet actief opvolgt, ben je binnen het jaar niet meer mee. Je kan dan nog wel advies geven, maar het wordt moeilijk om patiënten correct te informeren over tegemoetkomingen.

Samenwerking met andere zorgverleners

13) Hoe verloopt de samenwerking met andere zorgverleners, zoals artsen, prothesemakers en fysiotherapeuten?

- **Waar gaat het goed?**
- **Waar is nog ruimte voor verbetering?**

Via de firma Spronken, waar we mee samenwerken, komen we in contact met verschillende amputatiepatiënten. We maken dan ook actief deel uit van een multidisciplinair team waarin de prothesist betrokken is. Binnen dat team kunnen we onze input geven en snel overleggen via bijvoorbeeld Whatsapp.

Een concreet voorbeeld: vorige week bezochten we een patiënt bij wie de liner telkens afzakte door overmatig zweten. We namen contact op met de prothesist met de vraag of er mogelijks een zweetband onder de liner kon worden geplaatst of dat er een andere oplossing mogelijk was.

Met kinesisten proberen we minstens één keer per patiënt samen te zitten om enkele zaken op elkaar af te stemmen: wat doet de kinesist, wat doen wij? Zo vermijden we dubbel werk en stemmen we de therapie beter op elkaar af.

Ook met de mutualiteit en logopedisten is er regelmatig contact. We streven naar een zo volledig mogelijke samenwerking, al is dat in de praktijk niet altijd even gemakkelijk.

14) Hoe ervaart u de communicatie binnen het zorgteam bij de begeleiding van patiënten met een amputatie?

Sommige patiënten nemen hierin zelf initiatief en starten een Whatsapp-groep waarin ze alle betrokken zorgverleners toevoegen. Dat werkt goed. Zo kunnen we bijvoorbeeld een filmpje delen waarin een bepaalde oefening wordt getoond, zodat de kinesist en verpleegkundige weten hoe ze die kunnen overnemen.

Verder werken we soms met schriftjes waarin we noteren wat er gedurende de sessie is gebeurd. Dat maakt het voor artsen en verpleegkundige makkelijk om snel een overzicht te krijgen van de voortgang en eventuele aandachtspunten.

Soms volstaat ook een telefoontje. Het meest ideale blijft face-to-face overleg, maar dat is in de thuissituatie niet altijd haalbaar. In het ziekenhuis is dat natuurlijk makkelijker omdat je collega/zorgverleners daar dagelijks ziet. In de thuissituatie werk je vaak met verschillende verpleegkundigen, waardoor je telkens iemand anders treft. Dat maakt de afstemming moeilijker.

Informatiebehoefte en ondersteuning

15) Welke informatie mist u momenteel bij het begeleiden van patiënten met een amputatie?

Vanuit mijn eigen perspectief mis ik weinig, omdat ik dagelijks met deze doelgroep werk. Wat wel een uitdaging blijft, is het bijhouden van alle informatie over de verschillende types en soorten prothesen. Voor ergotherapeuten die hier minder vertrouwd mee zijn, is het extra moeilijk. Veel collega's hebben een beperkte basiskennis van bijvoorbeeld liners, de opbouw van een prothese of het herkennen en aanpakken van problemen. Die basis zou eigenlijk steviger mogen zijn.

- **Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin u die informatie nodig had?**

Bij een specifieke prothese, zoals de Quattro of Orion, moesten we extra informatie opzoeken. Soms nemen we dan rechtstreeks contact op met de prothesist met de vraag of ze documentatie of uitleg kunnen bezorgen.

Ook bij het fietsen met een prothese liepen we in het begin tegen vragen aan. Als ergotherapeut begeleiden we dat normaal niet, maar nu kwam die vraag toch bij ons terecht. Dan moet je uitzoeken welke aanpassingen er nodig zijn en hoe dit veilig kan verlopen.

We zoeken informatie op via Google of YouTube. Op YouTube vind je heel praktische tips van mensen die zelf een prothese gebruiken. Zo hoeven we het warm water niet opnieuw uit te vinden, de kennis is er vaak al, je moet ze alleen weten te vinden.

16) Stel dat u toegang zou hebben tot een infobrochure met praktische interventies en adviezen.

- **Wat zou u daarin willen terugzien?**
- **Hoe zou deze brochure u kunnen ondersteunen in uw werk?**

Idem als vraag hierboven

17) Wat is volgens u de belangrijkste vereiste voor een goede informatiebron of hulpmiddel voor ergotherapeuten?

Idem als vraag hierboven

Psychosociale ondersteuning en patiëntbenadering

18) Hoe gaat u om met de emotionele en psychosociale aspecten van een amputatie bij uw patiënten?

- Welke ondersteuning biedt u op dit vlak?
- Welke uitdagingen ervaart u daarbij?

Dit aspect zal altijd een uitdaging blijven, niet alleen bij mensen met een amputatie, maar eigenlijk bij alle patiënten die we begeleiden. Het belangrijkste is luisteren naar de patiënt en hen proberen te motiveren.

Soms zijn patiënten erg neerslachtig wanneer ik langskom, bijvoorbeeld omdat het weer niet lukt om de prothese aan te trekken. Dan probeer ik hen eerst tot rust te brengen, waarna we samen een poging doen om de prothese aan te krijgen. Als dat lukt, is dat prima. Als het niet lukt, geef ik praktische tips, zoals even de stomp omhoog te leggen of in een andere houding te gaan liggen. Dan spreken we af om het later nog eens te proberen. Soms bel ik hun 's avonds nog even op om te vragen hoe het is gegaan. Dat helpt meestal.

Wat mij opvalt, is dat de meeste patiënten zelf niet zozeer moeite hebben met de amputatie, maar dat het vooral de familie is die er moeilijkheden mee heeft. Familieleden willen vaak over beschermend zijn en nemen veel taken over: "Blijf maar zitten, ik doe dat wel voor jou". Terwijl de patiënt die taken misschien perfect zelf aankan en net moet oefenen om zelfstandiger te worden.

Het mooie aan werken in de eerstelijnszorg is dat je de familie actief kunt betrekken in het proces. Dan oefenen we samen, tonen we wat de patiënt het zelf kan doen en waar de mantelzorger kan ondersteunen. Een voorbeeld: laat de patiënt het gras afrijden en vraag de partner om enkel de opvangbak te leggen. Dat ontlast de partner en vergroot de zelfstandigheid van de patiënt. Zo toon je dat beide partijen iets kunnen bijdragen, elk op hun eigen manier.

19) Hoe ondersteunt u mantelzorgers en familieleden in het proces?

We maken veel filmpjes van het functioneren van de patiënt en betrekken familieleden actief bij de therapieën. Binnenkort organiseren we bijvoorbeeld een prothesewandeling. Daarbij brengen we meerdere personen met een amputatie samen, samen met hun familie. We wandelen dan in het bos, waar we ook demonstreren hoe iemand met een prothese stapt en hoe dat veilig gebeurt op oneffen terrein.

We geven daarbij uitleg aan familieleden: hoe begeleidt je iemand bij het op- of afgaan van een trapje? We leren rolstoeltechnieken aan, niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de mantelzorger. Bijvoorbeeld hoe je een drempel overgaat: voorwaarts of achterwaarts? Of hoe je een veilige transfer uitvoert.

Evaluatie van huidige materialen en suggesties

20) Heeft u momenteel toegang tot informatiemateriaal of richtlijnen specifiek voor deze doelgroep? Zo ja, wat vindt u hiervan?

Ja, maar veel van het materiaal dat ik gebruik, heb ik zelf ontwikkeld. Online zijn er wel richtlijnen te vinden met betrekking tot revalidatie bij amputatie. Wij hebben hier intern ook een uitgebreid protocol opgesteld waarin de verschillende fasen van de protheserevalidatie zijn uitgewerkt, inclusief doelstellingen.

In de eerstelijnszorg bestaat er echter geen universeel protocol, omdat elke patiënt zich in een andere fase van zijn of haar proces bevindt. De meeste patiënten zitten aan het einde van hun revalidatie en zijn klaar voor de volgende stappen. Een vast protocol is in dat geval minder toepasbaar. Toch beschikken wij over een ruimte rugzak aan ervaring en kennis, waarmee we deze mensen gericht kunnen helpen.

Verder geven we ook regelmatig bijscholing aan andere therapeuten, bijvoorbeeld via Ergotherapie Vlaanderen. Zo proberen we onze kennis zoveel mogelijk te delen.

21) Welke aanpassingen of extra informatie zou een toekomstige infobrochure echt waardevol maken voor uw praktijk?

Een goede brochure moet starten met de basisinformatie: hoe trek je een liner correct aan? Hoe plaats je een prothese correct? Wat zijn de draagschema's en hoe onderhoud je een prothese? Veel ergotherapeuten missen die basiskennis en weten niet hoe ze moeten reageren bij specifieke problemen.

Bovendien kunnen er tips in de brochure opgenomen worden over hoe je functioneel afwisselt tussen een rolstoel en een prothese. Informatie over stappatronen lijkt me minder geschikt voor zo'n brochure, omdat dat sterk afhangt van het type prothese. Wel zou het nuttig zijn om links op te nemen naar websites zoals Ottobock, waar je veel informatie kunt vinden over de verschillende soorten prothese,, hun werking en hun voor- en nadelen. Daarnaast kunnen praktische tips toegevoegd worden, zoals bij elektronische protheses: hoe zet je deze op slot om veilig te kunnen blijven staan bij langdurig rechtstaan? Zulke kleine weetjes kunnen erg betekenis zijn.

22) Heeft u nog andere suggesties of opmerkingen die belangrijk kunnen zijn voor het ontwikkelen van dit hulpmiddel?

Het belangrijkste is dat therapeuten geen drempel voelen om hulp te vragen aan collega's met meer ervaring. Een voorbeeld: ik kreeg ooit een aanvraag voor een kind met een amputatie. Ik begeleid normaal gezien geen kinderen, maar voor amputaties maak ik een uitzondering. Omdat ik echter ver buiten mijn regio viel, heb ik een collega gevraagd om het over te nemen. Zij zei dat ze het zou proberen, eventueel samen met mij. Maar heb ik er nadien niets meer over gehoord.

Mijn punt is: als je geen ervaring hebt met amputaties, moet je daar eerlijk over zijn en samenwerking met iemand die dat wel heeft. Zelf verwijs ik ook door wanneer het over cognitieve revalidatie gaat, omdat dat niet mijn specialisatie is. Je moet als therapeut durven toegeven wat je niet weet en collega's inschakelen die wel over de juiste expertise beschikken.

9.5 Bijlage 5: Overzichtstabel interviews

Vraag	EG 1	EG 2	EG 3
Vraag 1: Ervaring als ergotherapeut	Meerdere jaren ervaring in revalidatie. Regelmatig in contact met amputatiepatiënten, zowel op poliklinisch als ambulant niveau	15 jaar ervaring als ergotherapeut, 4 – 5 patiënten per week. In het revalidatieziekenhuis	Meer dan 15 jaar ervaring met amputatiepatiënten, zowel poliklinisch als ambulant.
Vraag 2: Veranderingen tijdens carrière in begeleiding van amputatiepatiënten	Toename van aantal amputatiepatiënten	Toename van technologieën	Grotere vraag naar ergotherapie en toename van aantal amputatiepatiënten
Vraag 3: Wat vindt u het meest uitdagend bij het werken met patiënten met een amputatie?	Juiste pasvorm van prothese vinden en minder zelfstandig oefenen zonder therapeut	Juiste pasvorm van prothese vinden	Toename van technologieën en soorten prothesen
Vraag 4: Kunt u beschrijven welke specifieke interventies u doorgaans toepast?	Functionele activiteiten, ADL training, woningadvies, prothesetraining	Functionele activiteiten, ADL training	Functionele activiteiten, ADL training, woningadvies
Vraag 10: Welke barrières ervaart u in het proces van woningaanpassingen voor uw patiënten?	Financiële beperkingen, wachttijden voor VAPH aanvraag	Financiële beperkingen, wachttijden voor VAPH aanvraag	Financiële beperkingen, wachttijden voor VAPH aanvraag
Vraag 13: Hoe verloopt de samenwerking met andere zorgverleners zoals artsen, prothesemakers en fysiotherapeuten?	Matige samenwerking met andere zorgprofessionals, omdat ze minder gespecialiseerd zijn in amputaties	Goede samenwerking met andere zorgprofessionals (revalidatiecentra zelf)	Gemiddelde samenwerking, maar proberen contact te maken
Vraag 15: Welke informatie mist u momenteel bij het begeleiden van patiënten met een amputatie?	Informatie over prothesegebruik en technieken	Informatie over prothese- en hulpmiddelengebruik en technieken	Informatie over prothesegebruik en technieken
Vraag 16: Wat wil u terugzien in een brochure?	Informatie over prothesen, technieken en informatiebronnen	Informatie over prothesen en technieken en tips	Informatie over prothesen en liners en technieken
Vraag 21: Welke informatie zou een brochure waardevol maken?	Informatiebronnen	Informatiebronnen, info over prothesegebruik	Informatiebronnen, info over prothesegebruik