

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**De impact van informatietechnologie
op de gezondheidszorg
van de kwetsbare oudere in de eerste lijn**

Leen De Coninck

Prof. dr. Bert Aertgeerts

Prof. dr. Anja Declercq



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2016/05
SWVG-Rapport 48
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: De impact van informatietechnologie op de gezondheidszorg van de kwetsbare oudere in de eerste lijn

Promotor: Prof. dr. Bert Aertgeerts
Copromotor: Prof. dr. Anja Declercq
Onderzoekers: Leen De Coninck

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), LUCAS en ACHG
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
Prof. dr. Jozef Pacolet HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaellie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

Rapport 48

De impact van informatietechnologie op de gezondheidszorg van de kwetsbare oudere in de eerste lijn

Onderzoeker: Leen De Coninck
Promotor: Prof. dr. Bert Aertgeerts
Copromotor: Prof. dr. Anja Declercq

Samenvatting

Probleemsituering:

De complexe chronische problematiek is de laatste decennia dominant aanwezig in de eerstelijnsgezondheidszorg. De zorgverleners en zorgstructuur zijn daar anno 2016 nog onvoldoende aan aangepast. Naast het belang van 'cure' neemt ook het belang van 'care' toe. Informatie en communicatie gezondheidstechnologie (HICT) kan een faciliterende rol spelen bij de aanpak van de chronische zorgproblematiek.

In deze studie wordt nagegaan wat succesfactoren zijn in de benadering van de complexe problematiek en waar HICT hierbij kan ondersteunen. Om deze studie haalbaar te houden wordt gefocust op een casus, namelijk ergotherapie bij de fysiek kwetsbare thuiswonende oudere.

Doelstelling:

De studie gaat na hoe ergotherapie de functionaliteit van de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere kan verhogen, behouden, of hoe de achteruitgang kan gereduceerd worden en hoe HICT hierbij kan faciliteren.

Methode:

Een systematische literatuurreview werd uitgevoerd om na te gaan bij welke uitkomstmaten de effectiviteit van een ergotherapeutische interventie of van een multidisciplinaire interventie waarvan ergotherapie deel uitmaakt, aangetoond is en welke componenten voor kwaliteitsvolle zorg uit deze interventies kunnen worden geselecteerd.

Een kwalitatief onderzoek bij thuiswonende ouderen gaat na hoe oudere personen hun functioneren percipiëren en wat mogelijke determinanten zijn voor dit functioneren. Tevens wordt met behulp van kwalitatief onderzoek nagegaan wat aangaande samenwerking de visie van de eerstelijnszorgverstrekkers, hoe de samenwerking actueel verloopt en wat de eerstelijnszorgverleners zien als verbeterpunten. Op basis van de uitkomst van deze drie deelonderzoeken, aangevuld met relevante literatuur, wordt een voorstel uitgewerkt voor een kwaliteitsvol ergotherapeutisch behandelplan dat ingebed is in een multidisciplinaire aanpak.

Resultaten:

De systematische review geeft aan dat ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg een significante impact heeft op functioneren in ADL, sociale participatie, mobiliteit en valangst. De kenmerken van een kwaliteitsvolle ergotherapie-interventie die geïdentificeerd werden, zijn: empowerment, cliëntgerichtheid, multidisciplinaire samenwerking en samenwerking met de omgeving, educeren en informeren van de oudere persoon en zijn omgeving, en het gebruik van betekenisvolle activiteiten.

De outcome van de kwalitatieve bevraging van de thuiswonende oudere personen geeft de thema's aan die bij het nastreven van therapietrouw bij de fysiek kwetsbare oudere persoon in kaart moeten worden gebracht. Door bestaande modellen, concreet de CMOP-e, ASE-model en de coping strategieën binnen het kader van de Internationale Classificatie van het Menselijk handelen (ICF) te operationaliseren voor de fysiek kwetsbare oudere persoon en deze te koppelen aan het TransTheoretisch Model (TTM), krijgt de hulpverlener een meer gedetailleerd zicht op de diverse determinanten die het functioneren en participeren beïnvloeden en hoe hij kan anticiperen op een potentieel gebrek aan de therapietrouw. Meerdere componenten van deze modellen zijn ook in de BelRAI opgenomen. Op basis van de gedetecteerde thema's werd een instrument ontwikkeld dat voor de ergotherapeut handvaten biedt om verhoging van de therapietrouw na te streven.

De outcome van de kwalitatieve bevraging van de eerstelijns hulpverleners geeft aan dat er een grote discrepantie is tussen de verschillende beroepsgroepen wat betreft de mogelijkheden van elektronische gegevensregistratie, -verwerking en -deling. Ook de mate van beschikbaarheid en bereikbaarheid van wetenschappelijk bewijsmateriaal ter ondersteuning van de interventie is erg afhankelijk van de beroepsgroep. De ergotherapeut is als enige beroepsgroep nog niet in het bezit van een beroep specifiek gelabeld elektronisch patiëntendossier.

Het uitgewerkte ergotherapeutisch behandelingsprotocol bestaat uit vijf fasen, namelijk de detectiefase, de fase van functionele diagnosestelling, de fase van doelbepaling, de interventiefase en de fase van monitoring. Het ergotherapeutisch behandelingsprotocol wordt ingebed in een multidisciplinaire aanpak waarbij, indien relevant, casemanagement of zorgbemiddeling de samenwerking moet faciliteren en zo de kwaliteit van de interventie doet toenemen. HICT is een faciliterende factor om de implementatie van het protocol te doen welslagen. HICT betreft in deze context elektronische gegevensregistratie, -verwerking en -deling en beslissingsondersteuning.

Conclusie en discussie:

De effectiviteit van ergotherapie bij thuiswonende kwetsbare ouderen is aangetoond en de componenten van een kwaliteitsvolle interventie zijn gekend. Om het vooropgestelde good practice conceptprotocol in Vlaanderen te implementeren zijn er enerzijds veranderingen noodzakelijk aangaande de zorgstructuur waarbinnen de ergotherapeut tewerk gesteld is, concreet het statuut van de ergotherapeut en de mogelijkheden tot samenwerking. Anderzijds moeten een aantal HICT-tools beschikbaar zijn, concreet (1) het Geriatrich Risico Profiel instrument en BelRAI Screener gekoppeld aan Evidence Linker zijn beschikbaar bij de elektronische patiëntendossiers van alle zorgverleners, (2) het elektronisch ergotherapeutisch dossier opgebouwd op basis van de ICF, (3) er moet de mogelijkheid zijn om ergotherapeutische gegevens elektronisch te verwerken, (4) er moet de mogelijkheid om ergotherapeutische gegevens op een veilige manier elektronisch te delen met andere zorgverleners en (5) er is wetenschappelijke evidentie beschikbaar via een elektronische tool gekoppeld aan het elektronisch ergotherapeutisch dossier, zoals Evidence Linker.

Aanbevelingen:

De uitgewerkte wetenschappelijk onderbouwde ergotherapeutische interventie kan in de Vlaamse zorgstructuur geïmplementeerd worden mits inspanningen van en samenwerking tussen verschillende actoren.

Een eerste vereiste is dat de ergotherapeut binnen zijn takenpakket de middelen (structuurindicatoren) en ruimte (procesindicatoren) heeft om een kwaliteitsvol protocol in totaliteit uit te voeren. De ergotherapeut moet - naast de andere zorgverleners - over de nodige elektronische middelen beschikken om aan casefinding te doen. In het kader van verhogen van therapietrouw moet er ruimte gecreëerd worden om een grondige handelingsdiagnose op te stellen. Om het educeren en informeren van de oudere persoon te ondersteunen moet de ergotherapeut over de nodige elektronische middelen beschikken. De ergotherapeut moet in de mogelijkheid zijn om op een efficiënte manier bronnen te raadplegen die zijn interventie wetenschappelijk onderbouwt en in staat zijn om op een veilige en efficiënte manier gegevens te delen met andere zorgverstrekkers.

Een tweede vereiste is kennisbevordering bij studenten ergotherapie en bij professionals. Studenten ergotherapie en ergotherapeuten moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van ondersteunende elektronische tools en er de meerwaarde van inzien. In de basisopleidingen moet niet alleen aandacht besteedt worden aan EBP, maar tevens aan hoe HICT er toe kan bijdragen dat deze EBP op een efficiënte manier geïntegreerd wordt in de klinische praktijk.

Een derde vereiste is dat het beroep ergotherapie als zorgverstrekker binnen de eerstelijnsgezondheidszorg op een correcte manier bekend geraakt. Een gerichte profileringscampagne naar de andere betrokken beroepsgroepen dringt zich op. Een samenwerking met de Vlaamse zorgambassadeur kan deze campagne stroomlijnen en meer draagkracht geven.

Inhoud

Leeswijzer	11
Inleiding	13
Hoofdstuk 1 Onderzoek naar de effectiviteit van ergotherapie bij thuiswonende kwetsbare ouderen: een systematische review	19
1 Situering	19
2 Doelstelling	19
3 Methode	19
4 Resultaten	22
4.1 Beschrijving van de studies	22
5 Discussie	31
5.1 Samenvatting van de belangrijkste resultaten	31
5.2 Kwaliteit van het bewijsmateriaal	32
6 Conclusie van de auteurs	33
6.1 Implicaties voor de praktijk	33
6.2 Implicaties voor onderzoek	33
7 Toegevoegde waarde van dit aspect van de studie	34
7.1 Wat is reeds gekend aangaande het topic?	34
7.2 Wat voegt deze studie toe?	34
8 Referenties	34
Hoofdstuk 2 Onderzoek bij thuiswonende ouderen naar de perceptie aangaande het eigen functioneren: een kwalitatieve studie	37
1 Situering	37
2 Doelstelling	38
3 Methodiek	38
3.1 Dataverzameling	38
3.2 Respondenten	38
3.3 Meetinstrument	39
3.4 Data analyse	39
3.5 Reflectie op de rol van de onderzoekers	40
3.6 Ethische overwegingen	40
4 Resultaten	41
4.1 Demografische karakteristieken	41
4.2 Analyseproces	42
4.3 Perceptie van de oudere persoon	44
4.4 Achterliggende concepten van gedrag en gedragsverandering, en coping strategieën	47
5 Discussie	49

6	Conclusie	52
6.1	Implicaties voor de klinische praktijk	52
6.2	Implicaties voor verder onderzoek	52
7	Toegevoegde waarde van dit aspect van de studie	52
7.1	Wat is reeds gekend aangaande dit topic?	52
7.2	Wat voegt deze studie toe?	53
8	Referenties	53
Hoofdstuk 3 Onderzoek naar samenwerking in de eerstelijnszorg: een kwalitatieve studie bij zorgverleners		57
1	Situering	57
2	Doelstelling	57
3	Methodiek	58
3.1	Dataverzameling	58
3.2	Respondenten	58
3.3	Meetinstrument	58
3.4	Data analyse	58
4	Resultaten	59
4.1	Demografische karakteristieken	59
4.2	Reden contactname hulpverlener	59
4.3	Samenwerking	60
4.4	Gezondheidsinformatietechnologie	62
5	Discussie	63
5.1	Samenvatting van de belangrijkste resultaten	63
5.2	Kwaliteit van bewijsmateriaal	64
6	Conclusie	65
6.1	Implicaties voor de klinische praktijk	65
6.2	Implicaties voor verder onderzoek en ontwikkeling	65
7	Toegevoegde waarde van dit aspect van de studie	65
8	Referenties	66
Hoofdstuk 4 Een kwaliteitsvolle ergotherapeutische interventie bij thuiswonende fysiek kwetsbare ouderen: voorstel van een uitgewerkte behandelingsprotocol		67
1	Situering	67
2	Doelstelling	69
3	Methodiek	69
4	Resultaten	70
4.1	Detectiefase	71
4.2	Fase van functionele diagnosestelling	72
4.3	Fase van doelbepaling	74
4.4	Interventiefase	75
4.5	Fase van monitoring	77

5	Discussie	78
	5.1 Ergotherapeutische thuisinterventie	78
	5.2 Ondersteunende HICT	78
6	Conclusie	79
7	Toegevoegde waarde van dit aspect van de studie	79
	7.1 Wat is reeds gekend aangaande dit topic?	79
	7.2 Wat voegt deze studie toe?	79
8	Referenties	79
	Hoofdstuk 5 Aanbevelingen	81
	Bijlagen	83

Leeswijzer

De complexe chronische problematiek is de laatste decennia dominant aanwezig in de eerstelijnsgezondheidszorg. De zorgverleners en zorgstructuur zijn daar anno 2016 nog onvoldoende aan aangepast. Naast het belang van 'cure' neemt ook het belang van 'care' toe. Informatie en communicatie gezondheidstechnologie (HICT) kan een faciliterende rol spelen bij de aanpak van de chronische zorgproblematiek.

In deze studie wordt nagegaan wat succesfactoren zijn in de benadering van de complexe problematiek en waar HICT hierbij kan ondersteunen. Om deze studie haalbaar te houden wordt gefocust op een casus, nl ergotherapie bij de fysiek kwetsbare thuiswonende oudere. De studie gaat na hoe ergotherapie de functionaliteit van de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere kan verhogen, behouden, of hoe de achteruitgang kan gereduceerd worden.

In de introductie worden de begrippen kwetsbaarheid, chronische zorg en HICT gedefinieerd en aan elkaar gerelateerd.

In het eerste hoofdstuk wordt de internationale wetenschappelijke literatuur geanalyseerd om na te gaan bij welke uitkomstmaten de effectiviteit van een ergotherapeutische interventie, of van een multidisciplinaire interventie waarvan ergotherapie deel uitmaakt, aangetoond is en welke componenten voor kwaliteitsvolle zorg uit deze interventies kunnen worden geselecteerd.

De outcome van hoofdstuk één was bepalend voor hoofdstukken twee en drie. Omdat therapietrouw bij oudere personen vaak laag is, wordt in hoofdstuk twee nagegaan hoe oudere personen hun functioneren percipiëren en wat mogelijke determinanten zijn voor dit functioneren. Met deze kennis wordt rekening gehouden om het ergotherapeutisch behandelingsprotocol op te stellen.

Er is aangetoond dat de complex chronische problematiek multicausaal is, daarom is een multidisciplinaire aanpak wenselijk. In hoofdstuk drie wordt nagegaan wat de visie van de eerstelijnszorgverstrekkers is aangaande samenwerking, hoe de samenwerking actueel verloopt en wat de eerstelijnszorgverleners zien als verbeterpunten.

In hoofdstuk vier wordt op basis van de uitkomst van hogervermelde onderzoeken een voorstel uitgewerkt voor een kwaliteitsvol ergotherapeutisch behandelplan dat ingebed is in een multidisciplinaire aanpak.

De studie eindigt met aanbevelingen ten aanzien van de beleidsinstanties, de beroepsorganisaties en de onderwijsinstellingen.

Inleiding

De kwetsbare oudere

In 2014 is de gemiddelde levensverwachting voor de Belg 81 jaar (man= 78.56 jaar; vrouw, 83.5 jaar) (FOD economie, 2015) In minder dan 50 jaar zal de geschatte levensverwachting voor mannen toenemen tot 86 jaar, en voor vrouwen tot bijna 89 jaar. Verwacht wordt dat tegen 2030 een kwart van de Vlaamse bevolking ouder zal zijn dan 65 jaar. De groep 80-plussers zal tegen 2030 met meer dan een derde stijgen (van 5% naar 7%). De ontgroening daarentegen stagneert (Federaal Planbureau en Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2014). Met het toenemen van de leeftijd neemt tevens het aantal chronische aandoeningen toe.

Een deel van de chronisch zieke populatie is kwetsbaar. Het concept 'frailty' duidt op de kwetsbare toestand waarin de oudste ouderen zich bevinden. Deze kwetsbare toestand resulteert in een wisselvallig evenwicht tussen gezondheidsbehoud en de dreiging van de stoornissen (Rockwood et al., 1991). Kwetsbare oudere personen ervaren functionele beperkingen, zoals problemen in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten wat betreft zelfzorg en vrijetijdsbesteding. Hierdoor nemen de zelfstandigheid en sociale participatie af. Afname van de zelfstandigheid en sociale participatie heeft zowel psychosociale, als economische consequenties, zoals afname van het zelfvertrouwen, sociaal isolement en toename van het gebruik van de gezondheidszorg. Daarom is een holistische kijk op frailty noodzakelijk (Clegg et al., 2013; Wilkie et al., 2007; Béland et al., 2006; Markle-Reid et al., 2003).

Ondanks de kwetsbare situatie waarin de oudere persoon zich bevindt, blijft veilig zelfstandig wonen een prioriteit voor de meeste van deze ouderen (Fairhall et al., 2011). Autonomie is een belangrijke waarde in de hedendaagse Westerse maatschappij.

Chronische zorg

De gevolgen van de demografische transitie worden anno 2016 nog sterker in de verf gezet door de toename van het aantal oudste ouderen. Er wordt geschat dat de ouderenafhankelijkheidsratio¹ in Vlaanderen als gevolg van de verdere vergrijzing en verzilvering, zal stijgen van 0.28 in 2010 tot 0.41 in 2030 (respectievelijk 28/41 personen op de leeftijd van 65 of ouder tegenover 100 personen op arbeidsleeftijd). Ook de vraag naar chronische zorg zal hierdoor stijgen (Kabinet van Volksgezondheid, Welzijn en Gezin, 2014).

De zorg voor personen met chronische aandoeningen moet gericht zijn op hun noden en niet op hun aandoening(en). Deze noden kunnen gegroepeerd worden in biologische, psychische, sociale en spirituele noden, en gezondheidszorgnoden. De geleverde zorg om aan deze noden tegemoet te komen is holistisch (bio- psychosociaal, ecologisch en spiritueel) en veelomvattend (ziekenhuis, gemeenschapszorg, thuiszorg en herstel). Personen met chronische zorgbehoefte hebben nood aan gecoördineerde, multidisciplinaire zorg, aangeboden door competente gezondheids- en welzijnswerkers. De zorgnood van personen met chronische aandoeningen omvat het totale functioneren van de persoon in zijn

¹ Coëfficiënt om de vergrijzing van de bevolking te meten

omgeving en overstijgt aldus de strikt medische zorgvraag (Keirse et al., 2009; Swedish National Institute of Public Health, 2007; Gordon et al., 2015).

Initiatieven die tot doel hebben de situatie van chronisch zieken te verbeteren, maar zich richten op één pathologie voldoen niet. De chronische zorgproblematiek van de kwetsbare oudere is namelijk een complexe problematiek en vereist een aangepaste benadering.

In het veld van 'cure and care' doen zich verschuivingen voor. Er zijn meer patiënten met chronische zorgproblematiek en multimorbiditeit. Tevens is er de tendens naar transmurale, geïntegreerde en multidisciplinaire zorg en meer patiënt empowerment. Hierdoor is er een toegenomen belang van eerstelijnszorg en komt er meer nadruk op care, eerder dan op cure.

De Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin onderschrijft in zijn beleidsdocument (2009-2014) de uitdaging om ouderen te ondersteunen in hun eigen omgeving en in hun actieve participatie aan de maatschappij. Een aanbod van kwaliteitsvolle thuiszorg resulteert namelijk in een afname van het aantal ziekenhuisopnames en opnames in de residentiële sector. Er is aangetoond dat een multifactoriële interventie kosteneffectief is bij de populatie zeer kwetsbare ouderen. Om dit te bereiken dienen verschillende disciplines betrokken te worden: huisartsengeneeskunde, ergotherapie, kinesitherapie, thuisverpleegkunde, farmacie en maatschappelijk werk (Béland et al., 2006; Fairhall et al., 2015).

Interventies met een focus op activiteit, onafhankelijkheid en succesvol ouder worden zijn meer succesvol dan interventies die vertrekken vanuit een afhankelijkheidsmodel (Glendinning et al., 2008; Law et al., 1990). Ergotherapie is een discipline die personen met beperkingen empowert om dagelijkse activiteiten op te nemen en om te participeren aan maatschappelijke gebeurtenissen (WFOT, 2015). De ergotherapeut coacht oudere personen in het gebruik van alternatieve methodes, hij voorziet aanpassingen in functie van het uitvoeren van activiteiten en omgevingsaanpassingen, hij implementeert preventiestrategieën, en hij coacht hierbij de mantelzorgers of ander betrokkenen. Het soort interventie dat hij toepast, hangt af van de mogelijkheden, beperkingen, noden en wensen van de cliënt en/of van zijn omgeving (WFOT, 2011). De ergotherapeut werkt vanuit zijn professioneel terrein samen met andere zorgberoepen. Het is aangetoond dat de aanpak van complexe chronische problemen, zoals de valproblematiek, pas effectief is als er interdisciplinair wordt gewerkt (Gillespie, 2012)

Hoewel ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg in Europa reeds ingeburgerd is, is de ergotherapeut in Vlaanderen in de eerstelijnszorg nog niet duidelijk gepositioneerd.

Gezondheidsinformatie en communicatietechnologie

Gezondheidsinformatie- en communicatietechnologieën (HICTs) zijn technologieën binnen de gezondheidszorg die op een elektronische manier helpen bij het opslaan, verwerken en delen van informatie. Daarnaast kan het gebruik van HICT een bijdrage leveren tot het verhogen van de kwaliteit van de interventies.

De link tussen al de gezondheidswerkers die betrokken zijn bij de kwetsbare oudere persoon kan een goed gedocumenteerd elektronisch patiëntendossier zijn. Dit houdt niet enkel de registratie van gecodeerde aandoeningen in, maar ook de functionele status van de kwetsbare oudere persoon, context gebonden factoren (zoals veiligheid van de woonomgeving) en andere relevante informatie voor betrokken diensten en voorzieningen. BelRAI is een voorbeeld van een instrument dat gebruikt wordt

door verschillende zorgberoepen en dat kan gekoppeld worden aan het elektronisch medisch dossier van de arts en aan andere elektronische dossiers die in de zorg worden gebruikt.

HICT kan een bijdrage leveren tot het verhogen van de kwaliteit van de interventies. Dit door beslissingsondersteunende systemen (DSS) en systemen die de link naar databanken met wetenschappelijk bewijsmateriaal implementeren in het elektronisch patiëntendossier. Evidence based practice (EBP) wordt in de praktijk pas realiteit als de tools om de juiste evidentie te vinden voorhanden zijn én als ze goed scoren op bruikbaarheid. Om hieraan tegemoet te komen sloot het RIZIV een overeenkomst aan met Duodecim (Finland) wat binnen EBMPracticenet een decision support platform bevat dat het mogelijk maakt om zorgtrajecten en bewijsmateriaal te koppelen, alsook het aanpassen van medische informatie op patiënten niveau. Het coderen van een diagnose en functionaliteit is een onmisbare schakel om op een coherente manier met elkaar te kunnen communiceren (EBMPracticeNet, 2015). Reeds meer dan een decennium worden in België ICT-tools ontwikkeld met als doel kwaliteit van zorg te verbeteren. In 2012 werd EBMPracticeNet operationeel. EBMPracticenet is een online databank op vlak van EBM met een duizendtal richtlijnen en ruim 4000 evidence summaries. De richtlijnen die op EBMPracticeNet verschijnen, zijn wetenschappelijk onderbouwd en gevalideerd door het Centrum voor Evidence Based Medicine (CEBAM). Deze databank kan gekoppeld worden aan het elektronisch medisch dossier (EMD) waardoor de arts tijdens de raadpleging over recente wetenschappelijke evidentie beschikt die van toepassing kan zijn op de patiënt die hij voor zich heeft (Demaeseneer et al., 2014)

In België is het e-Health platform uitgegroeid tot een prominent instrument om de verschillende gezondheidsinformatie- en communicatietechnologieën te combineren. Het doel van e-Health platform is het creëren, ontwikkelen en beheren van een goed georganiseerde, onderlinge elektronische dienstverlening en informatie-uitwisseling tussen alle actoren in de gezondheidszorg mét de nodige waarborgen op het vlak van de informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim. Het is mogelijk om in de toekomst de verschillende dossiers met elkaar te verbinden voor de uitwisseling van gegevens (huisartsen, ziekenhuizen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, ...).

Gebrek aan tijd, teveel administratieve taken en wantrouwen tegenover elektronisch opslaan en delen van gegevens weerhoudt sommige huisartsen om alle mogelijkheden en functies van elektronische medische dossiers te gebruiken. Greenhalgh (2011) geeft echter aan dat de voordelen van centraal opgeslagen elektronische dossiers subtieler zijn en meer mogelijkheden bezitten dan vele belanghebbenden verwachtten.

Het gebruik van elektronische patiëntendossiers en gegevensdeling moet gebaseerd zijn op duidelijke wetgeving. Tevens moet er rekening gehouden worden met de realiteit van de patiëntenzorg door een bottom-up benadering toe te passen (Hussain, 2011). Stimuleren van de aanname van HICT is een uitdaging.

Doel van de studie

Het doel van dit project is nagaan hoe de functionaliteit van de fysiek kwetsbare thuiswonende oudere kan verbeteren, stabiel blijven of hoe achteruitgang kan beperkt worden en waar gezondheidsinformatietechnologie hiertoe een bijdrage kan leveren. Omwille van haalbaarheid wordt het project toegespitst op één beroepsgroep, namelijk deze beroepsgroep die functionaliteit en sociale participatie als werkterrein heeft, de ergotherapie.

Ethische commissie

Het onderzoek werd voorgelegd aan en goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven en kreeg het unieke nummer S58057 toegekend (zie bijlage 1).

Referenties

Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A.M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A., Dallaire, L. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a Randomized controlled trial. *Journal of Gerontology*. 61A(4):367-373.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Olde Rikkert, M., Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*. 381:752-62.

De Maeseneer, J., Aertgeerts, B., Remmen, R., Devroey, D. (red) (2014). *Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!* ICHO, Brussel.

EBMPracticeNet (2015). EBMPracticenet. De snelste en meest betrouwbare weg naar evidence-based richtlijnen. Geraadpleegd op 04 december 2015 op: <ebmpracticenet.be>.

Federaal Planbureau Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (2014). *Demografische vooruitzichten 2013-2060. Bevolking, huishoudens en prospectieve sterftequotiënten*. Brussel.

Fairhall, N., Langron, C., Sherrington, C., Lord, S.R., Kurrle, S.E., Lockwood, K., Monaghan, N., Aggar, C., Gill, L., Cameron, I.D. (2011). Treating frailty - a practical guide. *BMC Med*. 6(9):83.

FOD economie (2015). Sterftetafels en levensverwachting geraadpleegd op 04 december 2015 op <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/sterfte_leven/tafels/>

Gillespie L.D., Robertson M.C., Gillespie W.J., Sherrington C., Gates S., Clemson L.M., Lamb S.E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012*, Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.

Glendinning, C., Clarke, S., Hare, P., Maddison, J. and Newbrunner, L. (2008). Progress and problems in developing outcomes-focused social care services for older people in England, *Health and Social Care in the Community*. 16, 1, 54-63.

Gordon, A., Oliver, D. (2015). Commentary: Frameworks for long term conditions must take account of needs of frail older people. *British Medical Journal*. 350:h370.

Greenhalgh, T., Howick, J., Maskrey, N. (2011). Evidence-Based Medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014. 348:3725-32.

Hussain, A.A. (2011). Meaningful use of information technology: A local perspective. *Annals of Internal Medicine*. 54(10) 690-693.

Kabinet Volksgezondheid, Welzijn en Gezin (2014). *Beleidsnota 2014-2019 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Departement Diensten voor het Algemeen Regeringsbeleid, Brussel.

Keirse, E., Beguin, C., Desmedt, M., Deveugele, M., Menten, J., Simoens, S., et al. (2009). *Organization of palliative care in Belgium*. Brussels: Belgian Health care Knowledge Centre; KCE reports 115C (D/2009/10.273/42).

Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy, *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 57(2):82-7.

Markle-Reid, M., Browne G. (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*. 44, 58–68.

Rockwood, K., Fox, R.A., Stolle, P., Robertson, D., Beattie, B.L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *Canadian Medical Association Journal*. 150:489-95.

Swedish National Institute of Public Health (2007). *Healthy ageing: a challenge for Europe*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

WFOT (2015). *Statement on occupational therapy*. Retrieved on 11 November 2015 on: <www.wfot.org>.

Hoofdstuk 1 Onderzoek naar de effectiviteit van ergotherapie bij thuiswonende kwetsbare ouderen: een systematische review

1 Situering

Ergotherapie is het beroep in de gezondheidszorg dat personen empowert om hun dagelijkse activiteiten uit te voeren en om te participeren aan sociale gebeurtenissen. Ergotherapeuten werken cliëntgericht, betrekken waar nodig de omgeving in hun aanpak en werken meestal interdisciplinair (WFOT, 2015). Het is aangetoond dat ergotherapie effectief is bij thuiswonende personen met dementie en hun mantelzorgers en bij ouderen met valproblematiek (Graff et al., 2006; Cumming et al., 1999). Omtrent de effectiviteit van ergotherapie bij fysiek kwetsbare thuiswonende ouderen is er nog nood aan sterk bewijsmateriaal.

2 Doelstelling

Het doel van deze systematische review is om de effectiviteit na te gaan van ergotherapie als monodisciplinaire interventie, of als onderdeel van een multidisciplinaire interventie, bij fysiek kwetsbare thuiswonende ouderen en om na te gaan wat de componenten zijn van een kwaliteitsvolle interventie.

3 Methode

Om de review uit te voeren werden de principes van het Cochrane handboek gevolgd (Higgins en Green, 2011). De rapportering is gebaseerd op de PRISMA-handleiding (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher et al., 2009).

Studies werden geïnccludeerd indien ze voldeden aan volgende criteria:

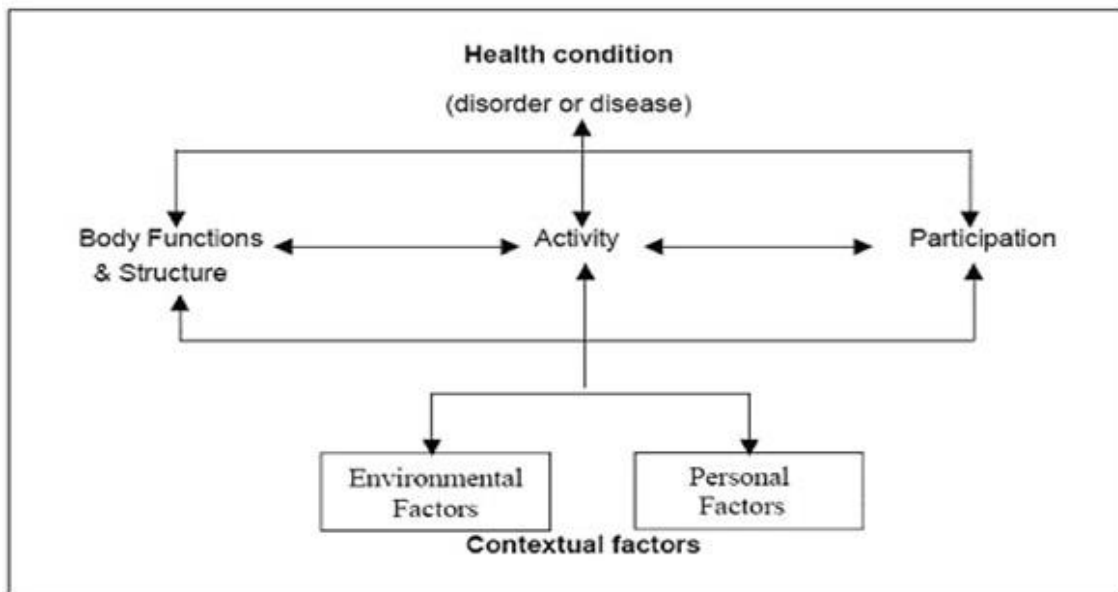
- Populatie: Thuiswonende, fysiek kwetsbare ouderen, al dan niet samenwonend
- Interventie: Monodisciplinaire ergotherapie aan huis of ergotherapie aan huis als onderdeel van een multidisciplinaire aanpak; de componenten van de ergotherapie-interventies moeten weergegeven zijn
- Controle: Reguliere interventie of geen interventie
- Outcome: Primaire uitkomstmaten zijn mobiliteit, functioneren in activiteiten van het dagelijks leven en sociale participatie. Secundaire uitkomstmaten zijn valangst, cognitie, mate van beperkt zijn en het aantal gevallen personen
- Enkel gepubliceerde volledig gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCTs) werden geïnccludeerd.

Studies werden geëxcludeerd indien:

- (1) de oudere nog revalidatie volgde,
- (2) de hoofddiagnose een acuut probleem was,
- (3) er dementie of een andere progressieve aandoening gediagnosticeerd was,
- (4) de oudere zich in een onomkeerbaar stadium van bedlegerig bevond,

- (5) de oudere palliatieve zorg nodig had of
- (6) de oudere autochtoon Afrikaan, Aziat of Latijns-Amerikaan was, omwille van culturele verschillen, tenzij aangetoond werd dat er geen culturele verschillen de interventie beïnvloedden.

De uitkomstmaten van deze studie zijn gebaseerd op het toepassingsgebied van ergotherapie, namelijk het empoweren van mensen om te participeren en hen te stimuleren in hun dagelijkse functioneren. De Internationale classificatie van menselijk functioneren en gezondheid (ICF) werd gebruikt om de uitkomstmaten te kaderen. De ICF is het kader om functionaliteit en beperking weer te geven. De ICF omvat de componenten gezondheidstoestand, lichaamsfuncties en lichaamsstructuren, participatie, omgevingsfactoren en persoonlijke factoren (WHO, 2001) (Figuur 1.1).



Figuur 1-1 ICF-framework

De primaire uitkomstmaten betreffen de ICF-componenten 'activiteit en participatie'. Deze zijn geoperationaliseerd in mobiliteit, functionaliteit met betrekking tot activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en sociale participatie. ADL betreft zowel basale activiteiten van het dagelijks leven, of BADL (zoals persoonlijke hygiëne, eten, bad nemen en aankleden), als instrumentele activiteiten van het dagelijks leven, of IADL (zoals koken, wassen, poetsen). In deze studie includeerden we IADL als uitkomstmaat omdat deze een hoger uitvoeringsniveau vereist dan BADL. Indien geen IADL-uitkomstmaat beschikbaar was, includeerden we BADL als uitkomstmaat.

Participatie wordt door de WHO omschreven als 'betrokken zijn in een levenssituatie, maatschappelijke betrokkenheid.' (WHO, 2001).

De secundaire uitkomstmaten betreffen de ICF-componenten persoonlijke factor (valangst hebben en disability) en lichaamsfuncties en -structuren (cognitie). 'Disability' beschrijft de mate waarin iemand zich begrensd voelt (Jette et al., 2002). We includeerden eveneens de negatieve uitkomstmaat 'aantal personen met valincident(en)'.

Om de relevante studies te identificeren werd een zoekstrategie uitgevoerd op zes elektronische databanken (MEDLINE, EMBASE, The Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO and OTseeker database) en dit van het begin van het ontstaan van de databank tot juni 2015. De bepaling van de zoektermen was gebaseerd op de inclusiecriteria en op basis van verkenning van relevante literatuur.

Als zoektermen werden zowel 'subject indexing terms', als 'free text words' gecombineerd. Via een handmatige zoektocht in de referentielijst van de geïnccludeerde artikels werden eventuele bijkomende studies geïdentificeerd. Er werden geen taal- of tijdsrestricties toegepast (zie bijlage 2).

Alle referenties werden gedownload in Reference Manager 12 en duplicaten werden verwijderd. Twee onderzoekers screenen onafhankelijk van elkaar de titels en – waar nodig – de abstracts van de geïdentificeerde records. Zij excludeerden niet-relevante studies. Vervolgens beoordeelden de onderzoekers de volledige tekst van alle weerhouden studies en screenen deze op basis van de in- en exclusiecriteria.

Indien informatie omtrent populatie, interventie of uitkomst ontbrak, werden de studieprotocollen opgezocht. Indien dan nog data ontbraken, werd de auteur gecontacteerd. Indien de auteur niet antwoordde of de ontbrekende informatie niet kon verstrekken, werden de studies geëxcludeerd omwille van onvoldoende data. Meningsverschillen tussen de twee onderzoekers werden besproken op een consensusoverleg.

Twee reviewers beoordeelden onafhankelijk van elkaar de methodologische kwaliteit van elke individuele studie. Verschil in gevormd oordeel aangaande methodologische kwaliteit werd bediscussieerd. Risico op bias werd zowel op studie-, als op uitkomst niveau beoordeeld en dit op basis van de Cochrane Collaboration's risk of bias assessment tool (Higgins et al., 2011). De zes domeinen werden beoordeeld op hoog, laag of onduidelijk risico op bias zoals aangegeven in het Cochrane handboek. De resultaten van de kritische beoordeling werden gerapporteerd met behulp van Review Manager 5.3 Software. Waar relevant, werden resultaten van meerdere studies gepoold. Dit was het geval bij een zelfde populatie, interventie of uitkomstmaat. Voor continue uitkomstmaten combineerden we de schattingen voor elke studie met behulp van mean difference (MD). Voor dichotome data combineerden we de schattingen voor elke studie met behulp van risk ratio (RR).

Er werden geen cross-over studies² opgenomen. Wanneer een studie meerdere doelgroepen omvatte (bijvoorbeeld Burton et al., 2013), includeerden we enkel die groep die aan de inclusiecriteria voldeed. Omdat uiteenlopende meetinstrumenten werden gebruikt om de uitkomstmaten vast te leggen, analyseerden we de meetinstrumenten en maakten we tabellen om hen te vergelijken. Enkel meetinstrumenten met eenzelfde uitkomstmaat werden gebruikt. Om maximale congruentie na te streven, gebruikten we, bij meerdere meetmomenten, het meetmoment dat het dichtst bij het einde van de interventie lag. Als gevolg van de verschillen tussen de studies (intensiteit en duur van de interventie, variëteit in meetinstrumenten) gebruikten we een random-effects model. De impact van de

² In een crossover studie worden de onderzochte personen verdeeld in twee groepen. De eerste groep krijgt eerst behandeling A en vervolgens behandeling B, terwijl de tweede groep in omgekeerde volgorde wordt behandeld. Een voordeel van deze onderzoeksopzet is dat het aantal proefpersonen dat nodig is om een effect te meten, klein is. Een kritiek op dit studiedesign is dat het effect van de eerste behandeling mogelijk nog niet is uitgewerkt wanneer de tweede behandeling al wordt gestart. Om deze reden wordt na behandeling met het eerste product meestal een 'washout periode' ingelast (van Driel, et al., 2008) Omwille van het langdurend tot blijvend effect van de ergotherapeutische interventie, kan een crossover studie de outcome vertekenen.

aard van de controle interventie (reguliere interventie en geen interventie) werd beoordeeld met behulp van een sensitiviteitsanalyse³.

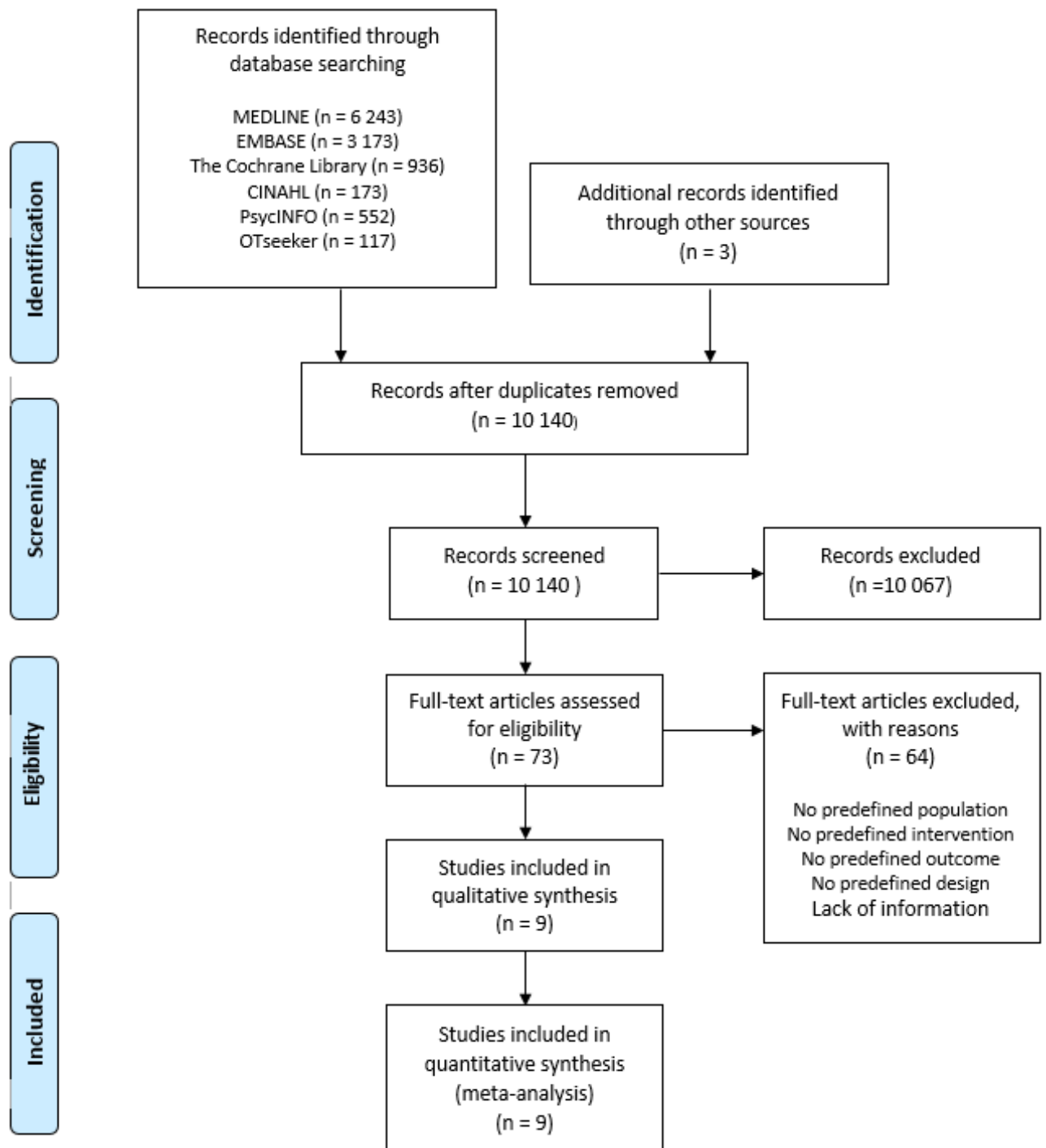
4 Resultaten

4.1 Beschrijving van de studies

4.1.1 Resultaten van de zoekstrategie

De resultaten worden weergegeven in een PRISMA diagram (Figuur 1.2). De elektronische zoekstrategie leverde 10.137 resultaten op. Aangevuld met manueel opgezochte studies resulteerde dit in 10.140 studies op, waarvan 73 op basis van titel en abstract relevant bleken. Van deze studies werd het volledige artikel doorgenomen. De belangrijkste reden voor niet includeren was de afwezigheid van ergotherapie als onderdeel van de behandeling of de afwezigheid van de componenten waaruit van de ergotherapeutische interventie bestond. Negen studies voldeden aan alle inclusiecriteria (zie bijlage 3: Geëxcludeerde studies met reden voor exclusie).

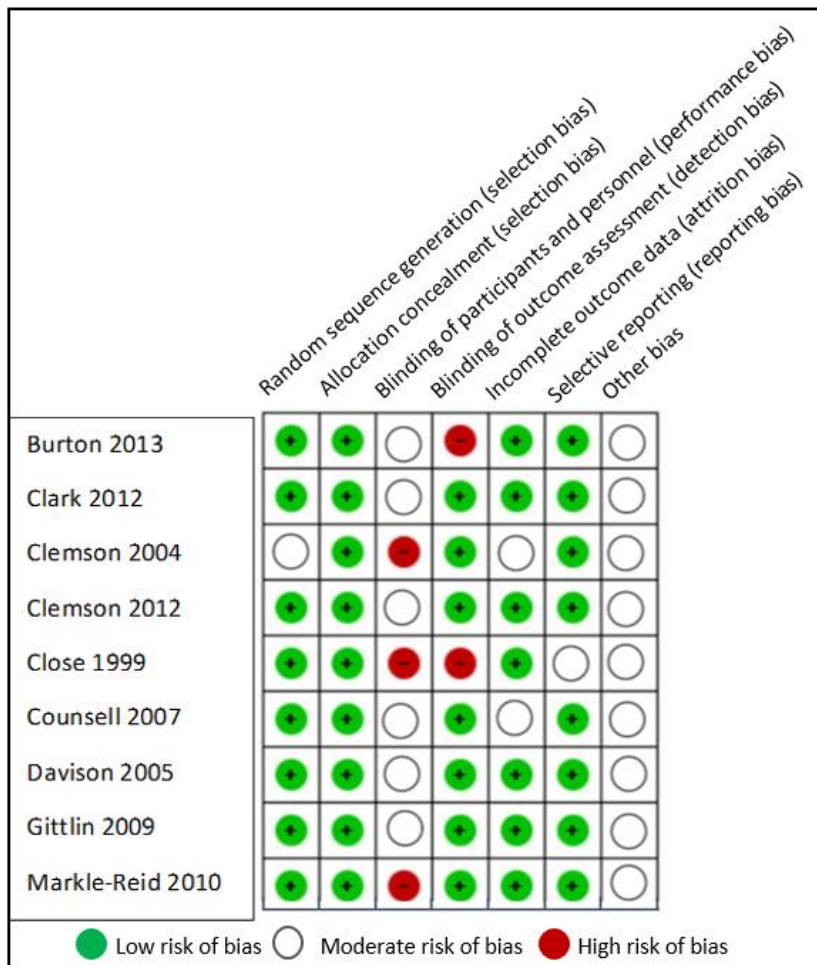
³ In een sensitiviteitsanalyse wordt onderzocht in welke mate het resultaat van een onderzoek wordt beïnvloed door een *verandering van methode, van waarden, variabelen of uitgangspunten*. Hiertoe worden een aantal verschillende scenario's naast elkaar gelegd. Op deze wijze tracht men de variabelen te identificeren, die de resultaten het meest beïnvloeden (van Driel et al., 2008).



Figuur 1-2 Flow diagram van zoekstrategie naar relevante RCT's

4.1.2 Risico op bias van de geïncludeerde studies

Het risico op bias wordt weergegeven in figuur 1.3 ‘kwalitatieve beoordeling geïncludeerde artikels’. Globaal waren de studies van behoorlijke kwaliteit, met uitzondering van performance bias.



Figuur 1-3 Kwalitatieve beoordeling geïncludeerde artikels.

Allocation (selection bias):

‘Random sequence generation’ en ‘allocation concealment’ scoorde voor bijna alle studies goed. Slechts één studie kreeg een matige score op ‘random sequence generation’ omwille van beperkte informatie over de manier waarop de randomisatie werd gedaan (Clemson et al., 2004).

Blinding (performance bias and detection bias):

Blinding van deelnemers en therapeuten was zwak omwille van de eigenheid van ergotherapie. Het is bijvoorbeeld onmogelijk de therapeut te blinderen bij het adviseren van woningaanpassing. Voor de oudere is het tevens visueel waarneembaar of de woningaanpassing uitgevoerd werd of niet. Blinding van de onderzoeker werd uitgevoerd in zeven van de negen studies. In één studie was de onderzoeker die de follow up deed, ook de persoon die de omslag opende met informatie aangaande de toewijzing (Burton et al., 2013). In een andere studie werd de follow up gedaan door middel van een post survey. In deze studie was er geen blinding van de onderzoekers die de vragenlijst opstelden (Close et al., 1999).

Incomplete outcome data (attrition bias):

De betrouwbaarheid van meetinstrumenten was voldoende bij zes van de negen studies (Burton et al, 2013; Clark e.a., 2012; Clemson et al, 2012; Close et al, 1999; Davison et al, 2005; Markle-Reid et al, 2010). In één studie wordt de oorzaak van uitval gegeven, maar niet afzonderlijk voor de controle en de interventiegroep (Clemson et al., 2004). In een andere studie wordt het aantal uitvallen vermeld, maar niet de oorzaak (Counsell et al., 2007).

Selective reporting (reporting bias):

De betrouwbaarheid van de rapportage was goed bij acht van de negen studies. De studie Close (1999) kreeg een matige score vanwege onvolledige registratie van de oorzaak van het vallen. De oorzaak van vallen werd gegeven bij de nulmeting, maar niet voor de follow up.

Er werd geen andere potentiële bias gevonden.

4.1.3 Populatie

De geïnccludeerde studies randomiseerden in totaal 3163 deelnemers. De grootte van de populatie voor de geïnccludeerde uitkomstmaten varieerde van 76 (Burton et al., 2013) tot 741 deelnemers (Counsell et al., 2007).

De geïnccludeerde populatie bestond uit thuiswonende ouderen met chronische beperkingen die alleen- of samenwonend waren. Qua leeftijd was de ondergrens in één studie 60, in vier studies 65, in drie studies 70 en in één andere studie 75. Eén studie legde de bovengrens op 95 jaar (Clark et al., 2012).

De onderzoekers clusterden de beperkingen in functionaliteit als 'problemen hebben met ADL', 'valrisico's hebben', of beide. Gitlin (2009) beschreef de geïnccludeerde populatie als ouderen die hulp nodig hebben bij minstens twee IADL activiteiten, of bij één of meer BADL-activiteiten. Markle-Reid (2010) beschreef de geïnccludeerde populatie als 'in aanmerking komen voor thuiszorg'. Een oudere persoon met valrisicofactoren was een criterium om in aanmerking te komen voor thuiszorg.

4.1.4 Interventie

Zeven geïnccludeerde studies behelsden multidisciplinaire interventies, waarvan ergotherapie er één was. Eén studie omvatte ergotherapie als monodisciplinaire interventie (Clark et al., 2012). De leden van het multidisciplinaire team in de eerstelijnszorg waren, naast een ergotherapeut, een kinesitherapeut, een verpleegkundige, een diëtist, een maatschappelijk werker, een huisarts, een geriater en/of een casemanager. In één studie bestond het team enkele uit een ergotherapeut en een huisarts (Close et al., 1999).

De frequentie van de interventies varieerde. Vier programma's hadden een vooraf bepaald aantal sessies. Het programma 'Stepping on' omvatte zeven interventies van twee uur, gevolgd door één follow up en één booster sessie (Clemson et al., 2004). De 'Life' aanpak bestond uit vijf ergotherapeutische thuisinterventies, twee booster huisbezoeken en twee follow up bezoeken (Clemson et al., 2012). De ergotherapeutische interventie van de PROFET-studie was beperkt tot één interventie binnen de zeven dagen na een valpartij (Close et al., 1999). De studie van Gitlin (2009) bestond uit vijf ergotherapeutische thuisinterventies van 90 minuten en een telefonisch follow up contact. Drie andere programma's waren op maat gemaakt (Burton et al., 2013; Clark et al., 2010; Markle-Reid et al., 2010). Het gemiddelde aantal huisbezoeken in de studie van Markle-Reid (2010) was vier. De studies van Counsell en Davison gaven het aantal thuisinterventies niet weer (Counsell et al., 2007; Davison et al., 2005).

Alle ergotherapeutische interventies waren individuele thuisinterventies, al dan niet aangevuld met groepsessies. De componenten van de ergotherapeutische interventies betroffen assessment, opleiden en informeren, aanleren van preventiestrategieën, advies omtrent hulpmiddelen – aanpassingen - diensten, functionele training (met inbegrip van oefenen van gebruik van hulpmiddelen), woning-aanpassing, coaching en/of een follow up sessie (Tabel 1).

De ergotherapeutische aanpak kenmerkte zich door cliëntgerichtheid, empowerment, educatie/ informeren, inbedden in betekenisvol handelen en samenwerking (Tabel 2).

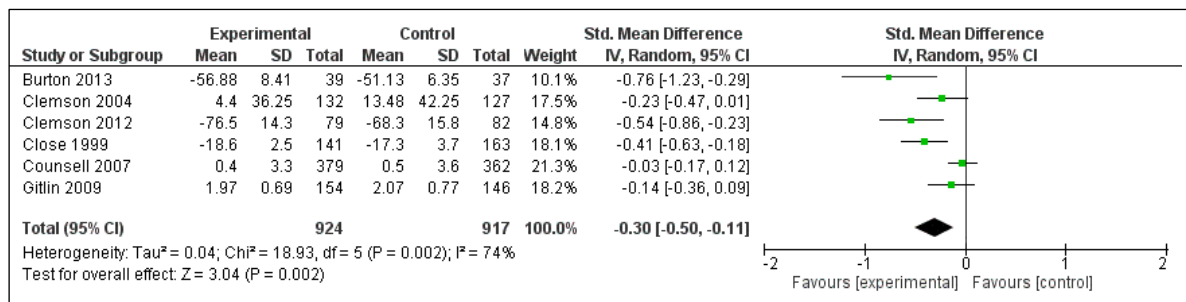
4.1.5 Effect van de interventies

Het aantal geanalyseerde studies per vooropgestelde uitkomstmaat was afhankelijk van de beschikbaarheid van de data van die specifieke uitkomstmaat.

De uitkomstmaat ‘functioneren in activiteiten van het dagelijks leven (ADL)’ kwam voor in zes studies (Burton et al., 2013; Clemson et al., 2004; Clemson et al., 2012; Close et al., 1999; Counsell, et al., 2007; Gitlin et al., 2009). De uitkomstmaat functioneren in ADL was in totaal beschikbaar voor 1841 deelnemers.

De pooled SMD voor de uitkomstmaat functioneren in ADL was -0.30 (95%CI -0.50 tot -0.11). Er was een aanzienlijke heterogeniteit in deze analyse ($I^2 = 74%$).

In de studie van Counsell (2007) werd de ergotherapeut enkel geïncludeerd indien er baseline valpartijen gemeld werden. Indien we deze studie excluderen, is er een verbetering van de pooled SMD, namelijk -0.36 (95%CI -0.55 to -0.18). De heterogeniteit in deze analyse steeg tot de waarde van 55% (Figuur 1.4). Aangezien de studie van Counsell voldoet aan alle inclusiecriteria, werd deze studie initieel geïncludeerd. Verdere, meer diepgaande analyse maakte echter duidelijk dat het aandeel ergotherapie in de totale studie beperkt is. Als we deze studie om die reden excluderen, zien we dat de waarden die de effectiviteit moeten aangeven in deze pool, nog duidelijker worden en dat de heterogeniteit afneemt. Dit maakt de effectiviteit voor deze uitkomstmaat nog meer aantoonbaar.



Figuur 1-4 Forest plot functioneren in ADL

Tabel 1-1 Componenten van de interventies

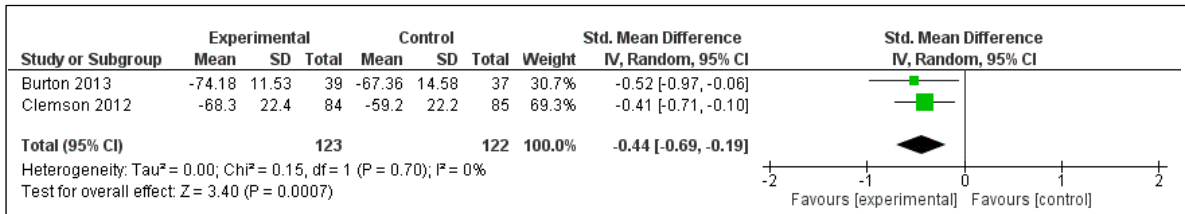
	<i>Burton 2013</i>	<i>Clark 2012</i>	<i>Clemson 2004</i>	<i>Clemson 2012</i>	<i>Close 1999</i>	<i>Counsell 2007</i>	<i>Davison 2005</i>	<i>Gtilin 2009</i>	<i>Markle-Reid 2010</i>
Professional(s)	Occupational therapist, physiotherapist and registered nurse (acting as case manager)	Occupational therapists	Occupational therapist and content experts	Occupational therapist, physiotherapist and registered nurse (acting as case manager)	Occupational therapists and general practitioner	Registered nurse, social worker, general practitioner and inter-professional team (including occupational therapist)	Occupational therapist, physiotherapist and hospital physician	occupational therapist and physiotherapist	Standard approach + registered nurse, occupational therapist, physiotherapist, registered dietitian and case manager
Components of the occupational therapy intervention	Promoting active engagement in ADL, chronic disease management, falls prevention strategies and improving balance	Identification and implementation of activity relevant change development to overcome obstacles, participation in activities, rehearsal to everyday routine	Evaluating, informing, shared planning, tailored exercise, advising	Evaluating, informing, shared planning, tailored exercise, advising	Assessment of functionality, environment and psychological consequences of falling, advising and education, referring to other services	Fall prevention	Fall prevention: Assessment and intervention, home hazard modification	Traditional intervention supplemented with assessment of priorities, consultancy, integrated approach	Tailored approach of assessment and managing modifiable fall risk factors, education

Tabel 1-2 Ergotherapeutische aanpak

	Burton 2013	Clark 2012	Clemson 2004	Clemson 2012	Close 1999	Counsell 2007	Davison 2005	Gtilin 2009	Markle-Reid 2010
Client centeredness	Shared decision on prioritizing activities	Individualized treatment to discuss group topics	Exploring different coping behaviors	Planning together with client	Modifications if client consents	No specific information available	No specific information available	Only interventions on areas clients reports as problematic	Motivational interviewing
Empowerment	Chronic disease self-management	Training in self analyzing; building social relationships	Building confidence	Enhancing self-efficacy	Advice and education	No specific information available	Environmental adaptations	Use of control –oriented strategies	Mobilizing clients intrinsic values and goals
Educating/ informing	Explaining and describing interventions	Didactic presentations	Educating risk factors	Teaching principles and philosophy	Informing about safety within home	No specific information available	No specific information available	Education as intervention component	Education about falls prevention
Meaningful activities	Incorporation in daily routines	Developing personally meaningful healthy lifestyle	Incorporation in daily life	Choosing context relevant activities	No specific information available	No specific information available	No specific information available	Incorporating in everyday life domains	Approached by identifying clients intrinsic goals
Collaboration	With client and professional supported by case manager	With client and peers	With client and peers	With client	With physician; referring to other services	No specific information available	With physiotherapist and physician	With physiotherapist	Inter-professional team meetings; inter-professional care plan

De uitkomstmaat 'sociale participatie' was aanwezig in twee artikelen (Burton et al., 2013; Clemson et al., 2012). Er werden uitkomstmaten uit de Long Life Disability Index- subtest limitation en uit de Life Space Index gebruikt. De twee studies includeerden samen 245 deelnemers.

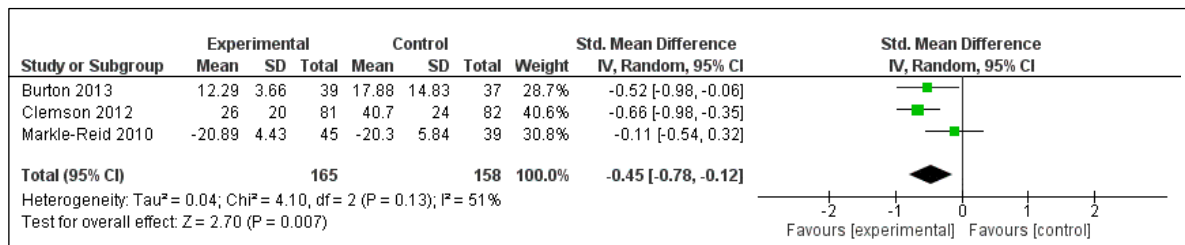
De pooled SMD voor de uitkomstmaat sociale participatie was -0.44 (95%CI -0.69 tot -0.19). Er was geen heterogeniteit in deze analyse ($I^2 = 0\%$) (Figuur 1.5).



Figuur 1-5 Forest plot sociale participatie

Drie studies gaven de primaire uitkomstmaat 'mobiliteit' weer (Burton et al., 2013; Clemson et al., 2012; Markle-Reid et al., 2011). Indien de studies de Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) rapporteerden, dan werden deze uitkomstmaten gebruikt voor de analyse. Als deze test niet aanwezig was, werd een alternatieve schaal die gelinkt kon worden aan de subtest 'gait' van de POMA, gebruikt.

Voor de uitkomstmaat mobiliteit was de pooled SMD -0.45 (95%CI -0.78 tot -0.12). Er was een matige heterogeniteit in deze analyse ($I^2 = 51\%$) (Figuur 1.6).

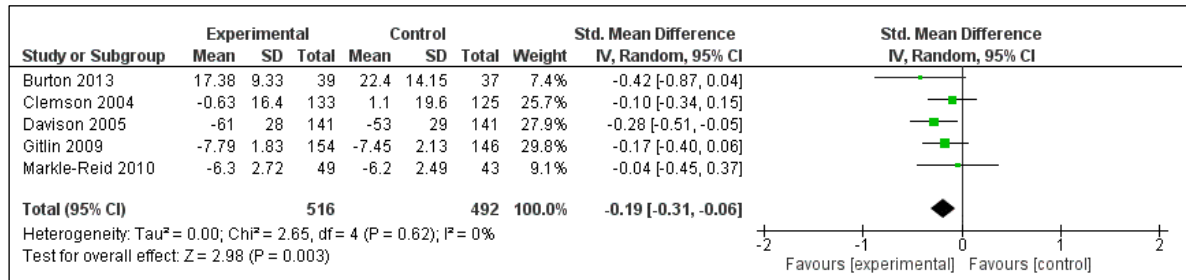


Figuur 1-6 Forest plot mobiliteit

De secundaire uitkomstmaten betreffen valangst, cognitie, disability en aantal gevallen personen.

De secundaire uitkomstmaat valangst includeerde vijf artikelen. Indien de studies de (Modified) Falls Efficacy Scale (FES) om valangst te meten bevatten, werd deze gebruikt voor de analyse (Burton et al., 2013; Clemson et al., 2004; Davison et al., 2005; Gitlin et al., 2009; Markle-Reid et al., 2010). In één artikel werd de Activities Specific Balance Confidence scale (ABC) gebruikt (Davison et al., 2005).

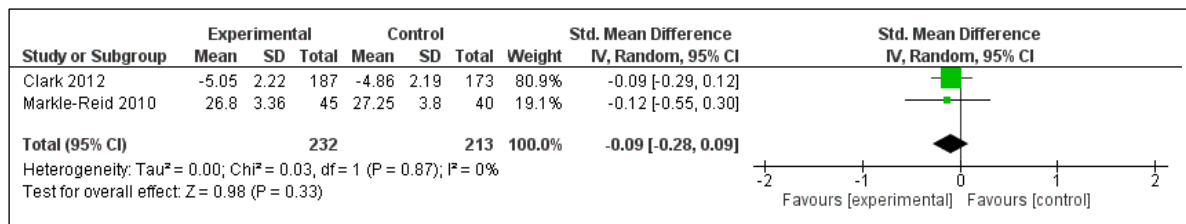
Voor de uitkomstmaat valangst was de pooled SMD -0.17 (95%CI -0.29 tot -0.05). Er was geen heterogeniteit in deze analyse ($I^2=0\%$) (Figuur 1.7).



Figuur 1-7 Forest plot valangst

Cognitie werd in twee studies gemeten voor in totaal 445 deelnemers. Om cognitie te meten werd de subtest 'delayed recall' van de Consortium to Establish a Registry of Alzheimer's Disease (CERAD) of de Standardized Mini Mental State Examination (SMMSE) gebruikt (Clark et al., 2012; Markle-Reid et al., 2010).

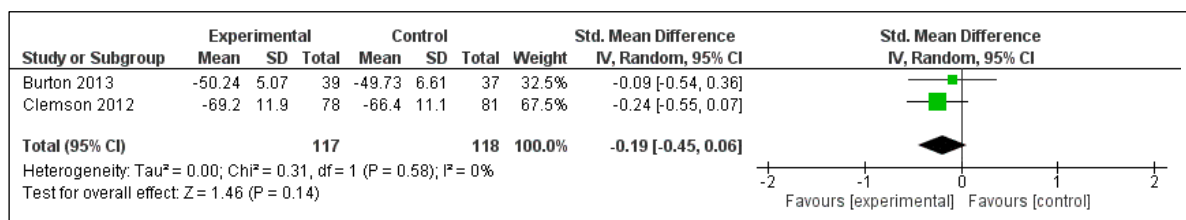
De pooled SMD voor de uitkomstmaat cognitie was -0.09 (95%CI -0.28 tot 0.09). Er was geen heterogeniteit in deze analyse ($I^2 = 0\%$) (Figuur 1.8).



Figuur 1-8 Forest plot cognitie

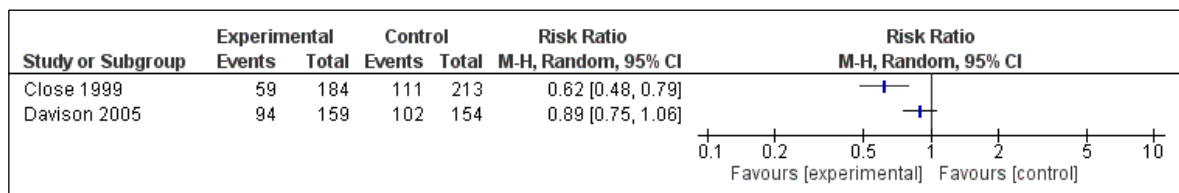
De disability-scores waren beschikbaar voor 235 deelnemers komende uit twee studies (Burton et al., 2013; Clemson et al., 2012). De Late Life Disability Scale registreerde de mate van beperking.

De pooled SMD voor de uitkomstmaat disability was -0.19 (95%CI -0.45 tot 0.06). Er was geen heterogeniteit in deze analyse ($I^2 = 0\%$) (Figuur 1.9).



Figuur 1-9 Forest plot disability

Omwillen van de grote verschillen tussen de uitgevoerde interventies is het niet zinvol om de uitkomstmaat 'aantal personen dat minstens één keer viel' te poolen. In zowel de studie van Close (1999), als van Davison (2005), is er een afname van het valrisico waargenomen. In de studie van Close is er een significante risico-reductie van vallen van 38% in de interventie groep. In de interventie groep van Davison is de risico-reductie 11% (Figuur 1.10).



Figuur 1-10 Forest plot aantal personen dat minstens één keer viel

5 Discussie

5.1 Samenvatting van de belangrijkste resultaten

Deze systematische review geeft een overzicht van de evidentie aangaande de effectiviteit van een eerstelijnsbenadering met inbegrip van ergotherapie voor fysiek kwetsbare oudere personen. Er werden drie primaire uitkomstmaten gemeten, namelijk functioneren in ADL, sociale participatie en mobiliteit. Daarnaast werden ook vier secundaire uitkomstmaten nagegaan, namelijk valangst, cognitie, disability en aantal personen dat minstens één keer gevallen is.

Onze studie toont aan dat een eerstelijnsbenadering met inbegrip van ergotherapie bijdraagt tot de verbetering van het functioneren in ADL, de sociale participatie en de mobiliteit. Ook valangst neemt af door een multidisciplinaire eerstelijnsbenadering waarvan ergotherapie deel uitmaakte.

Er werd geen effect vastgesteld op de secundaire uitkomstmaten cognitie, disability en aantal gevallen personen. Slechts twee studies hadden deze uitkomstmaten geïncorporeerd.

Aangezien er een grote variatie is in de interventies, moet er voorzichtig worden omgesprongen met de resultaten. Toch is het de moeite waard om te investeren in eerstelijns ergotherapie. De groep oudere personen wenst namelijk zo lang mogelijk in hun eigen woning te blijven wonen. Naast de impact op de autonomie en het welzijn van de ouderen, is deze benadering ook om economische redenen zinvol. In staat zijn om langer thuis te wonen drukt de kosten van ziekenhuisopname en residentiële zorg (Béland et al., 2006).

De primaire uitkomstmaten waarvoor effectiviteit aangetoond werd, met name mobiliteit, functioneren in ADL en sociale participatie, zijn gerelateerd aan de ICF-componenten 'activiteit en participatie'. De secundaire uitkomstmaat 'valangst', waarvoor tevens effectiviteit aangetoond werd, maakt deel uitmaakt van de ICF-component 'persoonlijke factoren'. De studie van Gitlin (2006) toonde aan dat het zelfstandig maaltijden bereiden verbeterde in meer dan 50% van de respondenten in de interventiegroep tegenover de controlegroep en het zelfstandig een bad nemen nam in net geen 50 % van de situaties toe. Van sociale participatie is aangetoond dat de mate van sociale participatie geassocieerd is met een scala aan gezondheids- en socio-economische factoren, zoals de hoeveelheid

perifere gewrichtspijnen, de gezondheidstoestand, cognitieve beperkingen, angst en depressie (Wilkie et al., 2007).

Empowerment, cliëntgerichtheid, multidisciplinaire samenwerking en samenwerking met de omgeving, educeren en informeren, en het gebruik van betekenisvolle activiteiten waren kenmerkend voor de ergotherapeutische aanpak.

De componenten van de ergotherapeutische interventies betroffen assessment, opleiden en informeren, aanleren van preventiestrategieën, advies omtrent hulpmiddelen, aanpassingen en diensten, functionele training, met inbegrip van oefenen aangaande gebruik van hulpmiddelen, woningaanpassing, coaching en/of een follow up sessie.

5.2 Kwaliteit van het bewijsmateriaal

Terwijl de methodologische kwaliteit van de opgenomen studies over het algemeen goed was, zijn studies van ergotherapeutische interventies onderhevig aan verschillende methodologische beperkingen. Een belemmering in de zoektocht naar hoogstaand wetenschappelijk onderzoek omtrent ergotherapeutische interventies is het vinden van dubbel blind gerandomiseerde studies. Dubbel blind gerandomiseerde studies hebben een hogere wetenschappelijke waarde dan gerandomiseerde studies waarbij de therapeut en de patiënt niet geblindeerd werden. Ergotherapeutische interventies, zoals woningaanpassingen, zijn van dien aard dat het waarneembaar is voor patiënten of de interventie al dan niet uitgevoerd werd. Om deze reden is het niet mogelijk om omtrent dit soort interventies geblindeerde studies te doen.

Een tweede probleem betreft de complexiteit van de benadering chronische aandoeningen. Köpke en McCleery (2015) geven aan dat er zowel complexiteit is in de interventiecomponenten, als in de theoretische achtergrond van de interventie, de implementatiecontext en de vooropgestelde uitkomstmaten. Om deze redenen is het een uitdaging om het bewijs voor complexe interventies te synthetiseren (Anderson et al., 2013). Vanwege de aard van het beroep werken ergotherapeuten in de eerstelijnszorg meestal in het domein van de complexe chronische zorg. Zoals aangegeven in de inleiding is 'kwetsbaarheid' een complexe chronische toestand. Daarom is de kwaliteit van bewijsmateriaal in dit veld in het algemeen zwak. Desalniettemin hebben we in ons zoeken naar een betrouwbaar antwoord op onze onderzoeksvraag enkel studies van een goede kwaliteit geïnccludeerd. Om die reden zijn sommige uitkomstmaten op een beperkt aantal studies gepoold.

5.2.1 Potentiële bias in het review proces

Een tekort aan informatie in het onderzoeksartikel, werd aangevuld met informatie van gedetecteerde studieprotocollen. Als deze niet beschikbaar was of als er onvoldoende informatie werd gegeven, werd de auteur gecontacteerd. Indien het onmogelijk was om de ontbrekende gegevens op te halen, werd het artikel niet geïnccludeerd. Om deze reden werden een aantal artikels uitgesloten die mogelijk interessant waren.

5.2.2 Overeenkomsten en verschillen met andere studies of reviews

Hoewel er gebrek is aan onderzoek naar complexe chronische interventies, ligt ander onderzoek in de lijn met de resultaten van deze studie. Smith (2012) geeft aan dat interventies gericht op functionele problemen bij patiënten met comorbiditeit of multimorbiditeit effectiever zijn. Béland (2006) beschrijft een patiëntgericht programma van geïntegreerde zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen dat haalbaar is en dat het aantal ziekenhuisopnames en opnames in residentiële settingen vermindert zonder stijgende kosten.

6 Conclusie van de auteurs

Deze systematische review toont een significant effect op alle vooropgestelde primaire uitkomstmaten en op de secundaire uitkomstmaat 'valangst'. Tevens konden in deze studie de componenten van een kwaliteitsvolle ergotherapie-interventie worden geïdentificeerd.

6.1 Implicaties voor de praktijk

De fysieke kwetsbare thuiswonende oudere persoon vereist meestal een multidisciplinaire aanpak. Binnen dit onderzoek werd een multidisciplinaire aanpak ingebed in 8 van de 9 studies. Cliëntgerichtheid werd aangegeven in 7 van de 9 interventies. De kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers moeten in de verschillende fases van de interventie geraadpleegd worden. Om de kwetsbare oudere persoon te ondersteunen in het maken van de juiste beslissing, moet hij worden geïnformeerd en waar nodig opgeleid. Gedeelde besluitvorming betreft zowel de voorop te stellen doelen, als de interventies. De doelstellingen en het plan van de aanpak dient samen met de kwetsbare oudere persoon, en waar van toepassing ook met zijn omgeving, te worden opgesteld. De aangeboden activiteiten moeten zinvol zijn voor deze persoon. Op deze manier zal het empowerment van de oudere persoon en zijn omgeving toenemen.

6.2 Implicaties voor onderzoek

In de huidige maatschappelijke omstandigheden, waarin de omvang van de groep van personen met multiple chronische problemen sterk toeneemt, is het aan te bevelen grootschalige onderzoeken op te zetten omtrent ergotherapie bij chronische complexe interventies. Verder onderzoek is wenselijk om de barrières, facilitatoren en voorwaarden om een dergelijk complexe interventie te implementeren te detecteren en om na te gaan of de gezondheidszorgstructuur voldoet aan deze voorwaarden. Hiervoor verwijzen we naar de volgende hoofdstukken.

7 Toegevoegde waarde van dit aspect van de studie

7.1 Wat is reeds gekend aangaande het topic?

Veilig en zelfstandig wonen is een prioriteit voor oudere personen. Ergotherapeuten maken het mogelijk om personen te laten participeren in activiteiten van het dagelijks leven.

Eerdere systematische reviews vonden evidentie voor een multidisciplinaire aanpak voor kwetsbaarheid onder de oudere populatie. Er waren nog geen reviews die het effect van ergotherapie nagingen bij fysiek kwetsbare thuiswonende ouderen.

7.2 Wat voegt deze studie toe?

Er is nu evidentie dat ergotherapie als monodisciplinaire interventie, of als onderdeel van een multidisciplinaire interventie een significante impact heeft op functioneren in ADL, sociale participatie, mobiliteit en valangst. De kenmerken van een kwaliteitsvolle ergotherapie-interventie die geïdentificeerd werden, zijn: empowerment, cliëntgerichtheid, multidisciplinaire samenwerking en samenwerking met de omgeving, educeren en informeren, en het gebruik van betekenisvolle activiteiten.

8 Referenties

Anderson, L., Petticrew, M., Chandler, J., Grimshaw, J., Tugwell, P., O'Neill, J., Welch, V., Squires, J., Churchill, R., Shemilt, I. (2013). Introducing a series of methodological articles on considering complexity in systematic reviews of interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*. 66:1205-1208.

Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A.M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A., Dallaire, L. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a Randomized controlled trial. *Journal of Gerontology*. 61A(4):367-373.

Burton, E., Lewin, G., Clemson, L., Boldy, D. (2013). Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: a pragmatic randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*. (8):1591-1601.

Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.P., Cherry, B.J., Jordan-Marsh, M., Knight, B.G., Mandel, D., Blanchard, J., Granger, D.A., Wilcox, R.R., Lai, M.Y., White, B., Hay, J., Lam, C., Marterella, A., Azen, S.P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of epidemiology and community health*. 66:782-790.

Clemson, L., Cumming, R.G., Kendig, H., Swann, M., Heard, R., Taylor, K. (2004). The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: a randomized trial. *Journal of American Geriatrics society*. 52(9):1487-1494.

Clemson, L., Fiatarone, M.A., Bundy, A., Cumming, R.G., Manolla, K., O'Loughlin, P., Black, D. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LIFE study): a randomised parallel trail. *British Medical Journal* 2012; 345:e4547.

- Close, J., Ellis, M., Hooper, R., Glucksman, E. Jackson, S. Swift, S. (1999). Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 353:93-97.
- Counsell, S.R., Callahan, C.M., Clark, D.O., Tu, W., Buttar, A.B., Stump, T.E., Ricketts, G.D. (2007). Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 298(22):2623-2633.
- Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G, O'Neill E, Westbury C, Frampton G., Davison, J., Bond, J., Dawson, P., Steen, I.N., Kenny, R.A. (2005). Patients with recurrent falls attending Accident & Emergency benefit from multifactorial intervention--a randomised controlled trial. *Age and ageing*. 34:162-168.
- Fairhall, N., Langron, C., Sherrington, C., Lord, S.R., Kurrle, S.E., Lockwood, K., Monaghan, N., Aggar, C., Gill, L., Cameron, I.D. (2011). Treating frailty--a practical guide. *BMC Med*. 6(9):83.
- Fairhall, N., Sherrington, C., Kurrle, S.E., Lord, S.R., Lockwood, K., Howard, K., Hayes, A., Monaghan, N., Langron, C., Aggar, C., Cameron, I.D. (2015). Economic evaluation of a multifactorial, interdisciplinary intervention versus usual care to reduce frailty in frail older people. *J Am Med Dir Assoc*. 16(1):41-8.
- Gitlin, L.N., Winter, L., Dennis, M.P., Corcoran, M., Schinfeld, S., Hauck, W.W. (2006). A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 54:809-816.
- Glendinning, C., Clarke, S., Hare, P., Maddison, J. and Newbronner, L. (2008). Progress and problems in developing outcomes-focused social care services for older people in England, *Health and Social Care in the Community*. 16, 1, 54-63.
- Graff, M.J.L., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., Thijssen, M., Olde Rikkert, M.G.M., Hoefnagels, W.H.L., Dekker, J. (2006). Community occupational therapy for dementia patients and their primary caregivers: a randomized controlled trial. *BMJ* ;333:1196; doi:10.1136/BMJ 39001.688843.BE.
- Higgins, J.P., Altman, D.G., Gotzsche, P.C., Juni, P., Moher, D., Oxman, A.D., Savoc, J., Schulz, K.F., Weeks, L., Sterne, J.A. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trials. *British Medical Journal*. 343.D5982.
- Köpke, S., McCleery, J. (2015). Systematic reviews of case management: too complex to manage? [editorial]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; (1): 10.1002/14651858.ED000096.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy, *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 57(2):82-7.
- Markle-Reid, M., Browne, G., Gafni, A., Roberts, J., Weir, R., Thabane, L., Miles, M., Vaitonis, V., Hecimovich, C., Baxter, P., Henderson, S. (2010). The effects and costs of a multifactorial and interdisciplinary team approach to falls prevention for older home care clients 'at risk' for falling: a randomized controlled trial. *Canadian Journal on Aging*. 29:139-161.
- van Driel, M., Chevalier, P. (2008). *Verzameling van de belangrijkste epidemiologische en statistische termen in Evidence-Based Medicine*. Minerva vzw, Gent.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Atman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*. 151:264-269.
- Rockwood, K., Fox, R.A., Stolle, P., Robertson, D., Beattie, B.L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *Canadian Medical Association Journal*. 150:489-95.

Smith, S.M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 3;345:e5205.

Swedish National Institute of Public Health (2007). *Healthy ageing: a challenge for Europe*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

WFOT (2015). Statement on occupational therapy. Retrieved on 11 November 2015 on <http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf>.

Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., Croft, P. (2007). Factors associated with participation restriction in community-dwelling adults aged 50 years and over. *Quality of Life Research*. 16(7):1147-1156.

Hoofdstuk 2

Onderzoek bij thuiswonende ouderen naar de perceptie aangaande het eigen functioneren: een kwalitatieve studie

1 Situering

Fysiek kwetsbare oudere personen ervaren problemen met hun functioneren (Fried et al., 2004; Clegg et al., 2013). Ondanks de beperkingen die oudere personen ervaren aangaande mobiliteit, ADL-functioneren en sociale participatie willen de ouderen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. Daarom is het belangrijk om oudere personen te stimuleren tot activiteit en participatie, en om de woonomgeving te optimaliseren (Fairhall et al., 2011; Wahl et al., 2003; Stark et al., 2015).

Ondanks het verlangen van oudere personen naar autonomie, is gedragsverandering om deze autonomie te behouden niet evident. Hierdoor is de therapietrouw bij oudere personen vaak laag. Het niet nakomen van aanbevelingen beperkt de effectiviteit van de interventie (Bonney et al., 2012). Cliëntgerichte zorg is een gunstige determinant in het kader van therapietrouw (Robinson et al., 2008). Yardley (2006) stelde vast dat de ouderen globale adviezen, die niet cliëntgericht opgesteld zijn, wel nuttig vinden, maar daarom niet steeds persoonlijk relevant of geschikt.

Modellen van gedragsverandering, zoals het TransTheoretisch Model van gedragsverandering (TTM) van Prochaska en DiClemente (1983; 1984), geven aan dat er verschillende stappen moeten doorlopen worden om te komen tot duurzame gedragsverandering (zie bijlage 4: TransTheoretisch Model van gedragsverandering). Het TTM beschrijft vijf fases. In de precontemplatiefase is de persoon zich niet bewust van het ongezonde gedrag. De contemplatiefase is de fase waarin de persoon zich bewust wordt van het ongezonde gedrag. In de preparatiefase gaat de persoon zich voorbereiden op de gedragsverandering. De actiefase betreft de effectieve gedragsverandering. Finaal is het de bedoeling dat het gedrag bestendig wordt (fase van behoud of consolidatie). De aanpak van de gedragsverandering wordt mede bepaald door de fase waarin de persoon zich bevindt. Adviezen aangaande de aanpak zijn per fase vastgelegd.

Om na te gaan in welke fase de oudere persoon zich bevindt en om de hulpverlening hier optimaal op af te stemmen, is het essentieel om zicht te hebben op hoe de ouderen hun functioneren percipiëren.

Zoals eerder aangegeven is de ergotherapeut de professional die personen en hun omgeving empowert om zo zelfstandig mogelijk te leven en om te participeren aan het maatschappelijk gebeuren. Ergotherapeutische methodieken die hierbij vaak toegepast worden, zijn het verstrekken van adviezen aangaande woningaanpassing en het coachen om te komen tot gedragsverandering (Stark et al., 2015; WFOT, 2015). In haar onderzoek naar klinisch redeneren aangaande woningaanpassing formuleert Stark stappen die moeten ondernomen worden om te komen tot een kwaliteitsvolle interventie. Om dit plan voor klinisch redeneren wetenschappelijk te onderbouwen bevroeg en observeerde Stark de ergotherapeuten. De stem van de ervaringsdeskundigen, de ouderen, werd in het onderzoek van Stark niet opgenomen.

Analyse van de perceptie van de oudere omtrent zijn functioneren, kan inzicht geven in mogelijke determinanten voor therapietrouw wat betreft aanbevelingen met betrekking tot mobiliteit, functioneren in ADL en sociale participatie. Om de basis voor een kwaliteitsvol ergotherapeutisch

behandelingsprotocol te ontwikkelen, is het noodzakelijk om zicht te hebben op de componenten die het functioneren beïnvloeden.

2 Doelstelling

Om zicht te krijgen op de factoren die de therapietrouw bij thuiswonende ouderen beïnvloeden, wil deze studie nagaan wat de perceptie van de oudere is aangaande zijn functioneren. We kijken hoe thuiswonende ouderen met chronische problemen hun globale functioneren en hun gezondheid percipiëren, en wat zij aangeven als beïnvloedende factoren voor dit functioneren.

Daarnaast wordt nagegaan welke componenten een invloed hebben op het gedrag en op gedragsverandering met betrekking tot het functioneren en de participatie van de oudere persoon.

De opgedane kennis moet de therapeut ondersteunen om zijn therapie cliëntgericht op te stellen en een verhoogde therapietrouw na te streven

3 Methodiek

3.1 Dataverzameling

Er werden semigestructureerde interviews afgenomen van thuiswonende oudere personen. Een zoektocht naar kwalitatieve studies waarin oudere personen werden geïnterviewd over gelijkaardige topics, leert ons dat 12 tot 20 interviews tot saturatie leiden en voldoende resultaten opleveren (Abad Corpa et al., 2012; Jancey, et al., 2009). In ons onderzoek stelden we een minimum van 12 interviews voorop. Op basis van de resultaten van de data-analyse beslisten we of er ofwel data-saturatie bereikt werd, ofwel meer interviews dienden te worden uitgevoerd.

De respondenten werden doelgericht geselecteerd op basis van selecte steekproeftrekking. Eerstelijngesondheidswerkers, meer bepaald huisartsen en ergotherapeuten, selecteerden ouderen uit hun professioneel en privaat netwerk. Deze twee beroepsgroepen werden als intermediair gekozen omdat zij er voldoende zicht op hebben of potentiële respondenten al dan niet voldoen aan de inclusiecriteria. De ergotherapeuten en huisartsen waren woonachtig in de regio's Gent en Leuven. De respondenten kwamen zowel uit stedelijke, als landelijke gebieden. De respondenten werden via telefoon gecontacteerd, verkregen informatie omtrent het project en over wat van hen verwacht werd indien ze participeerden. Indien ze geïnteresseerd waren, werd een datum afgesproken voor het interview. Voor aanvang van het onderzoek werd de informed consent procedure overlopen (zie bijlage 5). Een onderzoeker met zowel ervaring in het afnemen van semigestructureerde interviews, als ervaring in omgaan met oudere personen nam de interviews bij de oudere persoon thuis af.

3.2 Respondenten

De geïnccludeerde respondenten voldeden aan volgende criteria:

- (1) 65 jaar zijn of ouder,
- (2) lijden aan chronische gezondheidsproblemen,
- (3) thuiswonend zijn, al dan niet alleenwonend en
- (4) in het Nederlands schriftelijk of mondeling kunnen communiceren.

Exclusiecriteria waren:

- (1) de diagnose dementie hebben,
- (2) in een onomkeerbare staat van bedlegerigheid zijn,
- (3) zich in een terminale fase van ziekte bevinden of
- (4) behoren tot de Afrikaanse, Aziatische of Latijns-Amerikaanse populatie, omwille van mogelijke culturele verschillen.

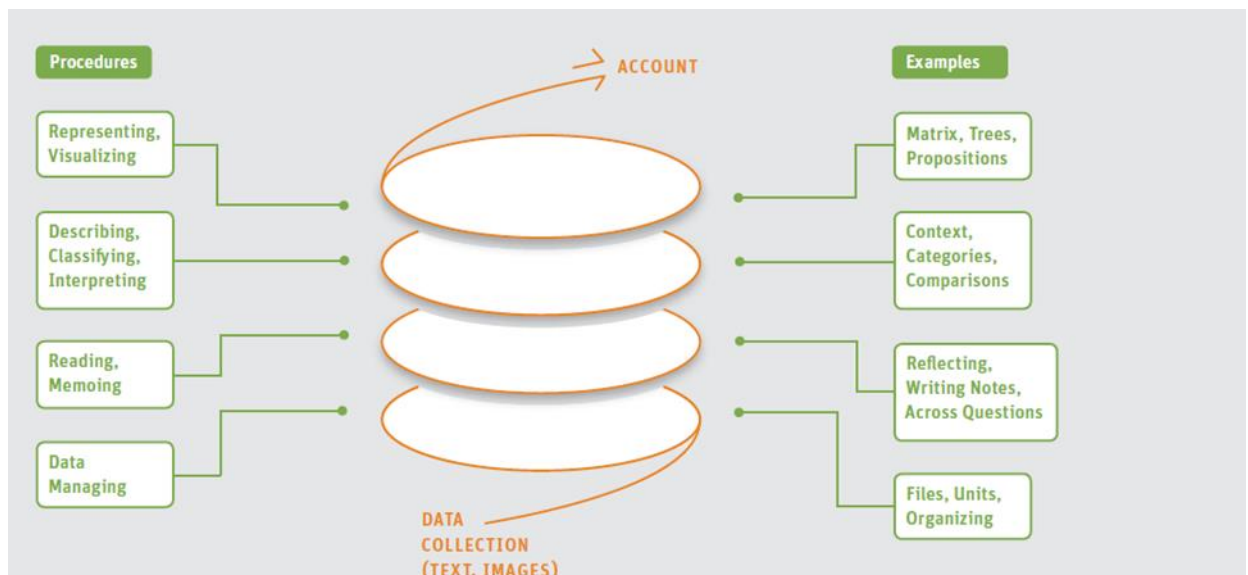
3.3 Meetinstrument

De interviews waren gebaseerd op een interviewgids, duurden ongeveer 30 minuten en werden op audiotape opgenomen en getranscribeerd (zie bijlage 6: Interviewgids ouderen)

De vragenlijst is gebaseerd op de Nederlandstalige versie van het Canadian Model of Occupational Therapy (Law, 1990; Carswell, 2004) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001). De vragenlijst werd in een pilot getoetst bij drie ouderen. Op basis van de gegevens die naar voren kwamen bij deze eerste interviews werden de vragen aangepast voor de overige interviews.

3.4 Data analyse

Twee onderzoekers voerden onafhankelijk van elkaar de analyse uit. Eén van de onderzoekers was tevens de interviewer. De interviewer transcribeerde de geaudiotapte interviews. Om de data te analyseren werd de methodologie van Creswell gebruikt. Creswell (2013) beschreef een systematisch proces voor coderen van data waarbij specifieke stellingen worden geanalyseerd en gecategoriseerd in betekenisvolle clusters die het te onderzoeken fenomeen presenteren. De verschillende genomen stappen waren (1) data managing, (2) lezen en nota nemen, (3) beschrijven, classificeren en interpreteren en (4) rapporteren en visualiseren (Figuur 2.1)



Figuur 2-1 Spiraal van data analyse (Creswell, 2013).

De eerste lus van de spiraal is het data management. Er werden sjablonen aangemaakt waarbinnen de data geordend werden. De onderzoeker die de interviews afnam, maakte deze sjablonen aan.

Nadat de data geordend waren, werd het analyseproces gestart door betekenis te geven aan de databank (tweede lus in de spiraal). Twee onderzoekers namen onafhankelijk van elkaar de tekst door, maakten notities (korte zinnen, ideeën of kernconcepten) en kenden initiële codes toe. Na twee interviews grondig te hebben doorgenomen, werden de resultaten gedetailleerd bediscussieerd.

De derde lus, of categorievorming, is de kern van de kwalitatieve data analyse. De onderzoekers beschreven de data in thema's die tevoorschijn kwamen en interpreteerden deze. Tijdens deze beschrijving werden ontwikkelde thema's en tekst geordend in categorieën. Op die manier werden significante stellingen gegroepeerd in betekenisvolle eenheden.

In de finale fase van de spiraal werd de essentie in tekst weergegeven.

3.5 Reflectie op de rol van de onderzoekers

De onderzoeksgroep bestond uit een multidisciplinair team met gemiddelde tot uitgesproken ervaring in en kennis van de methodologie van wetenschappelijk onderzoek. In het onderzoeksteam waren onderzoekers aanwezig met kennis van gezondheidssociologie, ergotherapie, gerontologie en algemene geneeskunde. Hierdoor werd de data-analyse beïnvloed door kennis en ervaring vanuit verschillende academische en professionele achtergronden.

3.6 Ethische overwegingen

Bij het uitwerken van het onderzoeksvoorstel werden ethische aspecten in overwegingen genomen. Deze ethische aspecten werden genomen ten aanzien van de respondenten, de toekomstige patiënten en de maatschappij. Voor het opstellen van deze overwegingen werd beroep gedaan op de visie van Casarett (2005). Casarett beschrijft ethische overwegingen bij levenseinde. Omwille van het aspect kwetsbaarheid zijn bepaalde van deze overwegingen ook van toepassing op de oudere populatie. Deze overwegingen werden vertaald naar onze studie. Alle gegevens werden anoniem verwerkt.

3.6.1 Overwegingen met betrekking tot de respondenten

Overweging: Het verstrekken van begrijpelijke studieresultaten aan de respondenten.

Respondenten kunnen leren van de resultaten van de studie. Respondenten kunnen baat hebben bij deze studie, omdat deze kennis hen moet in staat stellen om meer en beter geïnformeerd te zijn omtrent de factoren die hun functioneren en sociale participatie beïnvloeden.

3.6.2 Overwegingen met betrekking tot toekomstige patiënten

Overweging: Ondersteunt onderzoek dat tot een consensus komt omtrent een gestandaardiseerd interventieprotocol omtrent de ondersteuning van functionaliteit in dagelijkse activiteiten en sociale participatie.

De gegevens uit dit onderzoek zullen gebruikt worden om een kwaliteitsvol behandelingsprotocol voor ergotherapie voor thuiswonende ouderen te ontwikkelen.

Overweging: Ondersteunt onderzoek dat cliëntgerichte doelen definieert die de unieke doelen en voorkeuren van de oudere weerspiegelen.

De kennis voortvloeiend uit dit onderzoek geeft inzicht in hoe ouderen hun functioneren inschatten. Dit inzicht moet hulpverleners ondersteunen om naast maatgericht te handelen, ook doelbewuster cliëntgericht te werken.

3.6.3 Overwegingen met betrekking tot de maatschappij

Overweging: Informeren omtrent efficiënte en effectieve interventies aangaande ouderen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

De resultaten van dit onderzoek zullen gebruikt worden om kwaliteitsvolle interventies te definiëren die leiden tot kosteneffectieve zorg bij thuiswonende ouderen en tot een hogere tevredenheid bij ouderen. Concreet zullen met de uitkomst van de interviews determinanten van functioneren in kaart gebracht worden. Deze determinanten moeten de therapeut ondersteunen bij het cliëntgericht werken en bij het verhogen van de therapietrouw.

4 Resultaten

Bovenop de 12 vooropgestelde interviews, includeerden we twee extra respondenten, namelijk één respondent die in een faciliterende omgeving verbleef en één respondent bij wie een externe belastende factor aanwezig was. De analyse van deze extra interviews leidde niet tot bijkomende categorieën of subcategorieën, waaruit we konden concluderen dat saturatie bereikt werd. Finaal werden 14 interviews afgenomen en geanalyseerd.

4.1 Demografische karakteristieken

Veertien oudere personen namen deel aan het onderzoek, meer bepaald acht vrouwen en zes mannen. De leeftijd varieerde tussen 64 en 101 jaar. Omdat we bij het includeren streefden naar maximale diversiteit in oudere personen met chronische aandoeningen, werd één respondent die de benedengrens van de leeftijdscategorie niet haalde (één jaar verschil) toch geïnccludeerd. Deze respondent vertoonde namelijk uitgesproken beperkingen omwille van chronische problemen. Naast diversiteit qua leeftijdscategorie en mate van beperkingen werd binnen de grenzen van de inclusiecriteria een maximale diversiteit tevens nagestreefd door rekening te houden met burgerlijke staat, woonsituatie en leefsituatie

Zes respondenten waren gehuwd, acht waren weduwe/weduwenaar. Zeven respondenten waren alleenwonend, zes samenwonend. Eén persoon woonde deeltijds samen. Alle samenwonende respondenten woonden samen met leeftijdsgenoten. De deeltijds samenwonende persoon verbleef tijdens het weekend bij de oudste zoon. Eén respondent had een inwonende gehandicapte zoon.

Alle ouderen gaven aan chronisch problemen te hebben. Het aantal weergegevens problemen varieerde van één tot drie.

Tabel 2-1 Kenmerken van de respondenten (n=14)

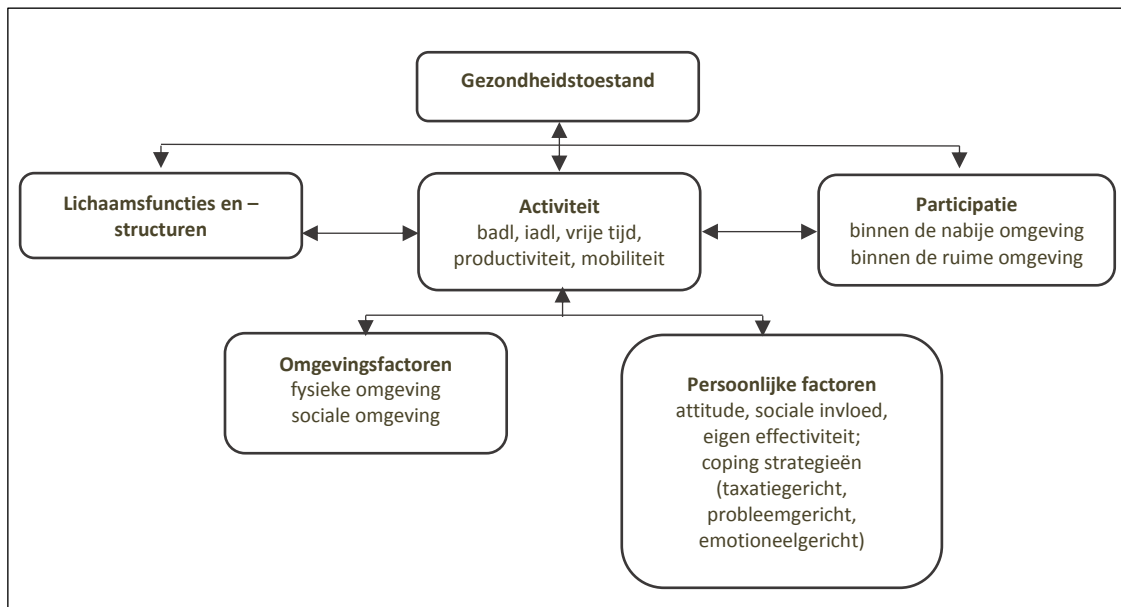
Respondent	Geslacht	Leeftijd	Burgerlijke staat	Gerapporteerde gezondheidsproblemen	Woonsituatie	Leefsituatie
1	vrouw	87	weduwe	bloeddruk; cardiale problemen	rijwoning met trappen	alleenwonend
2	man	89	weduwnaar	evenwichtsproblemen; visuele beperkingen	halfopen bebouwing met trappen	alleenwonend
3	man	86	weduwnaar	geheugenproblemen	halfopen bebouwing met trappen	alleenwonend
4	vrouw	101	weduwe	Visuele beperkingen; valproblematiek; artrose	rijwoning met trappen	alleenwonend (week); inwonend bij kinderen (WE)
5	man	75	gehuwd	hernia	flat met lift	samenwonend met echtgenote
6	vrouw	88	weduwe	normale ouderdomsaandoeningen	flat met lift	samenwonend met vriend
7	man	92	gehuwd	slaapproblemen; presbycusis; bewegingsbeperking	alleenstaande woning met drempels	samenwonend met echtgenote
8	man	91	gehuwd	blind; artrose; mobiliteitsproblemen	rijwoning beneden	samenwonend met echtgenote
9	vrouw	78	weduwe	mobiliteitsproblemen	halfopen bebouwing met trappen/traplif	alleenwonend
10	vrouw	64	weduwe	mobiliteitsproblemen; rugproblemen	flat met lift	alleenwonend
11	vrouw	81	weduwe	mobiliteitsproblemen; darmproblemen	halfopen bebouwing met trappen	alleenwonend
12	Vrouw	77	gehuwd	reuma; osteoporose; ingedeukte wervel	alleenstaande woning met trappen/traplif	samenwonend met echtgenoot
13	vrouw	67	gehuwd	artrose; hartritmestoornissen; glaucoom	alleenstaande woning met trappen	samenwonend met echtgenoot en inwonende gehandicapte zoon
14	man	76	gehuwd	artrose; glaucoom	senioreflat met lift	alleenwonend

4.2 Analyseproces

De eerste twee interviews analyseerden de twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar. Overleg op basis van deze eerste analyses leidde tot initiële codes die gesitueerd werden binnen het ICF-kader. Tijdens het lezen en analyseproces ontstonden bijkomende subthema's en ook de componenten

participatie, omgevingsfactoren en persoonlijke factoren werd verder gespecificeerd. Dit iteratief proces resulteerde in een finaal analysekader dat de ICF-componenten 'activiteit en participatie', 'omgevingsfactoren' en 'persoonlijke factoren' operationaliseert (Figuur 2.2). Een wisselwerking tussen inductief en deductief analyseren leidde tot het gebruik van componenten van het CMOP-e model van de Canadese vereniging van ergotherapeuten (2013), het ASE-model van de Vries (1998) en de coping strategieën van Moos (1984) om de ICF-componenten te operationaliseren (zie bijlage 7). De CMOP-e model kijkt naar hoe de persoon, het handelen en de omgeving interageren met elkaar en een invloed hebben op het uitvoeren van handelingen door de persoon. Het ASE-model is gebaseerd op de theorie van gepland gedrag van Fishbein & Ajzen en inzichten van Bandura en gaat gedrag verklaren vanuit de intentie om dat gedrag te vertonen en dat de intentie op haar beurt wordt verklaard vanuit attitude, sociale beïnvloeding en eigen effectiviteitsverwachting. De coping strategieën van Moos betreffen probleem-, taxatie- en emotiegerichte coping. Bij probleemgerichte coping gaat de persoon concrete acties ondernemen om met het probleem om te gaan. Taxatiegerichte coping betreft logische analyse van het probleem. Emotiegerichte coping is gericht op het afnemen van de emotionele gevolgen van stress.

Eén onderzoeker analyseerde de overige 12 interviews op basis van het finale analysekader. De tweede onderzoeker reviewde deze analyse. Bijsturingen werden besproken tijdens een overleg. Daar elk overleg in consensus eindigde, werd geen beroep gedaan op het advies van een derde onderzoeker.



Figuur 2-2 Analyse kader interviews

Bij weergave van de resultaten werd onderscheid gemaakt tussen enerzijds de beschrijvende weergave van wat de respondent aangeeft, dit is de directe weergave van de perceptie van de respondent omtrent zijn functioneren, en anderzijds determinanten van gedrag en gedragsverandering en coping strategieën.

4.3 Perceptie van de oudere persoon

De analyse van wat de persoon zelf percipieerde wordt weergegeven in drie thema's, namelijk zijn waargenomen niveau van activiteit en participatie, zijn waargenomen gezondheid en zijn waargenomen beïnvloedende factoren met betrekking tot activiteit en participatie.

4.3.1 Waargenomen niveau van activiteit en participatie

De component 'activiteiten en participatie' werd opgedeeld volgens vijf thema's, namelijk BADL, IADL, productiviteit, vrijetijdsbesteding en mobiliteit. De ruime meerderheid van de respondenten geeft aan nog zelf te kunnen instaan voor BADL. Alle respondenten geven aan beperkingen te hebben op vlak van IADL, productiviteit, vrijetijdsbestedingen en mobiliteit.

Met betrekking tot BADL geven drie respondenten aan hulp nodig te hebben bij het aan – en uitkleden. Deze mate van hulp varieert sterk, namelijk van volledig afhankelijk tot hulp nodig bij het dicht doen van kleine sluitingen. Ruim de helft van de respondenten (n=8) geeft aan problemen te hebben met het nemen van de trap.

Alle ouderen signaleren problemen op vlak van IADL. Bijna alle respondenten geven aan dat ze in staat zijn om een eenvoudige snack te bereiden. De was doen, poetsen, boodschappen doen en in de tuin werken leveren de meeste problemen op. Drie respondenten geven aan nog maar weinig IADL uit te voeren. Deze respondenten waren ouder dan 90 jaar. Twee van deze respondenten hadden uitgesproken visuele beperkingen. De overige beperkingen situeren zich voornamelijk op vlak van kracht, flexibiliteit, uithouding en evenwicht. Kracht betreft zowel een globale krachtsvermindering, als specifieke krachtafname in de handen. De afname in flexibiliteit komt voornamelijk tot uiting ter hoogte van de handen en polsen. Visuele beperkingen beïnvloeden in uitgesproken mate het actief zijn op vlak van IADL.

'In de keuken is 't mijn vrouw die alles doet. Ik kan niets meer omdat ik 't niet zie. De beesten eten geven kan ik ook niet meer, dat doet mijn vrouw. Mijn vrouw doet de tuin. Om buiten te gaan neem ik mijn loopkader mee, maar zondag laatst heb ik mijn stok meegenomen. Ik had beter mijn looprek gebruikt.' (91-jarige man met visuele beperkingen en mobiliteitsproblemen)

Eén respondent deelt mee een deeltijds bezoldigde job uit te voeren. Twee respondenten geven aan dat ze onbezoldigd familie en vrienden helpen. Deze hulp varieert van het hebben van een vast weekschema tot een sporadische dienstverlening. Eén respondent geeft aan productiever te willen zijn, maar ervaart dat er steeds minder beroep op hem gedaan wordt.

Alle respondenten (n=14) geven aan dat het gamma vrijetijdsbesteding waaraan ze nog kunnen participeren afnam, dit varieert tussen een beperkte afname en sterke afname. De afname betreft zowel activiteiten buitenshuis, als individuele activiteiten die thuis uitgevoerd worden, zoals het niet meer kunnen lezen van een boek.

Alle respondenten geven aan in te leveren op vlak van mobiliteit. Bijna de helft van de respondenten (n=6) gebruiken een loophulpmiddel. Alle respondenten geven aan ingeleverd te hebben op vlak van afleggen van lange afstanden. Een beperkt aantal respondenten (n=2) geeft aan te fietsen, maar met een op maat afgestemde fiets en aangepaste parcours. Vijf respondenten geven aan met de wagen te rijden. Drie respondenten maken reizen. Eén respondent reist nog zoals hij dat vroeger deed, één respondent maakt grote reizen alleen nog in groep en één respondent reist enkel nog op een

comfortabele manier. Deze respondent geeft aan liever iets meer te betalen voor een comfortabel vervoermiddel.

'De grote wandelingen zijn achterwege gebleven. Tot een viertal jaar geleden ging dat nog goed, ondanks mijn rug. En fietsen, voornamelijk op en neer, ik ga niet graag altijd rechtdoor. Het is precies vermoeiender als ik geen afwisseling heb. 's Anderendaags heb ik er meer last van... Uw spieren hebben nooit geen tijd om uit te rusten. Als je heuveltjes kan doen, dan is het inspanning, maar daarna kan je uitrusten.' (75 jarige man met lage rugpijn)

4.3.2 Waargenomen gezondheid

Aan alle ouderen werd gevraagd hoe ze hun eigen gezondheid te omschrijven. De meerderheid van de ouderen (n=11) geeft aan een goede gezondheid te hebben, onafhankelijk van het aantal gezondheidsaandoeningen of van de mate van beperking die men heeft. Drie personen geven aan dat het niet meer zo goed gaat. Bij twee van de drie personen die aangeven een minder goede gezondheid te ervaren, zijn uitgesproken motorische beperkingen waarneembaar. Beide personen geven aan desondanks door te zetten en actief te willen blijven. Niemand geeft aan een slechte gezondheid te ervaren.

'Ik ben algemeen goed, alleen mijn stappen dat minder goed gaat, maar anders ben ik gezond. Ik heb nooit opstoten. Ik ben content van wat ik nog kan.' (78 jarige persoon die zich binnenshuis verplaatst met loopkader en buitenshuis met rollator of rolwagen)

4.3.3 Waargenomen beïnvloedende factoren met betrekking tot activiteit en participatie

Door de ouder persoon waargenomen determinanten aangaande activiteit- en participatieniveau kunnen opgedeeld worden in de intrinsieke en extrinsieke factoren.

Thema's die tot uiting kwamen bij het analyseren van de intrinsieke factoren zijn fysieke conditie, psychische ingesteldheid, cognitieve capaciteiten, gedrag (toepassen van ergonomische principes) en levensloop.

De meest weergegeven determinant is de fysieke conditie. Ouderen ervaren de mate van fysieke conditie als bepalende factor voor het niveau van functioneren. Als tweede belangrijke determinant wordt de psychische ingesteldheid weergegeven. Een positieve ingesteldheid, doorzettingsvermogen, doelen vooropstellen en zich veilig voelen zijn volgens de ouderen doorslaggevende factoren. Voldoende cognitieve capaciteiten bezitten, concreet een goed functionerend geheugen hebben, wordt eveneens als determinant gezien. Ouderen geven aan dat het volgens hen niet haalbaar is om thuis te blijven wonen als er geheugenproblemen optreden. Een vierde groep betreft gedragsaspecten, namelijk het al dan niet toepassen van ergonomische principes. Meerdere ouderen (n=10) geven aan dat het toepassen van ergonomische principes het functioneren faciliteert. Een laatste groep weergegeven intrinsieke determinanten heeft betrekking op de levensloop. Ouderen geven zelf aan dat ervaringen uit het verleden bepalend zijn voor hoe men op latere leeftijd naar zaken aankijkt. Personen die op jongere leeftijd geconfronteerd werden met moeilijke situaties geven aan dat dit hen gehard heeft en dat dit een beïnvloedende factor is voor hun doorzettingsvermogen op latere leeftijd. De situaties die men aangeeft betreffen een naaste die ofwel niet aanwezig is, ofwel dominant aanwezig is.

'Ik was 7 jaar en ik had geen ouders meer. Hier was dat een weeshuis. Ik heb gans mijn leven mijn plan moeten trekken. In die tijd was een weeshuis een miserie. Er werd naar jou niet gekeken, onder de knoet van een zuster. Is dat de reden? Heeft dat er iets mee te maken? Ik heb

altijd mijn plan moeten trekken.' (89-jarige zelfstandig wonende man met evenwichts- en visuele problemen)

Thema's die aan bod komen als extrinsieke factoren die het functioneren beïnvloeden zijn hulpmiddelen, de woning en woonomgeving, professionele en informele ondersteuning, en medicatie. Deze factoren kunnen zowel faciliterend, als beperkend zijn.

De meest gebruikte hulpmiddelen hebben betrekking op mobiliteit (n=8). In geringe mate worden keukenhulpmiddelen gebruikt (n=2). Vijf respondenten verplaatsen zich met een loopkader of een rollator. Eén oudere persoon gebruikt buitenshuis een wandelstok. Twee oudere personen gebruiken een traplift. Drie oudere personen geven aan dat ze advies kregen om een loophulpmiddel te gebruiken, of zeggen zelf dat ze zouden baat hebben bij het gebruik van een loophulpmiddel, maar weigeren dit te gebruiken omwille van hun imago. Ouderen geven aan dat hulpmiddelen faciliterend kunnen zijn voor één aspect van het functioneren, maar ook beperkingen met zich mee kunnen brengen op ander vlakken. Zo faciliteert een loophulpmiddel het stappen, maar bemoeilijkt het hulpmiddel de oudere om gelijktijdig zaken te transporteren of handelingen uit te voeren. In geringe mate worden voor huishoudelijke handelingen die handkracht vereisen keukenhulpmiddelen gebruikt, zoals een flesopener met verlengd handvat.

Geen van de ouderen geeft aan dat de woning niet aangepast is aan hun functionele mogelijkheden. In twee van de negen woningen met een verdieping is de woning uitgerust met een traplift. Twee ouderen gebruiken de bovenverdieping niet meer, maar geven dit niet aan als onaangepast zijn van de woning. Alle ouderen die in een flat wonen, maken gebruik van de aanwezige lift. Eén respondent was net verhuisd naar een seniorenflat en geeft aan dat de aanpassingen zijn beweeglijkheid faciliteren. Het merendeel van de ouderen geeft wel aan dat de woonomgeving onvoldoende aangepast is om zich veilig te verplaatsen. Trappen, het soort terrein en steunpunten in de woonomgeving worden als belangrijke determinanten voor mobiliteit aangegeven.

Professionele hulpverlening wordt als faciliterend, maar met beperkingen ervaren. Een belemmering is dat de professionele hulp gelimiteerd is qua hoeveelheid en in tijd. Bepaalde hulpverlening wordt bijvoorbeeld niet verleend in het weekend. De professionele hulpverlening betreft hulp aan huis of dienstverlening op verplaatsing. Voorbeelden van professionele hulpverlening aan huis zijn de bib aan huis, de groendienst, thuisverpleging, maaltijdbezorging en gezinshulp. Voorbeelden van dienstverlening op verplaatsing zijn een dagverzorgingscentrum en een kortverblijf.

Informele hulpverlening wordt door de respondenten algemeen als faciliterend gezien. Familie en burens spelen hierbij een belangrijke factor. Tegelijk halen de respondenten aan dat er ook een keerzijde is. Mantelzorgers en familieleden zijn net zoals professionele hulpverleners niet full time ter beschikking. Daarnaast hebben informele hulpverleners ook hun eigen noden en zorgen en dat kan interfereren met de informele zorg die wordt verleend.

'Voornamelijk de kracht in mijn handen, dat word ik gewaar. Als ik de sleutel moet omdraaien, dan moet ik dat twee keer doen en wringen, of als ik een pot moet open doen, dan geef ik dat aan de buurjongen. Ik wacht tot ze komen en dan geef ik het.' (alleenwonende 87-jarige dame).

Het nemen van medicatie wordt door de ouderen als een evidentie gezien. Ouderen geven aan dat medicatie niet voor alle ziekten of ongemakken afdoend is, bijvoorbeeld bij reuma, en dat er ondanks optimale medicatie-inname functioneringsbeperkingen blijven. Voor bepaalde aandoeningen wordt aangegeven dat er geen passende medicamenteuze oplossing wordt gevonden.

4.4 Achterliggende concepten van gedrag en gedragsverandering, en coping strategieën

4.4.1 Achterliggende concepten met betrekking tot gedrag en gedragsverandering

Attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit bepalen de intentie om al dan niet te komen tot activiteit of participatie.

- Attitude

Uit de data-analyse kunnen we afleiden dat de attitude van de oudere persoon tegenover zijn - al dan niet verminderd - functioneren bepaald wordt door één of meerdere van volgende thema's: betekenisvolheid, noodzaak, welbevinden, overtuiging en drang naar autonomie.

De zorg voor een huisdier, een partner, een vriend, een kleinkind, een eigendom en zelfzorg zijn betekenisvolle handelingen die de oudere ertoe aanzetten actief te blijven. Zaken die de oudere niet als betekenisvol ervaart, zetten hem er niet toe aan actief te zijn of sociaal te participeren.

'... ik kan zo moeilijk andere mensen aanspreken, een klapke slaan, dat gaat mij allemaal zo niet ... Mijn moeder was ook zo. Die had de naam dat ze geen koffieklets hield.' (101-jarige alleenwonende vrouw)

Activiteiten die omwille van lichamelijke beperkingen normaal niet uitgevoerd worden, worden in uitzonderlijke situaties door de oudere persoon wel opgenomen. Dit is in hoofdzaak zo wanneer hij zich hiertoe genoodzaakt ziet, bijvoorbeeld omdat er periodisch geen externe hulp aanwezig is.

Plezier hebben in wat men doet wordt vaak aangehaald in het kader van 'samen dingen doen' en dingen doen die binnen de interessesfeer liggen, zoals hobby's beoefenen. Beiden doen het welbevinden toenemen.

Overtuigd zijn dat een bepaalde manier van gedrag bijdraagt tot een betere lichamelijke of mentale gezondheid, of een bepaalde spirituele ingesteldheid kan aanzetten tot actief zijn, of tot een gezonder actief gedrag.

'Ik zeg dikwijls 's morgens oefenen, elke dag. Maar sommigen doen niets, ik vraag me af hoe mensen met rugpijn uren kunnen blijven zitten en geen ergonomische houding aannemen. Je moet er iets voor doen. Ik zeg het aan mijn vrouw ook, je moet oefenen. Ik doe het omdat ik zelf ervaar dat het goed is.' (75-jarige samenwonende man)

De drang naar autonomie is de grootste drijfveer tot actief blijven. Alle ouderen uiten de wens om hun privacy maximaal te behouden.

'Opstaan, mijn intiem wassen en gezicht wassen. Ik heb mijn intiem al gewassen als de verpleegster komt om mij te douchen. Ik wil mijn intiem zelf wassen.' (101-jarige alleenwonende vrouw)

- Sociale invloed

De ervaren sociale druk en steun die aanzet tot actief zijn of die de mate van participatie beïnvloedt, betreft voornamelijk de niet-professionele omgeving, in concreto de kinderen en leeftijdsgenoten (vrienden en kennissen). De belangrijkste leeftijdsgenoot hierbij is de partner. Ervaren sociale druk en steun wordt zelden gekoppeld aan de professionele omgeving.

Tradities en religieuze activiteiten zijn situaties die oudere personen ervaren als sociale norm en hen aanzetten tot actief gedrag. Wekelijks naar de mis gaan en het huis verlaten omwille van familiefeesten

zijn de meest voorkomende voorbeelden. Het belang dat de oudere persoon hecht aan het eigen imago is een norm die men zichzelf oplegt, maar die vaak wordt versterkt door een maatschappelijke norm.

'Ik vertik het om een hoorapparaat te dragen. Ik vind dit een teken van oud zijn... Mijn vrouw doet alles in het huishouden. Elke twee weken komt de werkvrouw. Al de rest doen we zelf... Ik heb niet graag dat iemand zou denken, ik kom hier bij gepensioneerden die alles laten verwaarlozen...' (92-jarige samenwonende man)

Actief gedrag dat wordt gesteld via spiegelen aan een voorbeeld, beperkt zich tot leeftijdsgenoten. Actieve leeftijdsgenoten in de onmiddellijke omgeving zetten aan tot actief gedrag.

'Ik denk dat het is omdat je nog in uw gewone omtrek bent. Je ziet mensen dingen doen en je zegt 'dit kan ik ook nog' en je doet dat ook nog. Want moest ik in een rusthuis geraken, dan was 't vlug gedaan.' (87-jarige alleenwonende vrouw)

- Eigen effectiviteit

Het geloof in de eigen effectiviteit van de oudere persoon is meebepalend om al dan niet te komen tot activiteit en participatie. Bij sommige oudere personen is er geloof in de eigen effectiviteit, wat de intentie om te komen tot activiteit stimuleert. Bij andere ouderen is er ongeloof in het eigen kunnen en vormt dit een belemmering om te komen tot activiteit en participatie. De beslissing om al dan niet tot actie te komen wordt bepaald door de balans tussen de inspanning en het resultaat dat deze inspanning oplevert. De meeste ouderen kunnen goed inschatten hoeveel inspanning ze dienen te leveren om een bepaalde handeling te stellen en hoe lang ze dit kunnen volhouden.

'Lopen daar heb ik nog aan gedacht, maar waarom zou ik het doen? Ik kan even goed stappen.' (76-jarige alleenwonende man)

De meeste ouderen passen hun handelen aan hun inzicht in eigen effectiviteit aan, maar dit is niet het geval voor alle ouderen. Sommige ouderen overschrijden de grens van de comfortzone om toch de handelingen te kunnen uitvoeren.

'Als ik wakker word, dan denk ik 'ik hoop dat ik vandaag eens geen pijn heb'. Reuma, dat duurt soms twee uren. En dan denk ik 'moest ik geen pijn meer hebben, dan zou ik die misschien wel missen'... De was gaat niet meer zo vlot als vroeger, waar ik vroeger een uur voor nodig had, dat doe ik nu in anderhalf uur. Bij het poetsen is dat ook zo.' (77-jarige samenwonende vrouw)

4.4.2 Coping strategieën

Om met de ervaren beperkingen om te gaan bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en bij sociale participatie gebruikten oudere personen verschillende coping strategieën. Uit de wijze hoe ouderen omgaan met ervaren beperkingen en belemmeringen valt af te leiden dat er vaak probleemgerichte coping strategieën gebruikt worden. Emotiegerichte en taxatiegerichte coping strategieën werden minder vaak opgemerkt.

Oudere personen die probleemgerichte coping strategieën toepasten geven aan dat ze een positieve ingesteldheid hebben, doorzetters zijn of dat ze door hun levensloop geleerd hebben problemen zelf op te lossen. Om de stressor onder controle te krijgen gaan deze oudere personen het probleem actief aanpakken. Ze zoeken ergonomische oplossingen zoals gaan zitten bij het strijken, een handeling gefaseerd uitvoeren, zich meerdere loophulpmiddelen aanschaffen voor gebruik op verschillende locaties, of ze gaan zich ergonomisch verantwoord materiaal aanschaffen, zoals een fiets met schokdempers bij rugproblemen. Sociale steun zoeken bij partner, de burens of iemand uit de ruimere

omgeving, zoals de winkeljuffrouw, wordt tevens gebruikt. Daarnaast gaan oudere personen anticiperen op mogelijke problemen zoals binnen de grenzen van de inspanning blijven bij rugproblemen of trager gaan werken.

Een emotiegerichte coping strategie die gebruikt wordt, is afleiding zoeken, bijvoorbeeld denken aan de kleinkinderen, en meditatie, zoals een Weesgegroet lezen.

Een taxatiegerichte coping strategie die tot uiting kwam is de geruststellende gedachte. Tevens werd humor gebruikt als coping.

‘Relativeren door humor... We proberen zo goed mogelijk overeen te komen. Wat er veranderd is, is dat wij in plaats van zachtjes tegen elkaar te fluisteren, nu luid moeten spreken.’ (91-jarige hardhorende samenwonende man)

5 Discussie

Het eerste deel van het onderzoek betreft de perceptie van de thuiswonende oudere personen aangaande hun functioneren, participeren en gezondheid en wat zij hierbij percipiëren als beïnvloedende factoren.

De oudere personen geven aan meer problemen te hebben wat betreft functioneren op vlak van IADL, dan op vlak van BADL. Naast een afname van het gamma aan vrijetijdsbestedingen, neemt ook de ruimte af waarbinnen de vrijetijdsbesteding uitgevoerd worden. Het participatieniveau buitenshuis neemt voornamelijk af omwille van mobiliteitsproblemen. De meerderheid van de ouderen geeft aan een goede gezondheid te hebben, onafhankelijk van het aantal gezondheidsaandoeningen of van de mate van beperking die zij hebben. De personen met uitgesproken mobiliteitsbeperkingen en ernstige pijnklachten beoordelen hun gezondheid nog steeds als ‘matig tot goed’. In de studie geven de ouderen aan globaal tevreden te zijn met hun situatie, dit onafhankelijk van hun functioneringsniveau.

‘Globaal tevreden zijn met het functioneringsniveau’ en ‘een goede gezondheid ervaren’ zijn gunstig in het kader van ervaren levenskwaliteit, maar niet in het kader van nastreven van therapietrouw. Oudere personen die geen behoefte ervaren om hun gedrag te veranderen, zijn zich vaak ook niet bewust van de gevaren van hun situatie. Deze personen zijn dan ook niet van plan om iets te veranderen aan hun functioneringsniveau. Dit betekent niet dat deze personen geen interesse hebben voor de gevolgen van hun beperkt functioneren en voor de voordelen van een hoger functioneringsniveau. Binnen het TTM van Prochaska (1984) bevinden deze ouderen zich in de precontemplatiefase. Deze ouderen kunnen naar de contemplatiefase gecoacht worden door hen te informeren over mogelijke oorzaken van beperkingen en over een adequate aanpak van deze beperkingen (zie figuur 2.3 fase 1b). Om de oudere persoon op maat te informeren is het wenselijk kennis te hebben omtrent zijn perceptie aangaande zijn niveau functioneren, participeren en gezondheid (zie figuur 2.3 fase 1a).

Intrinsieke factoren die ouderen ervaren als determinanten aangaande hun functioneren zijn fysieke conditie, psychische ingesteldheid, cognitieve capaciteiten, gedrag (toepassen van ergonomische principes) en levensloop. Extrinsieke factoren die volgens de oudere persoon zijn functioneren beïnvloeden, zijn hulpmiddelen, de woning en woonomgeving, professionele en informele ondersteuning, en medicatie. Het is wenselijk dat de hulpverlener zicht krijgt op deze determinanten (zie figuur 2.3 fase 2a) omdat de determinanten die faciliterend zijn voor gedragsverandering, de belemmerende factoren moeten domineren wil men komen tot gedrag. Zo kan ‘iets willen betekenen voor anderen’ voor een oudere dé drijfveer zijn om ondanks fysieke beperkingen actief te blijven. De

ouder persoon die wordt geconfronteerd met beperkingen bevindt zich in de contemplatie- of in een hogere fase. Hij is zich reeds bewust van zijn beperkingen. Een ouder persoon die zich in de contemplatiefase situeert, moet gradueel geïnformeerd worden aangaande mogelijke gevolgen en een mogelijke aanpak van zijn beperkingen (zie figuur 2.3 fase 2b). Een graduele aanpak is essentieel om te voorkomen dat weerstand wordt uitgelokt. De intrinsieke en extrinsieke factoren (zie figuur 2.3 fase 3a) spelen een sleutelrol bij het al dan niet omzetten van intentie (preparatiefase) naar gedrag (actiefase) en beïnvloeden hierdoor de therapietrouw. Faciliterende factoren dienen daarom optimaal benut te worden, en belemmerende factoren moeten geïdentificeerd worden om vroeg in het proces geneutraliseerd te worden of indien mogelijk omgebogen te worden tot faciliterende factoren (zie figuur 2.3 fase 3b).

Het tweede deel van de onderzoeksvraag betreft de componenten met betrekking tot gedrag en gedragsverandering, en de gebruikte coping strategieën met betrekking tot functioneren en participeren.

De intentie om te komen tot gedrag en gedragsverandering (contemplatiefase) wordt mede bepaald door de attitude, sociale norm en eigen effectiviteit. Uit de data-analyse kunnen we afleiden dat de attitude van de oudere persoon tegenover zijn - al dan niet verminderd - functioneren en participeren wordt bepaald door de betekenisvolheid en de noodzaak van het handelen, het welbevinden, de overtuiging en de drang naar autonomie. De sociale invloed kan volgens de Vries (1998) opgedeeld worden in drie factoren, nl de ervaren sociale druk, de sociale norm en modellering. Leeftijdsgenoten en kennissen zijn belangrijke factoren wat betreft sociale druk. De eigen effectiviteit die aanleiding geeft om al dan niet tot actie te komen, wordt bepaald door de balans tussen de inspanning en het resultaat dat deze inspanning oplevert.

Inzicht hebben in de attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit helpt de hulpverlener om de oudere persoon te coachen in het zich voorbereiden (preparatiefase) (zie figuur 2.3 fase 4a) om te komen tot effectieve gedragsverandering (actiefase) (zie figuur 2.3 fase 4b). Zicht hebben op de coping strategieën die de oudere persoon gebruikt kan hierbij een faciliterende factor zijn.

Uit de wijze waarop oudere personen omgaan met ervaren beperkingen en belemmeringen valt af te leiden dat er vaak probleemgerichte coping strategieën gebruikt worden. Emotiegerichte en taxatiegerichte coping strategieën kwamen minder tot uiting. Probleemgerichte coping strategieën die de oudere gebruikt, kunnen ook door de therapeut aangewend worden om een beredeneerd plan op te stellen voor effectieve gedragsverandering (figuur 2.3 fase 4b). Gebruik maken van de omgeving, zoals leeftijdsgenoten die model staan of mantelzorgers die de oudere persoon ondersteunen, kan helpen om het nieuwe gedrag een duurzame plaats te geven in het leven van de persoon (consolidatiefase) (figuur 2.3 fase 5a en b).

Deze kwalitatieve studie had tot doel inzicht te verwerven in de factoren die een rol spelen bij het functionerings- en participatieniveau van thuiswonende ouderen. Het resultaat is een oplistings van factoren die gekaderd zijn binnen bestaande modellen en die in rekening moeten worden genomen bij het nastreven van therapietrouw bij thuiswonende kwetsbare ouderen.

De studie beperkt zich tot het in kaart brengen van de factoren die het niveau van functioneren bepalen. Extrapoleren van de uitkomst van de geïnventariseerde factoren naar uitspraken omtrent het niveau van functioneren van de gehele populatie kwetsbare oudere personen is niet mogelijk.



Figuur 2-3 Schematische voorstelling aanpak therapietrouw bij verhogen/behouden/tegengaan afname functionaliteit

6 Conclusie

6.1 Implicaties voor de klinische praktijk

Het gegeven dat oudere personen, los van hun beperkingen of algemene gezondheidsniveau, in het algemeen tevreden zijn van de situatie waarin ze zich bevinden, brengt 'berusten' in de situatie met zich mee. Mede hierdoor is therapietrouw een groot probleem onder de oudere populatie. Om de therapietrouw te vergroten moet de interventie afgestemd zijn op de unieke cliënt, moet er dus op maat afgestemde en cliëntgerichte zorg verstrekt worden.

Dit onderzoek biedt handvaten aangaande de concrete aspecten omtrent het functioneren van de oudere persoon, die de hulpverlener in rekening moet nemen in kader van therapietrouw. De thema's die tot uiting kwamen moeten de hulpverlener ondersteunen bij het bepalen van de fase van gedragsverandering waarin de oudere zich bevindt, zodat hij zijn therapeutische interventie kan afstemmen op deze fase.

6.2 Implicaties voor verder onderzoek

Om eventuele verbanden te detecteren tussen enerzijds de gevonden thema's, en anderzijds tussen de thema's en de variabelen leeftijd, functioneringsniveau en geslacht is grootschaliger kwantitatief onderzoek noodzakelijk.

7 Toegevoegde waarde van dit aspect van de studie

7.1 Wat is reeds gekend aangaande dit topic?

Gedragsverandering in kader van gezondheidsbehoud of gezondheidsverbetering is geen evidentie. Het is algemeen gekend dat de ouderdomsproblematiek een complexe problematiek is en dat therapietrouw een ernstig probleem is onder de oudere populatie (Bonney et al., 2012). In haar onderzoek naar klinisch redeneren aangaande woningaanpassing formuleert Stark (2015) stappen die moeten ondernomen worden om te komen tot een kwaliteitsvolle interventie. Stark baseert zich hiervoor op observaties en bevraging van experts.

Het ICF-model voorziet in een wetenschappelijke basis om gestructureerd het functioneren van personen te beschrijven. Het CMOP-e model faciliteert om de ICF-componenten te operationaliseren. Modellen van gedragsverandering, zoals het ASE-model van de Vries en het TTM van Prochaska en DiClemente, verschaffen inzicht in gedrag en gedragsverandering. Coping strategieën verschaffen inzicht omtrent hoe personen omgaan met problemen en stress (De Vries et al., 1998; Prochaska et al., 1994; Moos et al., 1984; Weiten et al., 2008)

7.2 Wat voegt deze studie toe?

Deze studie levert handvaten om de zorg nog beter af te stemmen op de noden van de cliënt met een complexe zorgproblematiek. In het beschrijven van haar stappenplan baseerde Stark (2015) zich op het gedrag en de kennis van de hulpverleners als experts. Onze studie focust op de stakeholders die in de studie van Stark niet betrokken werken, nl de ouderen als ervaringsdeskundigen.

Onze studie geeft de thema's aan die voor het nastreven van therapietrouw bij de fysiek kwetsbare oudere persoon in kaart moeten gebracht worden. Door bestaande modellen, concreet de CMOP-e, ASE-model en de coping strategieën binnen het ICF-kader te operationaliseren voor de fysiek kwetsbare oudere persoon en deze te koppelen aan het TTM, krijgt de hulpverlener een meer gedetailleerd zicht op de diverse determinanten die het functioneren en participeren beïnvloeden en hoe hij kan anticiperen op een potentieel gebrek aan de therapietrouw. Meerdere componenten van deze modellen zijn ook in de BelRAI opgenomen. Bij koppeling van de BelRAI aan het elektronisch cliëntendossier is deze informatie voor de hulpverlener ook elektronisch beschikbaar.

Het ontwikkelde analyseschema kan voor de ergotherapeut en andere hulpverleners die werken met fysiek kwetsbare ouderen een ondersteuning zijn in de voorbereiding van een interventie waarbij kans is op gebrekkige therapietrouw. Het elektronisch beschikbaar zijn en gemakkelijk bereikbaar zijn van deze informatie zal de hulpverlener ondersteunen in het effectief gebruiken van deze informatie.

8 Referenties

Abad Corpa, E., Gonzalez-Gil, T., Martinez-Hernandez, A., Barderas-Manchado, A. M., De la Cuesta-Benjumea, C., Monistrol-Ruano, O., Mahtani-Chugani, V., RETICEF evidencia Group (2012). Caring to achieve the maximum independence possible: a synthesis of qualitative evidence on older adults' adaptation to dependency. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 3153–3169.

Bonnefoy, M., Boutitie, F., Mercier, C., Gueyffier, F., Carre, C., Guetemme, G., Ravis, B., Laville, M., Cornu, C. (2012). Efficacy of a home-based intervention programme on the physical activity level and functional ability of older people using domestic services: a randomised study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. Apr;16(4):370-7.

Brug, J., van Assema, P., Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Van Gorcum, Assen.

Carswell, A., McColl, M.A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Can J Occup Ther*. 71(4):210-22. Review.

Casarett, D. (2005). Ethical considerations in end-of-life care and research. *J Palliat Med*. 8 Suppl 1:S148-60.

Connell, B.R., Sanford, J.A. (2001). Difficulty, dependence, and housing accessibility for people aging with a disability. *Journal of architectural and Planning Research*. 18, 234-242.

Creswell, J. W., Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Los Angeles: SAGE Publications.

De Lepeleire, J., Lliffe, S., Mann, E., & Degryse, J. M. (2009). Frailty: An emerging concept for general practice. *British Journal of General Practice*. 59, e177–e182.

De Vries, H., Mudde, A.N., Dijkstra, A., Willemsen, M.C. (1998). Differential Beliefs, Perceived Social Influences, and Self-Efficacy Expectations among Smokers in Various Motivational Phases. *Preventive Medicine*. 27(5):681-689.

Fairhall, N., Langron, C., Sherrington, C., Lord, S.R., Kurrle, S.E., Lockwood, K., Monaghan, N., Aggar, C., Gill, L., Cameron, I.D. (2011). Treating frailty--a practical guide. *BMC Med*. 6(9):83.

Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J.D., Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 59(3):255-63.

Jancey, J.M., Clarke, A., Howat, P., Maycock, B. Lee, A.H. (2009). Perceptions of physical activity by older adults: A qualitative study. *Health Education Journal*. 68(3):196–206.

Lacas, A., & Rockwood, K. (2012). Frailty in primary care: A review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Medicine*, 10, 4.

Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 57(2):82-7.

Legh-Jones, H., Moore, S. (2012). Network social capital, social participation, and physical inactivity in an urban adult population. *Social Science & Medicine*. 74. 1362e1367.

Moos, R.H., Billings, A.G. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 51(3):390–395.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 20(12), 600-607.

Russell, S., Daly, J., Hughes, E., op 't Hoog, C. (2007). Nurses and 'difficult' patients: negotiating non-compliance. *Journal of advanced nursing*. 43(3), pp.281-7

Stark, S., Somerville, E., Keglovits, M., Smason, A., Bigham, K. (2015). Clinical Reasoning Guideline for Home Modification Interventions. *The American Journal off Occupational Therapy*. (69)2.

Swedish National Institute of Public Health (2007). *Healthy ageing: a challenge for Europe*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.

Townsend E.A., Polatajko, H.J. Eds (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Weiten, W., Lloyd, M.A. (2008). *Psychology Applied to Modern Life* (9th ed.). Wadsworth Cengage Learning.

WFOT (2015). Statement on Occupational Therapy. Geraadpleegd op 04 december 2015 op:
<www.WFOT.org>.

WHO (2001). ICF. *International Classification of Functioning, Disability and Health*, WHO, Geneva.

WHO (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. WHO, Geneva.

Williams, B. (2014). *Consideration of Function & Functional Decline. Current Diagnosis and Treatment. Geriatrics*, Second Edition. New York, NY: McGraw-Hill.

Yardley, L., Donovan-Hall, M., Francis, K., & Todd, C. (2006). Older people's views of advice about falls prevention: a qualitative study. *Health Education Research*, 21(4), 508-517.

Hoofdstuk 3

Onderzoek naar samenwerking in de eerstelijnszorg: een kwalitatieve studie bij zorgverleners

1 Situering

Omwille van de complexe chronische problematiek wordt naast 'cure', ook 'care' een belangrijke factor in de eerstelijnsgezondheidszorg. Er is aangetoond dat de complex chronische problematiek multicausaal is, daarom is een multidisciplinaire aanpak wenselijk (Béland et al., 2006; Gillespie et al., 2012). De zorgverleners en zorgstructuur zijn anno 2016 nog onvoldoende aangepast aan deze complexe chronische problematiek (Paulus et al., 2012).

In hun document 'Together we change' geven professoren van de vier Vlaamse universiteiten aan dat voor de eerstelijnsgezondheidszorg naast demografische ontwikkelingen, ook de wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen een uitdaging zijn (De Maeseneer et al., 2015). Het toepassen van de principes van evidence based practice (EBP) is in realiteit niet steeds evident. De snelle evolutie aangaande HICT moet het werken volgens de principes van EBP onderbouwen en de communicatie tussen zorgverstrekkers in de eerstelijnszorg faciliteren.

De review die in hoofdstuk één besproken wordt, geeft aan dat verder onderzoek wenselijk is om te detecteren wat de barrières, facilitatoren en voorwaarden zijn om een dergelijk complexe interventie te implementeren en om na te gaan of de gezondheidszorgstructuur voldoet aan deze voorwaarden. Empowerment, cliëntgerichtheid, multidisciplinaire samenwerking en samenwerking met de omgeving, educeren en informeren, en het gebruik van betekenisvolle activiteiten bleken kenmerkend voor een succesvolle ergotherapeutische aanpak. Om empowerment en cliëntgerichtheid na te streven is inzicht in de perceptie van de oudere persoon aangaande zijn functioneren wenselijk. In hoofdstuk twee werd dit onderzocht. In dit derde hoofdstuk wordt het aspect multidisciplinaire samenwerking bestudeerd.

2 Doelstelling

Dit derde deel van de studie focust op de samenwerking in de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg. Concreet willen we nagaan wat de visie is van de eerstelijnszorgverstrekkers in Vlaanderen op samenwerking aangaande de complexe chronische problematiek en wat zij zien als verbeterpunten. Er wordt nagegaan hoe de samenwerking actueel verloopt en in welke mate er gebruik gemaakt wordt van HICT.

3 Methodiek

3.1 Dataverzameling

Om een antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen werden eerstelijnszorgverleners door middel van semigestructureerde interviews bevraagd.

We opteerden voor een inclusie van 12 respondenten, gelijkwaardig verdeeld over de betrokken beroepsgroepen, nl huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten en ergotherapeuten. De respondenten werden geselecteerd op basis van selecte steekproeftrekking. De procedure verliep analoog met de steekproeftrekking beschreven in hoofdstuk 2. De informed consent is terug te vinden in bijlage 8.

3.2 Respondenten

De respondenten werden geïncludeerd indien ze voldeden aan volgende criteria:

- (1) sinds minstens drie jaar in de eerstelijnsgezondheidszorg tewerk gesteld zijn,
- (2) ervaring hebben met oudere personen met chronische gezondheidsproblemen,
- (3) huisarts, ergotherapeut, kinesitherapeut of verpleegkundige zijn.

En exclusie criterium was dat de respondent in dezelfde praktijk van een eerder geselecteerde respondent tewerk is.

3.3 Meetinstrument

De interviews waren gebaseerd op een interviewgids, duurden gemiddeld 40 minuten en werden op audiotape opgenomen en getranscribeerd (zie bijlage 9).

De interviewgids werd opgesteld op basis van de outcome van de voorafgaande onderzoeken (hoofdstuk 1 en 2) en geraadpleegde literatuur omtrent facilitatoren en barrières aangaande samenwerking (Muntinga et al., 2015; Chou et al., 2006).

3.4 Data analyse

De data-analyse werd uitgevoerd conform item '2.2.4 Data analyse' in hoofdstuk 2. De verschillende genomen stappen waren (1) data managing, (2) lezen en nota nemen, (3) beschrijven, classificeren en interpreteren en (4) rapporteren en visualiseren.

4 Resultaten

4.1 Demografische karakteristieken

Er werden twaalf zorgverleners geïnccludeerd in het onderzoek, namelijk drie huisartsen, drie verpleegkundigen, drie kinesitherapeuten en drie ergotherapeuten. Alle huisartsen en kinesitherapeuten werkten op zelfstandige basis. Alle ergotherapeuten hadden een bediendencontract. Twee verpleegkundigen hadden een bediendencontract en één verpleegkundige werkte op zelfstandige basis. Zes van de twaalf zorgverleners werkten multidisciplinaire praktijk. Vijf hulpverleners werkten in een monodisciplinaire groepspraktijk. Eén hulpverlener werkte individueel.

Tabel 3-1 Kenmerken van de respondenten (n=12)

respondent	geslacht	beroep	soort praktijk	statuut	locatie
1	man	huisarts	huisartsengroepspraktijk	zelfstandig	gemeente
2	man	huisarts	multidisciplinaire praktijk	zelfstandig	stad
3	vrouw	huisarts	multidisciplinaire praktijk	zelfstandig	gemeente
4	vrouw	verpleegkundige	verpleegkundige groepspraktijk	bediende	stad
5	vrouw	verpleegkundige	multidisciplinaire praktijk	bediende	stad
6	man	verpleegkundige	verpleegkundige groepspraktijk	zelfstandig	stad
7	vrouw	ergotherapeut	multidisciplinaire praktijk	bediende	stad
8	vrouw	ergotherapeut	multidisciplinaire praktijk	bediende	stad
9	vrouw	ergotherapeut	multidisciplinaire praktijk	bediende	gemeente
10	man	kinesitherapeut	kinesither. groepspraktijk	zelfstandig	gemeente
11	vrouw	kinesitherapeut	kinesither. groepspraktijk	zelfstandig	gemeente
12	vrouw	kinesitherapeut	individuele kinesither. praktijk	zelfstandig	stad

4.2 Reden contactname hulpverlener

De voornaamste initiële redenen voor contactname van de oudere persoon bij de huisarts zijn valproblematiek, cardiologische problemen, pulmonaire problemen, orthopedische problemen en eenzaamheid. Naast deze aanmeldingsproblemen zijn psychische problemen zoals valangst, of verminderde cognitie achterliggende problematieken die tijdens de consultatie soms bijkomend gedetecteerd worden.

De initiële redenen voor contactname bij de kinesitherapeut zijn gelijklopend aan deze van de huisartsen, evenals de gedetecteerde achterliggende problematiek. De initiële contactname met de kinesitherapeut gebeurt meestal via de huisarts.

De aangegeven redenen voor contactname met de verpleegkundige zijn medicatietoediening, wondzorg, hygiënische zorg en overbelasting van de mantelzorger.

'De problemen waarvoor ze bij ons komen? Als start zijn dat vaak lichamelijke problemen, bv oma kan niet meer in de douche, of een wondje. ... De medicatie wordt niet genomen.' (verpleegkundige).

De ergotherapeut wordt voornamelijk gecontacteerd naar aanleiding van mobiliteitsproblemen, functionele problemen en cognitieve problemen. De ergotherapeut wordt meestal via de sociale dienst gecontacteerd.

De hulpverleners melden dat ze achter het aanmeldingsprobleem vaak nog andere problemen detecteren. Hulpverleners geven aan regelmatig vast te stellen dat de geëxploreerde bijkomende problemen, eigenlijk het hoofdprobleem is.

4.3 Samenwerking

Alle beroepsgroepen geven aan dat er nog te weinig samen gewerkt wordt omtrent de complexe chronische problematiek. Gelijktijdig wordt er aangegeven dat er lokaal initiatieven genomen worden en hulpverleners zich organiseren. Eén hulpverlener stapte in het verleden uit een contractuele samenwerking omwille van het structureel afwezig zijn van overlegmogelijkheid aangaande de patiënten.

Overlegmomenten waaraan hulpverleners participeren zijn interne teamvergaderingen (enkel van toepassing in de multidisciplinaire praktijken) en multidisciplinair overleg (MDO). Er wordt aangegeven dat de MDO's meestal georganiseerd worden bij ontslag uit het ziekenhuis. Op deze MDO's zijn hulpverleners uit het ontslagteam van het ziekenhuis, de thuisverpleegkundige en de huisarts aanwezig. De ergotherapeuten worden slechts uitzonderlijk op een MDO uitgenodigd. Eén ergotherapeut geeft aan deeltijds als zorgcoördinator te werken. Deze persoon kan omwille van taakafbakening tijdens het coördineren van een MDO haar functie als ergotherapeut niet opnemen.

'Samenwerken, ja, het is wel nodig, maar het praktisch zeer moeilijk. Over telefoon, met thuiszorgdiensten... Je geeft informatie door, maar je krijgt niets terug. Er is geen wisselwerking... De zorgcoördinatoren zijn er soms, maar ik merk er weinig van. Ik heb er nog niet altijd zoveel positieve... (aarzelt) Die mensen hebben ook heel veel cliënten die ze moeten opvolgen... Ik werk ook samen met de collega maatschappelijk werk... De collega maatschappelijk werk is van de eigen dienst. We verdelen de taken, het opstarten doet zij.' (ergotherapeut)

De huisarts werkt in de eerstelijnszorg hoofdzakelijk samen met de verpleegkundige en de kinesitherapeut. Verder is er regelmatig samenwerking met de voedingsdeskundige. De professionele partner waar de verpleegkundige het nauwst mee samenwerkt, is de huisarts. Dit is eveneens zo voor de kinesitherapeut. De ergotherapeut werkt voornamelijk samen met de maatschappelijk werker en de kinesitherapeut. De ergotherapeut geeft aan in functie van zijn/haar interventie veel informatie te krijgen via de gezinshulp.

Alle huisartsen geven aan kennis te hebben van ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Eén huisarts werkt effectief ook samen met een ergotherapeut. De overige twee huisartsen geven aan niet te weten hoe ze een ergotherapeut kunnen contacteren. Eén verpleegkundige geeft aan kennis te hebben van de functie van een ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Geen van de geïnterviewde verpleegkundigen weet hoe een ergotherapeut te contacteren. Geen van de

geïnterviewde kinesitherapeuten heeft kennis van het bestaan van de functie 'ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg'.

Wanneer de taak van een ergotherapeut in de eerstelijnsgezondheidszorg uitgelegd wordt, tonen alle hulpverleners interesse in het beroep ergotherapie en geven ze de zinvolheid van doorverwijzen voor ergotherapie aan. Gelijktijdig geven deze hulpverleners aan niet te weten hoe een ergotherapeut te contacteren.

'En ik denk dat men nog niet goed weet wat ergo is, wat je in de thuissituatie precies doet. ... Bij een persoon waar ik gevraagd was voor een voorzettafeltje, kwam ik de kiné tegen. Ik stel me dan voor en de kiné zei dat de huisarts hem gevraagd had om te kijken voor een andere rolstoel, maar hij kende daar niks van. Ik heb dan gezegd dat ik zou kijken, dan denk je, daar is wel vraag, maar als je elkaar niet toevallig tegenkomt...' (ergotherapeut)

Twee ergotherapeuten geven aan regelmatig verslag over te maken aan de huisarts, maar geen reactie te krijgen. Hoewel de ergotherapeuten aangeven zelden uitgenodigd te worden op het MDO, geven ze de meerwaarde van hun eventuele aanwezigheid aan. Op een MDO tonen andere beroepsgroepen, in het bijzonder huisartsen, interesse in de functie van de ergotherapeut. Ergotherapeuten geven aan dat zorgkundigen en gezinshulp heel veel zinvolle informatie voor hen bezitten. De zorgkundigen en gezinshulp zijn de personen die het meest in contact komen met de oudere personen.

Alle beroepsgroepen onderschrijven unaniem het belang van samenwerking en tonen bereidwilligheid aangaande samenwerking omtrent de fysiek kwetsbare oudere. Als succesfactoren voor samenwerking worden gegeven: efficiëntie, zorgcoördinatie, mogelijkheid tot ad hoc kort informeel overleg, gegevensdeling door middel van IT-tools, en herkenbaarheid en bereikbaarheid van de verschillende beroepsgroepen.

'Wat wij doen is het EMD als hulpdossier te gebruiken waar zowel de verpleegkundige, de kinesist, de diëtist, de podoloog de ergotherapeut in werkt, dit binnen het eerstelijns huis. Wat we proberen te benaderen is dit eerstelijns huis als organische entiteit te zien omdat je dan de contacten onderling hebt en die geestverruimende visie hebt, dat voortdurende contact, maar dat je dan ook voortdurend die dossiers aanvult en dergelijke.' (huisarts)

Het niet of onvoldoende kennen van de andere beroepsgroepen en de gebrekkige herkenbaarheid en toegankelijkheid worden als belangrijke belemmerende factor aangegeven. De verzuiling van de dienstverlening wordt eveneens als een barrière aangegeven.

De belangrijkste barrières om ergotherapeuten te contacteren zijn: het niet kennen van ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg, niet weten hoe ergotherapeuten te contacteren en het feit dat de oudere personen niet vertrouwd zijn met ergotherapie.

'Wat zijn de praktische drempels? Eerst en vooral de patiënt die het systeem niet kent... Als het een verpleegkundige is die zo iets aanbrengt, als het de huisarts is, als het een peer is, dan zijn ze geneigd om daarin mee te stappen, en dan zit je ook met het probleem van financiering.' (huisarts)

4.4 Gezondheidsinformatietechnologie

4.4.1 Elektronische gegevensregistratie en –deling

Met uitzondering van de ergotherapeuten bezitten alle geïnterviewde zorgverleners een beroepsspecifiek gelabeld e-registratiesysteem. De verpleegkundige in dienstverband geeft aan dat hun verpleegkundig dossier deel uitmaakt van het centrale patiëntendossier. De zelfstandige verpleegkundige en zelfstandige kinesitherapeuten geven aan naast het elektronische dossier tevens data op papier bij te houden. Deze beroepsgroepen halen tevens aan dat ze ofwel niet de tijd te hebben het elektronisch dossier correct in te vullen, ofwel elektronische gegevensregistratie als een belemmering te zien.

‘Een computer tussen de oudere en mezelf, wanneer ik met hem praat, is afstandelijk. Ik gebruik pen en papier om iets op te schrijven en uit te leggen.’ (kinesitherapeut)

De ergotherapeuten brengen hun data, in de mate dat dit structureel mogelijk is, in het centrale patiëntendossier in. Dit dossier is eigen aan de dienst waarbinnen de ergotherapeut werkt.

Daarnaast hebben sommige ergotherapeuten individueel, al dan niet digitaal, een ergotherapeutisch dossier ontwikkeld, dat binnen hun praktijk gebruikt wordt. Dit digitaal dossier kan zowel een gestructureerde elektronische tool zijn, als een Word-template.

Op een beveiligde manier elektronisch gegevens delen onder de hogervermelde zorgverleners is momenteel nog niet mogelijk. De gegevensuitwisseling gebeurt in eerste instantie via telefoon, verder ook via mail, per post of - indien van toepassing - op een MDO. Binnen de multidisciplinaire groepspraktijken worden bepaalde gegevens via het centraal elektronisch dossier gedeeld. Hulpverleners geven aan niet van alle mogelijkheden van elektronische patiëntendossiers op de hoogte te zijn. Twee hulpverleners die in het bezit zijn van professionele IT-registratietools geven aan deze niet steeds te gebruiken. Redenen die hiervoor aangegeven worden zijn het niet gebruiksvriendelijk zijn, het nut er niet van inzien en de afstandelijk tegenover de patiënt bij het gebruik van IT tijdens de consultatie.

Aspecten die als nuttig ervaren worden, zijn het automatisch registreren van het aantal behandelingen de patiënt nog kan krijgen, de elektronische agenda en –bij mono-of multidisciplinaire groepspraktijken- de gegevensdeling.

Eén hulpverlener geeft aan, uit respect voor de privacy van de patiënt, weigerachtig te staan tegenover het elektronisch delen van gegevens. Deze hulpverlener vindt telefonisch contact met andere hulpverleners een beter alternatief.

4.4.2 Gezondheidsinformatietechnologie in functie van kwaliteitsondersteuning

Uit het antwoord van één zorgverlener is af te leiden dat het begrip EBP niet gekend is. Alle overige zorgverleners kennen het begrip. De toepassing van de principes van EBP varieert onder de verschillende beroepsgroepen.

Huisartsen maken gebruik van elektronische databanken met evidence based informatie en van IT-tools die automatisch de link naar wetenschappelijk onderbouwde informatie leggen. Ze maken in dit kader tevens gebruik van het DSS. De kinesitherapeuten geven aan zich te beroepen op de opleidingen en de informatie die de beroepsvereniging aanbiedt. De verpleegkundige die voor een georganiseerde thuisverplegingsorganisatie werkt geeft aan de centrale zetel van de organisatie te contacteren indien ze wetenschappelijk onderbouwde informatie wenst aangaande een interventie. Deze verpleegkundige

organisatie ontwikkelt protocollen waarop de thuisverpleegkundigen zich baseren. De ergotherapeuten geven aan opleidingen te volgen en zelf evidence based bewijsmateriaal op te zoeken via databanken. Ze geven hierbij ook aan dat het vinden van dit bewijsmateriaal een moeilijke zoektocht is, die vaak niet de verwachte resultaten oplevert.

‘De richtlijn binnen onze praktijk is ‘je werkt evidence based’ en daar stopt het. We verwachten dat iedereen die binnen de praktijk werkt, evidence based werkt. Met alle respect voor wat anderen daarover denken, ik zeg niet dat wat wij vertellen de enige waarheid is, maar wat wij doen is daarop (EB) gebaseerd.’ (huisarts)

4.4.3 Gezondheidsinformatietechnologie als educatietool

HICT wordt door twee zorgverleners, beiden ergotherapeut, gebruikt om de oudere te informeren en educeren. Dit in de vorm van beeldmateriaal aangeboden op een tablet. Het beeldmateriaal betreft voornamelijk afbeeldingen van hulpmiddelen en aanpassingen. Ergotherapeuten geven aan dat ze deze vorm van informeren gebruiken omwille van de efficiëntie. Het aanbod hulpmiddelen is uitgebreid en volumineus. Het is soms onhandig en soms ook onmogelijk om dit materiaal zelf mee te nemen naar het huis van de cliënt.

De overige zorgverleners geven aan HICT nog niet te gebruiken in functie van gezondheidseducatie of voor het informeren van de patiënt.

5 Discussie

5.1 Samenvatting van de belangrijkste resultaten

Het statuut waarbinnen de geïnterviewde hulpverleners tewerk gesteld zijn, varieert volgens beroepsgroep. De huisartsen en kinesitherapeuten werken op zelfstandige basis. De verpleegkundigen werken zowel op zelfstandige basis, als in dienstverband. De ergotherapeuten werken in dienstverband.

De reden voor contactname met de hulpverlener is ofwel direct, ofwel indirect gelinkt aan de chronische problematiek. De meest voorkomende aanmeldingsredenen zijn mobiliteits- en functionaliteitsproblemen en cognitieve problemen als gevolg van chronische aandoeningen. Bij aanmelding omwille van een acuut probleem is dit vaak het gevolg van een onderliggend chronisch probleem, bijvoorbeeld wondzorg bij een oudere persoon met diabetes.

De hulpverleners geven aan dat er te weinig samenwerking is. Indien er gegevensuitwisseling is, gebeurt dit vaak in één richting. Dit brengt frustraties teweeg bij de persoon die de gegevens deelt, wat de kans op stopzetten van deze eenrichtingsgegevensdeling teweeg brengt.

De beschikbaarheid, en als gevolg ook het gebruik, van HICT varieert sterk tussen de verschillende beroepsgroepen. Huisartsen hebben de meeste faciliteiten om op een veilige en efficiënte manier gegevens te registreren en te verwerken. De ergotherapeuten hebben structureel nog de minste mogelijkheden. Enkel de huisartsen geven aan op dit ogenblik de mogelijkheid te hebben om gegevens te delen, maar dit in beperkte mate.

De meeste hulpverleners geven aan open te staan voor frequentere en betere samenwerking met alle betrokken partijen. De hulpverleners geven aan, mits uitdrukkelijke toestemming van de patiënt, bereid te zijn elektronische gegevens te delen aan andere betrokken beroepsgroepen. Dit op voorwaarde dat

de gegevensdeling de kwaliteit van zorgverlening doet toenemen én dat dit op een veilige manier gebeurt. Tevens geven ze aan niet meer informatie te wensen ontvangen dan zinvol is voor het uitvoeren van hun behandeling. Eén hulpverlener staat weigerachtig tegenover gegevensdeling omwille van gevaar voor privacy van de patiënt.

Wat betreft het gebruik van HICT in functie van kwaliteitsvol onderbouwen van de interventie zijn er ook hier grote verschillen vast te stellen tussen de beroepsgroepen. Huisartsen beschikken over zowel de tools (DSS en Evidencelinker), als de wetenschappelijke informatie die in onmiddellijk bruikbare vorm wordt aangeleverd (EBMPracticenet, databank met klinische richtlijnen). Kinesitherapeuten geven aan minder beroep te doen op bewijsmateriaal dat elektronisch beschikbaar is. Kinesitherapeuten geven hun beroepsvereniging en bijscholingen aan als bron waar ze hun informatie halen. De verpleegkundigen doen voornamelijk beroep op de kwaliteitsorganen van de organisatie waar ze tewerk gesteld zijn. De ergotherapeuten geven aan elektronische databanken te raadplegen, maar hebben hiervoor geen specifieke tools. Daarnaast vinden ze in de bestaande databanken, zoals EBMpracticenet.be, zelden afdoend antwoord op hun klinische vraag. De ergotherapeuten geven als enige groep aan HICT te gebruiken om de ouderen te informeren.

5.2 Kwaliteit van bewijsmateriaal

Rekening houdend met de inclusiecriteria van de respondenten werd maximale variëteit nagestreefd en dit wat betreft werkstelling (statuut), leeftijd en locatie van de praktijk (stad, gemeente, dorp). Het aantal respondenten werd evenredig verdeeld per beroepsgroep. Aangezien de respondenten op de hoogte gebracht werden van het thema van het interview bestaat de kans dat enkel de hulpverleners met een visie ten aanzien van dit onderwerp toestemden. Eén gecontacteerde hulpverlener weigerde deel te nemen en gaf als reden op niet geïnteresseerd te zijn.

De data-analyse werd uitgevoerd volgens de stappen van de spiraal van data-analyse van Creswell (2013) (zie hoofdstuk 2 item Methodologie).

6 Conclusie

6.1 Implicaties voor de klinische praktijk

Er is een grote discrepantie tussen de verschillende beroepsgroepen wat betreft de mogelijkheden van elektronische gegevensregistratie, -verwerking en -deling. De mate van beschikbaarheid en bereikbaarheid van wetenschappelijk bewijsmateriaal ter ondersteuning van de interventie is erg afhankelijk van de beroepsgroep. De kansen op efficiënte samenwerking en op het vinden van kwaliteitsvol bewijsmateriaal zijn voor de verschillende beroepsgroepen niet gelijk.

De ergotherapeut is als enige beroepsgroep nog niet in het bezit van een beroepsspecifiek gelabeld elektronisch patiëntendossier. De beroepsgroep ergotherapie is op dit ogenblik op alle vlak structureel benadeeld wat betreft HICT.

Gezien de algemene bereidheid tot samenwerking tussen de verschillende zorgberoepen is er in de eerstelijnsgezondheidszorg dringend nood aan structuren en middelen die deze samenwerking faciliteren. Daarnaast moet er gestreefd worden naar gelijkheid op vlak van HICT, zodat alle zorgberoepen gelijkwaardig hun therapeutisch handelen efficiënt kunnen enten op evidence based bewijsmateriaal.

6.2 Implicaties voor verder onderzoek en ontwikkeling

Er is voor alle zorgberoepen behoefte aan het beschikbaar zijn van HICT tools die het kwaliteitsvol handelen ondersteunen. Prioriteiten zijn de mogelijkheid om op een beveiligde manier specifieke gegevens te delen en het tegemoet komen aan de nood aan een elektronisch ergotherapeutisch dossier in de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarnaast is er de behoefte aan een zorgstructuur die samenwerking tussen de zorgberoepen stimuleert.

Wanneer aan deze noden voldaan wordt, kan de effectiviteit van een kwaliteitsvolle samenwerking met betrekking tot de fysiek kwetsbare oudere persoon in de eerstelijnsgezondheidszorg aangetoond worden.

7 Toegevoegde waarde van dit aspect van de studie

Dat de mogelijkheden om tot een kwaliteitsvolle samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg te komen zowel structureel, als op vlak van HICT moeten toenemen, is algemeen gekend.

Deze studie geeft aan dat de zorgverleners open staan voor een betere samenwerking en voor gegevensdeling in functie van kwaliteitsverbetering van hun interventie.

Tevens geeft deze studie aan dat er tussen de verschillende zorgberoepen een grote discrepantie bestaat wat betreft de beschikbare HICT-tools met betrekking tot gegevensregistratie, -verwerking, -deling en tot ondersteuning in het evidence based werken.

8 Referenties

De Maeseneer, J., Aertgeerts, B., Remmen, R., Devroey, D. (2015). *Together we change. Eerstelijnszorg: Nu meer dan ooit!* Brussel.

Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M., Lamb, S.E. Interventions for preventing falls in older people living in the community. (2012). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.

Muntinga, M.E., Van Leeuwen, K.M., Schellevis, F.G., Nijpels, G., Jansen, APD, (2015). From concept to content: assessing the implementation fidelity of a chronic care model for frail, older people who live at home. *BMC Health Services Research*. 15:18. DOI 10.1186/s12913-014-0662-6.

Paulus, D., Van Den Heede, K., Mertens, R. (2012). Position paper: Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. KCE, Brussel.

WHO (2015). Primary Health Care: now more than ever! Geneva, WHO. Geraadpleegd op 04 december op: <<http://www.who.int/whr/2008/overview/en/index3.html>>.

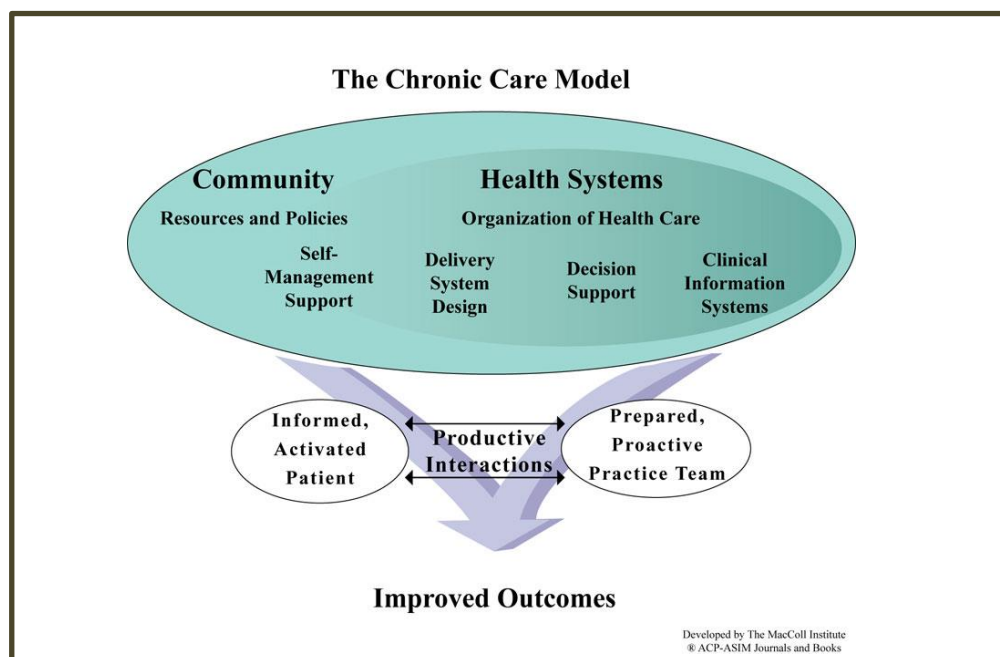
William, C., Chou, W.C., Tinetti, M.E., King, M.B., Irwin, K. Fortinsky, R.H. (2006). Perceptions of Physicians on the Barriers and Facilitators to Integrating Fall Risk. Evaluation and Management Into Practice. *J Gen Intern Med*. 21:117–122.

Hoofdstuk 4

Een kwaliteitsvolle ergotherapeutische interventie bij thuiswonende fysiek kwetsbare ouderen: voorstel van een uitgewerkte behandelingsprotocol

1 Situering

Oudere personen met een chronische zorgproblematiek worden geconfronteerd met noden, zoals nood aan specifieke medicatie. Naast deze noden, wordt de oudere persoon tevens geconfronteerd met heel wat ongemakken die de chronische aandoening teweeg brengt, zoals pijn of verminderde uithouding. Een kwaliteitsvolle aanpak van deze problematiek houdt in dat de personen met een chronische zorgproblematiek aangepaste zorg krijgen en gelijktijdig ook leren omgaan met de gevolgen van de ziekte en de behandeling (Wagner et al., 1998). De laatste decennia worden modellen ontwikkeld om de chronische zorgproblematiek te kaderen. Het Chronic Care Model (CCM) van Wagner is een model dat essentiële elementen identificeert om in de eerstelijnsgezondheidszorg de zorg voor personen met chronische problematiek te verbeteren.

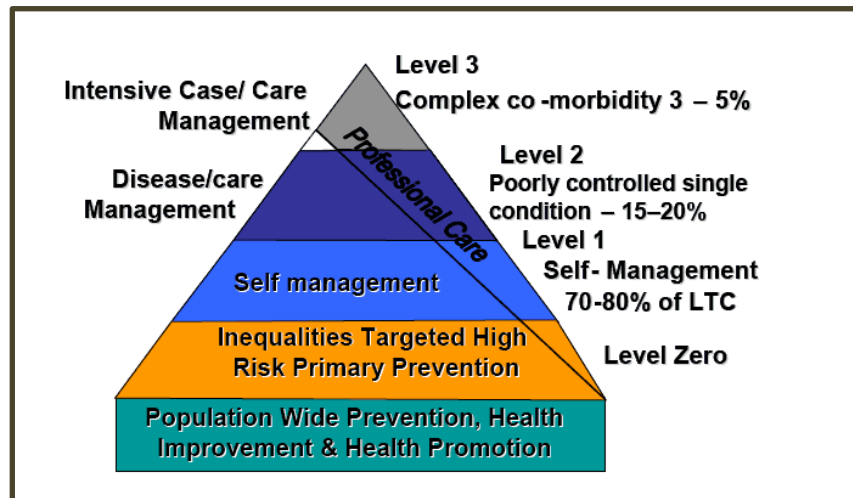


Figuur 4-1 Chronic Care Model (Wagner, 1998)

Deze elementen zijn de maatschappij, het gezondheidszorgsysteem, de ondersteuning van het zelfmanagement, de dienstverlening, de beslissingsondersteuning en de klinische informatiesystemen (Cooleman et al., 2009; Wagner et al., 1998). De uitkomstmaten van dit model zijn het nastreven van gezondere patiënten, een hogere mate van tevredenheid bij zorgverstrekkers en betere kosten-effectiviteit (Institute for Healthcare Improvement, 2015).

Clark gaf in 1991 reeds aan dat 'leren omgaan met een chronische aandoening' niet enkel een medisch aanpak vereist, maar dat er tevens aandacht moet zijn voor 'zelfmanagement'. Ook het Kaiser

Permanente model geeft aan dat zelfmanagement een onderdeel is van chronische zorg (Hendrickx, 1993; The Scottish Government, 2015)



Figuur 4-2 Aangepaste Kaiser Permanente Model (The Scottish Government, 2015)

De Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2014) onderschrijft de uitdaging om oudere personen te ondersteunen in hun eigen omgeving en om de actieve participatie van oudere personen aan de maatschappij te stimuleren. Om dit te bereiken moeten de betrokken gezondheidswerkers samenwerken. Het is aangetoond dat de aanpak van complexe chronische problemen, zoals de valproblematiek, pas effectief is als er interdisciplinair gewerkt wordt (Gillespie et al., 2012).

Ergotherapie is het gezondheidszorgberoep dat personen met beperkingen empowert om dagelijkse activiteiten op te nemen en om te participeren aan maatschappelijke gebeurtenissen. De rollen die de ergotherapeut aanneemt in het kader van een thuisinterventie bij complexe chronische problematiek zijn diagnosticus (handelingsdiagnose), educator (o.a. in functie van therapietrouw), adviseur (m.b.t. hulpmiddelen, aanpassingen, methodeverandering, subsidiemogelijkheden aangaande de interventie bv aanpassingspremie), behandelaar, coach (van zowel de oudere, als mantelzorger) en manager (in het kader van samenwerking) (WFOT, 2015). Hoewel ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg in Europa reeds ingeburgerd is, is de ergotherapeut in de Vlaamse eerstelijnsgezondheidszorg nog niet duidelijke gepositioneerd.

Het eerste deel van onze studie toonde aan dat ergotherapie bij fysiek kwetsbare thuiswonende ouderen effectief is op vlak van mobiliteit, functioneren in dagelijkse activiteiten en sociale participatie. De kenmerken van een kwaliteitsvolle ergotherapeutische interventie werden aangehaald. Cliëntgerichtheid en een efficiënte samenwerking met alle betrokkenen (de oudere, de mantelzorger andere professionele disciplines) zijn hierbij succesfactoren. In hoofdstuk twee werden factoren bestudeerd die de therapeut kunnen ondersteunen om cliëntgericht te handelen en therapietrouw te verhogen. In hoofdstuk drie bestudeerden we bij de Vlaamse eerstelijns hulpverleners de succesfactor samenwerking.

Op basis van de resultaten van de eerste drie delen van dit onderzoek aangevuld met andere relevante literatuur wordt in het vierde hoofdstuk een kwaliteitsvolle ergotherapeutische interventie voor thuiswonende fysiek kwetsbare ouderen uitgewerkt. Het conceptprotocol werd in een cyclisch proces

getoetst in één klinische praktijk, namelijk ergotherapeutische thuisinterventies die uitgevoerd werden door een ergotherapeut tewerkgesteld in een dagverzorgingscentrum.

2 Doelstelling

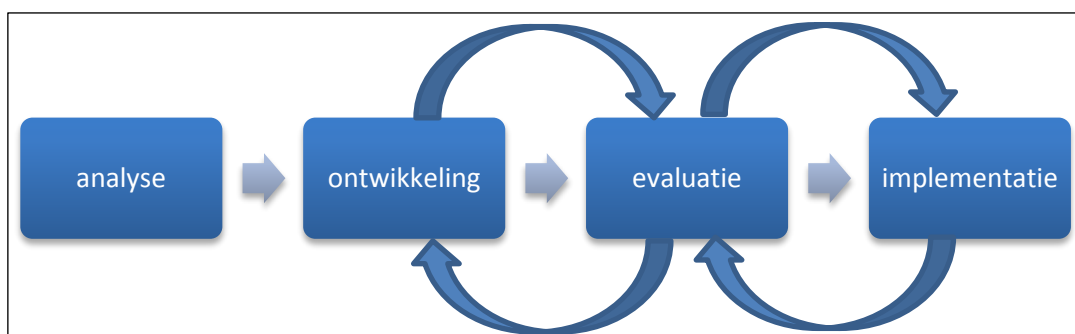
Het doel deze studie is om een prototype van een kwaliteitsvol interventieprotocol op te stellen voor een ergotherapeutische thuisinterventie bij fysiek kwetsbare ouderen, met specifieke aandacht voor het gebruik van HICT.

3 Methodiek

Bij het opstellen van dit ergotherapeutisch interventieprotocol werd gebruik gemaakt van volgende bronnen:

- de outcome van de review naar de effectiviteit van ergotherapie bij thuiswonende kwetsbare ouderen (hoofdstuk 1),
- de outcome van de kwalitatieve studie naar de perceptie aangaande het eigen functioneren uitgevoerd bij Vlaamse ouderen (hoofdstuk 2),
- de outcome van de kwalitatieve studie naar samenwerking in de eerstelijnszorg in Vlaanderen, uitgevoerd bij hulpverleners (hoofdstuk 3),
- de voorhanden zijnde theoretische kaders omtrent chronische zorg (het Chronic Care Model van Wagner en het Kaiser Permanente Model van the Scottish government),
- reeds ontwikkelde projecten met betrekking tot HICT in Vlaanderen (EBMPracticenet, Evidence Linker, Decision Support System, BelRAI-screener),
- een testcase, nl een ergotherapeut die thuisinterventies uitvoert vanuit een dagverzorgingscentrum,
- aanvullende relevante literatuur.

Het protocol werd ontwikkeld volgens de principes van user-centered design (Caroll et al., 2001; Rinkus et al., 2005). User-center design bestaat uit vier fases, de analyse, de ontwikkeling, de evaluatie en de implementatie. De eerste fase is de analyse van de probleemsituatie. Het verzamelen van informatie over de kennis, ervaringen en vaardigheden van de gebruiker is de basis voor de andere fases van het ontwerpproces. De resultaten van de analyse-fase zijn terug te vinden in hoofdstukken één tot drie. De laatste drie fases verlopen in een cyclisch proces, waarbij de ontwikkeling, evaluatie en implementatie elkaar kunnen afwisselen (zie figuur 4-3). Het ergotherapeutisch conceptprotocol werd tijdens de ontwikkeling in een testcase getoetst bij een ergotherapeut die vanuit een dagverzorgingscentrum thuisinterventies uitvoert.



Figuur 4-3 Iteratief proces user-centered design

4 Resultaten

Het ergotherapeutisch conceptprotocol is opgebouwd uit vijf fases, namelijk de detectiefase, de fase van functionele diagnosestelling, de fase van doelbepaling, de interventiefase en de fase van monitoring. Deze fases volgen elkaar chronologisch op. Gedurende het therapieverloop bestaat de mogelijkheid om terug te gaan naar een vorige fase en vervolgens vertrekkende van die fase, de cyclus verder te doorlopen.

Het Kaiser Permanente Model geeft aan dat zorgcoördinatie of casemanagement aangewezen bij complexe comorbiditeit. Daar de fysiek kwetsbare oudere een risicopopulatie is voor complexe comorbiditeit en chroniciteit kan inclusie van een casemanager bij deze populatie aangewezen zijn (zie figuur 4-4)



Figuur 4-4 Fases van de ergotherapeutische interventie

Voor het bepalen van de kerncomponenten van zorgbemiddeling⁴ of het casemanagement baseerden we ons op Ross (2011), Paulus (2012) en de resultaten van de deelstudies weergegeven onder hoofdstukken 1, 2 en 3. Conform de wet op de patiëntenrechten handelt de casemanager steeds in overleg met de oudere en/of zijn vertegenwoordiger (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2014).

De kerncomponenten van het casemanagement/de zorgbemiddeling zijn:

- case-finding
- zorgplanning
 - o identificeren zorgnoden
 - o onderhandelen aanpak zorgnoden (o.a. faciliteren in het vinden van de zorgverstrekkers)
- zorgcoördinatie
 - o overleg plannen tussen zorgverstrekkers en oudere of zijn vertegenwoordiger
 - o informeren oudere of zijn vertegenwoordiger
 - o onderhandelen en belangenbehartiging
 - o psychosociale support
 - o monitoren en herevalueren
- afsluiten van de zorgbemiddeling

⁴ Het begrip zorgbemiddeling omvat alle kerncomponenten en overstijgt dus de geïsoleerde component 'zorgcoördinatie'.

Haalbaarheid binnen de testcase:

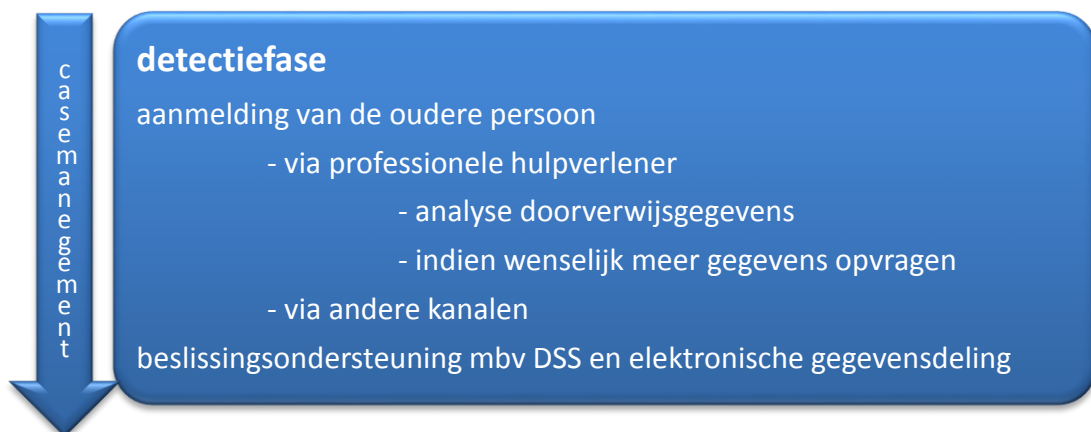
In de testcase wordt soms beroep gedaan op een zorgcoördinator in kader van een multidisciplinair overleg (MDO). De taak van deze zorgcoördinator beperkt zich tot het organiseren van het MDO. De overige kerncomponenten van de casemanager worden door de zorgcoördinator niet opgenomen. Er is in de testcase geen beroep gedaan op een zorgbemiddelaar of casemanager beschikbaar. Bij geen van de vier opgevolgde dossiers werd een zorgcoördinator betrokken. De ergotherapeut geeft aan dat hierdoor niet alle hulpverleners de nodige informatie bezitten en dat dit leidt tot minder efficiënt werken.

4.1 Detectiefase

De aanmelding van de oudere persoon verloopt zowel via de professionele hulpverlener, als via andere kanalen. Bij doorverwijzing via de professionele hulpverlener zijn doorverwijsgegevens beschikbaar en kan desgewenst bijkomende informatie verkregen worden. Elektronische gegevensdeling is hierbij een faciliterende component.

De tool 'decision support system' kan professionele hulpverleners ondersteunen in het kader van casefinding. Een beslissingsondersteunend systeem (DSS) is een computergestuurde technologische oplossing die ingezet wordt ter ondersteuning van het nemen van beslissingen bij het oplossen van complexe problemen.

Om hoogrisicopersonen voor frailty te detecteren zijn het Geriatisch Risico Profiel (GRP) en de BelRAI Screener bruikbare instrumenten. Het GRP en de BelRAI Screener zijn twee instrumenten die in Vlaanderen operationeel zijn. Een koppeling van het GRP of de BelRAI Screener aan de elektronische patiëntendossiers van de verschillende beroepsgroepen via het DSS kan artsen en andere hulpverleners ondersteunen bij het detecteren van de kwetsbare oudere persoon.



Figuur 4-5 Detectiefase

Haalbaarheid binnen de testcase:

Uit onze studie blijkt dat er momenteel geen actieve opsporing is van hoogrisicopersonen. Op dit ogenblik zijn het GRP en de BelRAI Screening nog niet gekoppeld aan het DSS en via dit systeem dus nog niet operationeel. De kwetsbare ouderen werden in de testcase nog niet systematisch opgespoord.

In de testcase is de maatschappelijk werker van de eigen dienst de professionele hulpverlener die het vaakst doorverwijst bij aanmelding van een hoogrisicopersoon. Van de niet-professionele hulpverleners verwijst de mantelzorger het meest frequentst door.

Bij geen van de dossiers die tijdens de periode van de haalbaarheidsstudie opgevolgd werden was een e-zorgdossier aanwezig. Beveiligde elektronische gegevensdeling onder alle betrokken zorgverleners was hierdoor nog niet mogelijk. De communicatie verliep voornamelijk via telefoon.

4.2 Fase van functionele diagnosestelling

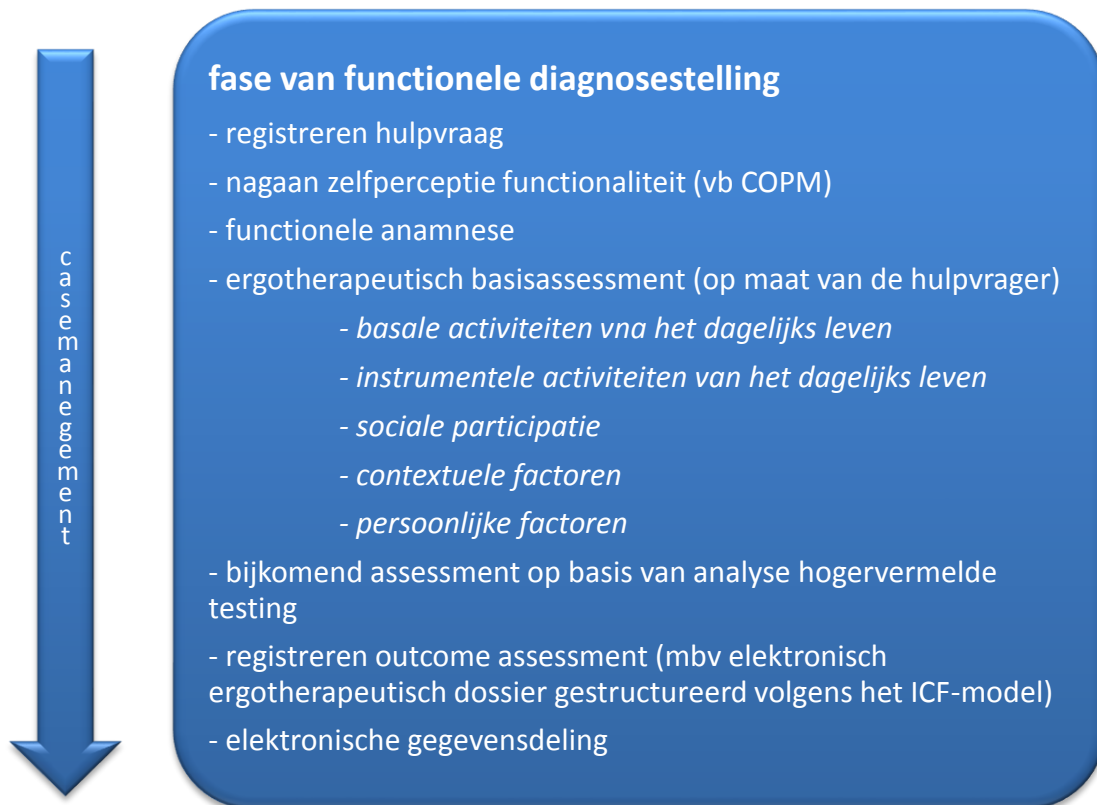
Daar het werkdomein van de ergotherapeut het functioneren in dagelijkse activiteiten en de sociale participatie betreft, maakt de ergotherapeut een bilan op om de functionele capaciteiten van de oudere persoon te bepalen, de functionele diagnose of handelingsdiagnose genaamd (WFOT, 2015; Stark et al., 2015). In dit functioneel bilan wordt de hulpvraag van de oudere persoon of zijn vertegenwoordiger geregistreerd. Indien er een hulpvraag is van de mantelzorger, wordt deze tevens opgenomen.

Er worden testen afgenomen in kader van het opstellen van het functioneel bilan en voor de bepaling van de zelfperceptie van de oudere persoon aangaande zijn functioneren. Een test die deze zelfperceptie in kaart brengt is de Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Met de afname van de COPM krijgt de ergotherapeut zicht op hoe de oudere persoon zijn functioneren percipieert (CAOT, 2012). De COPM inventariseert de handelingen die de oudere persoon als problematisch ervaart en gaat hierbij drie componenten na, namelijk hoe belangrijk deze handelingen zijn voor de oudere persoon (belangrijkheidsscore), hoe de oudere persoon de uitvoering van de probleemhandelingen inschat (uitvoeringsscore) en hoe tevreden hij hierover is (tevredenheidsscore).

Het ergotherapeutische basisassessment dat de functionaliteit meet, betreft BADL, IADL, sociale participatie en alle contextuele factoren die deze functionaliteit kunnen beïnvloeden. Tevens observeert de ergotherapeut gericht en bevraagt hij de oudere om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de persoonlijke factoren die het functioneren kunnen beïnvloeden. Een instrument dat hij hierbij kan gebruiken is de therapietrouwtool weergegeven in figuur 2.3 'Schematische voorstelling aanpak therapietrouw bij verhogen/behouden/tegengaan afname functionaliteit'. De componenten aangegeven in fase 1a, 2a en 3a kunnen de ergotherapeut helpen om doelgericht informatie te verzamelen.

Op basis van de ingezamelde data wordt beslist of gericht onderzoek verder wenselijk is. Dit kan bijvoorbeeld van toepassing zijn bij valproblematiek of bij vaststelling van cognitieve beperkingen.

De registratie gebeurt in het elektronisch ergotherapeutisch dossier. De ICF is een bruikbaar model om de te registreren data te ordenen.



Figuur 4-6 Fase van functionele diagnosestelling

Haalbaarheid binnen de testcase:

De haalbaarheidstoetsing geeft aan dat de functionele diagnosestelling zowel in één, als verspreid over twee/meerdere sessies kan verlopen. De afname van de COPM in combinatie met de functionele anamnese is tijdsintensief.

Tevens wordt vastgesteld dat er herhalingen kunnen zijn wanneer de functionele anamnese voor de COPM afgenomen wordt. Daarom is het aan te raden eerst de COPM af te nemen en de functionele anamnese te beperken tot deze aspecten die nog niet aan bod kwamen bij de afname van de COPM.

Scoren van de COPM-component 'uitvoering' is niet steeds evident voor ouderen. Indien dit problemen geeft, is het aan te raden deze component niet af te nemen en onmiddellijk over te gaan tot de afname van de component 'tevredenheid'. De component 'tevredenheid' in combinatie met de component 'belangrijkheid' geven voldoende informatie in functie van het bewerkstelligen van therapietrouw. Het belangrijk om minstens deze twee componenten in kaart te brengen.

Uit de bevraging van de hulpverleners (zie hoofdstuk 3) wordt de afwezigheid van een gevalideerd elektronisch ergotherapeutisch dossier als een beperking aangegeven. Ook in de haalbaarheidstoetsing wordt dit als een tekort aangegeven.

4.3 Fase van doelbepaling

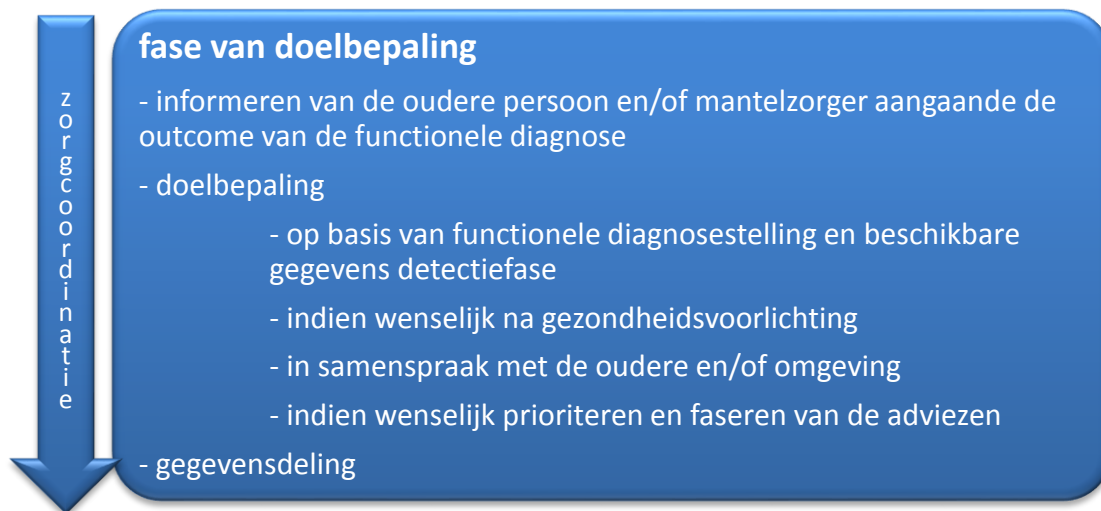
De oudere persoon of zijn vertegenwoordiger wordt geïnformeerd aangaande de resultaten van de detectiefase en de fase van de functionele diagnosestelling. De ergotherapeut kan beroep doen op de therapietrouwtool, meer bepaald fasen 1b, 2b en 3b (zie Figuur 2.3: Schematische voorstelling aanpak therapietrouw bij verhogen/behouden/tegengaan afname functionaliteit).

Een tool die de ergotherapeut kan ondersteunen bij het inwinnen van de correcte informatie omtrent een aandoening is 'Evidence Linker'. Evidence Linker is een elektronisch dossierondersteunend systeem, gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier en dat online de relevante klinische richtlijnen aanbiedt tijdens een interventie (Cebam, 2015). Tevens is er de optie om patiëntenrichtlijnen te consulteren. Er is hiervoor een link voorzien met de site 'gezondhedenwetenschap.be'.

In het kader van gedeelde beslissingname wordt een actieve en geïnformeerde cliënt nagestreefd. Indien wenselijk wordt de oudere of zijn vertegenwoordiger geëduceert zodat hij voldoende kennis bezit om en bijdrage te leveren in de gedeelde beslissingname bij het opstellen van de behandeldoelen. Indien de mantelzorg een hulpvraag heeft, worden er ook in samenspraak met de mantelzorg doelstellingen vooropgesteld (zie fase b3 van de therapietrouwtool (figuur 2.3))

Om therapietrouw na te streven is het zinvol de doelen te prioriteren en gedoseerd aan te leveren. De prioritering en dosering gebeurt in samenspraak met de oudere persoon of zijn vertegenwoordiger.

Om de interventies van de verschillende hulpverleners op elkaar af te stemmen, is uitwisselen van informatie essentieel. Deze informatieuitwisseling kan enkel mits toestemming van de oudere persoon en met respect voor zijn privacy. Het operationeel zijn van een beveiligd systeem om gegevens te delen onder de verschillende zorgverleners is hierbij een voorwaarde.



Figuur 4-7 Fase van doelbepaling

Haalbaarheid binnen de testcase:

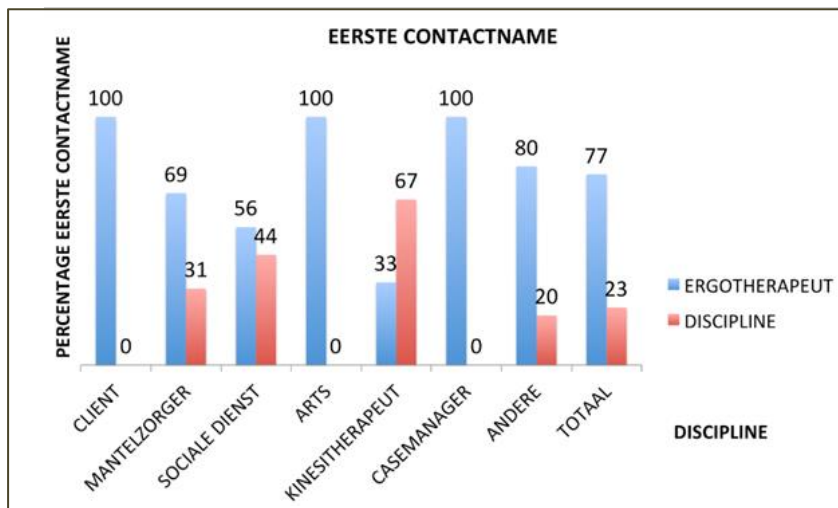
Uit de toetsing blijkt dat duidelijkheid scheppen naar de oudere persoon belangrijk is. Door duidelijkheid te bieden omtrent de te behandelen problemen is de betrokkenheid van de oudere persoon groter, wat resulteert in een toename van de motivatie om het probleem aan te pakken.

Conform het Chronic Care Model wordt er gestreefd naar een geïnformeerde actieve oudere. (Wagner et al., 1998)

Omdat het elektronisch ergotherapeutisch dossier nog niet op punt staat, is ook Evidence Linker nog niet operationeel voor ergotherapeuten. Als de ergotherapeut richtlijnen of ander evidence based informatie wil consulteren, moet hij deze opzoeken via internet, wat tijdsintensief is.

Op dit ogenblik beschikt enkel de huisarts over de mogelijkheid om op een veilige manier elektronisch gegevens te delen met andere medici en in beperkte mate met de apotheker.

Uit de testcase blijkt dat de initiatiefname tot contact tussen hulpverleners nog sterk uitgaat van de ergotherapeut. In 77% van de contactnames ging het initiatief uit van de ergotherapeut. Alleen bij de contacten tussen de kinesitherapeut en de ergotherapeut nam de kinesitherapeut het frequentst als eerste contact op.



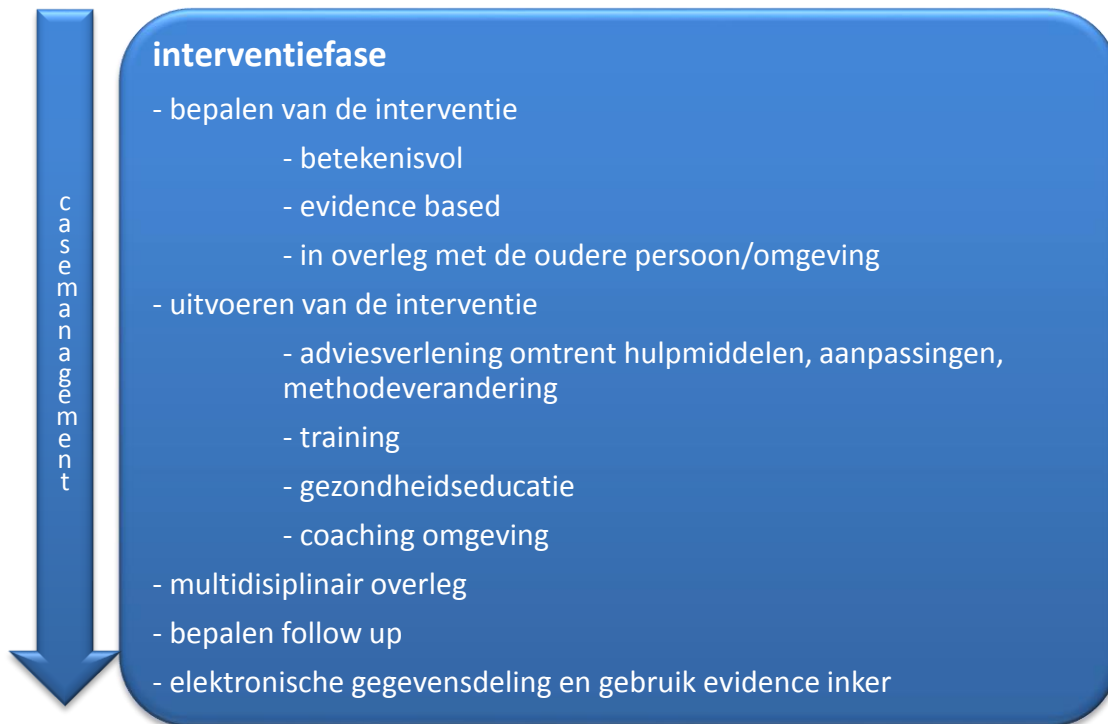
Grafiek 4-1 Persoon van wie het eerste contact uitgaat (De Groote et al., 2015)

4.4 Interventiefase

Net als bij het bepalen van de doelstellingen, verloopt het bepalen van de interventie in samenspraak met de oudere. Bij de bepaling van de interventie houdt de ergotherapeut rekening met de mate waarin de activiteit betekenisvol is voor de oudere en zijn omgeving en met de mate waarin de interventie evidence based is. De therapietrouwtool, concreet fase b4, en Evidence Linker zijn tools die de ergotherapeut kan ondersteunen in zijn keuze.

De ergotherapeutische interventie is meestal over verschillende sessies verspreid en betreft adviesverlening aangaande hulpmiddelen, aanpassingen en methodeverandering, training, gezondheidseducatie en coaching van de omgeving.

Indien van toepassing levert de ergotherapeut een bijdrage op het zorgoverleg. In overleg met de oudere wordt een follow up vastgelegd.



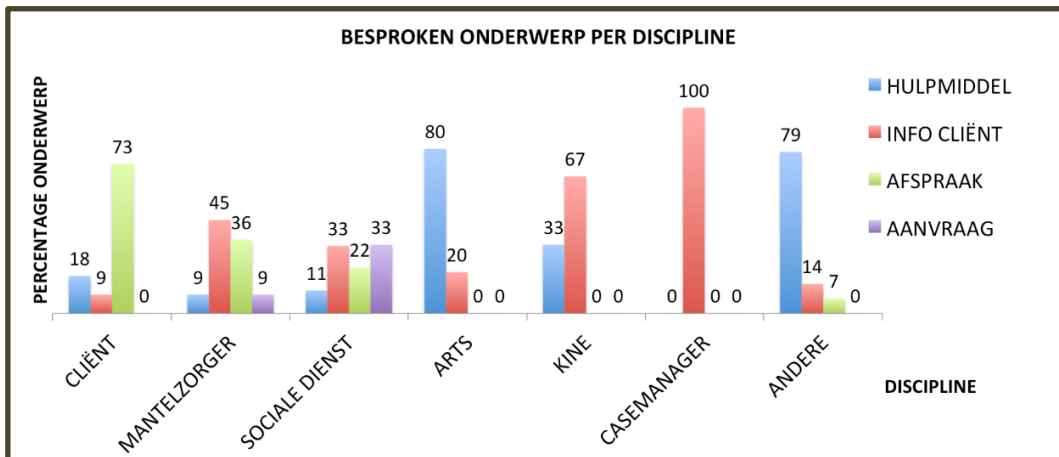
Figuur 4-8 Interventiefase

Haalbaarheid binnen de testcase:

Uit onze haalbaarheidstoetsing blijkt dat de fase van doelbepaling en de interventiefase in dezelfde interventie kunnen plaatsvinden. Een concreet wordt besproken en aansluitend hierop wordt de interventie uitgevoerd. De overige problemen komen hierop volgend aan bod. Bij de keuze van de wijze waarop de interventie gebeurt, houdt de ergotherapeut rekening met zowel de oudere persoon (indien van toepassing zijn mantelzorger), de beschikbare evidentie, als met de eigen expertise.

In het kader van adviesverlening verloopt de interventiefase gemiddeld over 2 à 3 huisbezoeken. Informeren en coaching van de omgeving gebeurt niet enkel in de interventiefase. Dit kan ook bij aanvang van het proces, bijvoorbeeld in de fase van diagnosestelling, aan bod komen. Een actief geïnformeerde cliënt draagt bij tot het empowerment, de groeiende bewustwording van de cliënt en zijn omgeving, en tot toename van de therapietrouw.

Binnen onze haalbaarheidstoetsing werd de communicatie tussen de zorgverleners in kaart gebracht. De onderwerpen waarover gecommuniceerd werd, zijn op te delen in vier thema's, namelijk hulpmiddelen, informatie-uitwisseling omtrent de cliënt, maken van een afspraak en een aanvraag. Het thema waarover gecommuniceerd wordt, varieert afhankelijk van de persoon of discipline waarmee gecommuniceerd wordt.



Grafiek 4-2 Besproken onderwerp per discipline (De Grootte et al., 2015)

4.5 Fase van monitoring

De fase van monitoring verplicht de ergotherapeut om stil te staan bij de communicatie omtrent het verloop van het ergotherapeutisch behandelplan. Tevens doet deze afsluitende fase de ergotherapeut nadenken over het afronden van de interventie of waar nodig over het herdefiniëren van de vooropgestelde doelstellingen. Een eindrapport wordt opgemaakt en met toestemming van de oudere via de beveiligde tool elektronische gegevensdeling aan de huisarts en de initiële doorverwijzer overgemaakt.



Figuur 4-9 Fase van monitoring

Haalbaarheid binnen de testcase:

Omwille van de eerder aangehaalde tekorten qua beschikbaar zijn van elektronische tools, is het nog niet mogelijk om gegevens op een veilige manier elektronisch te delen met andere zorgverleners.

5 Discussie

Het Vlaams ouderenbeleid zet in op participatie, ontplooiing en ontwikkeling van alle ouderen, en dit zowel individueel, als in collectief verband. Het actief en gezond ouder worden en het stimuleren van een leeftijdsvriendelijke omgeving vormen daarbij belangrijke parameters.

5.1 Ergotherapeutische thuisinterventie

Ergotherapie bij fysiek kwetsbare thuiswonende ouderen richt zich op het verbeteren van, behoud van of voorkomen van aftakeling van het functioneren op vlak van dagelijkse activiteiten en sociale participatie. De ergotherapeut richt zich hierbij niet alleen op de oudere persoon, maar ook op zijn leefomgeving. De effectiviteit van ergotherapeutische thuisinterventies bij fysiek kwetsbare ouderen is aangetoond voor mobiliteit, functioneren op vlak van dagelijkse activiteiten en sociale participatie. Tevens is ergotherapie effectief bij het reduceren van valangst (zie hoofdstuk 1).

Een kwaliteitsvolle ergotherapie-interventie kenmerkt zich door cliëntgerichtheid, empowerment, educeren/informereren, aanbieden van betekenisvolle activiteiten en samenwerking met alle betrokkenen, namelijk de oudere, de mantelzorger en andere professionele hulp- en dienstverleners. De ergotherapeut werkt hierbij volgens de principes van Evidence Based Practice.

5.2 Ondersteunende HICT

HICT is met betrekking tot het topic ‘aanpak van de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere’ op te delen in drie thema’s, HICT in het kader van gegevensregistratie, HICT in het kader van gegevensdeling en HICT in het kader van behandelingsondersteuning.

In het kader van efficiënte gegevensregistratie is een elektronisch ergotherapeutisch patiëntendossier noodzakelijk. Daar de componenten van het ICF-model het best aansluiten bij het werkterrein van het beroep, is een dossier dat opgebouwd is volgens dit model het meest aangewezen.

Aangezien de ergotherapeut in de eerstelijnsgezondheidszorg voornamelijk in contact komt met personen met een complexe chronische problematiek, werkt de ergotherapeut vaak multidisciplinair. Om een kwaliteitsvolle behandeling van de fysiek kwetsbare oudere persoon te verzekeren, is elektronische gegevensdeling wenselijk. Deze gegevensdeling moet veilig en efficiënt verlopen.

Met elektronische behandelingsondersteuning wordt elke ondersteuning bedoeld die inhoudelijk een bijdrage levert tot een kwaliteitsvolle behandeling. Er is het DSS dat de hulpverleners helpt bij de case-finding, concreet de screening door middel van het GRP of de BeIRAI Screener. Daarnaast is er de Evidence Linker die de hulpverleners ondersteunt in het maken van evidence based. Tevens kan de Evidence linker gebruikt worden om oudere persoon en zijn mantelzorger te informeren en te educeren.

Anno 2016 zijn deze tools reeds operationeel voor een beperkt aantal beroepsgroepen, voornamelijk voor de huisarts, maar nog niet of in zeer beperkte mate voorhanden voor de ergotherapeut.

6 Conclusie

De effectiviteit van ergotherapie bij thuiswonende kwetsbare ouderen is aangetoond en de componenten van een kwaliteitsvolle interventie zijn gekend.

Om het vooropgestelde good practice conceptprotocol in Vlaanderen te implementeren zijn er enerzijds veranderingen noodzakelijk aangaande de zorgstructuur waarbinnen de ergotherapeut tewerk gesteld is, concreet het statuut van de ergotherapeut en de mogelijkheden tot samenwerking. Anderzijds moeten een aantal HICT-tools beschikbaar zijn, concreet (1) het GRP of BelRAI screener gekoppeld aan Evidence Linker van toepassing bij de elektronische patiëntendossiers van alle zorgverleners, (2) het elektronisch ergotherapeutisch dossier opgebouwd op basis van ICF, (3) de mogelijkheid om ergotherapeutische gegevens elektronisch te verwerken, (4) de mogelijkheid om ergotherapeutische gegevens op een veilige manier elektronisch te delen met andere zorgverleners en (5) via Evidence Linker gekoppeld aan het elektronisch ergotherapeutisch dossier, beschikbaar zijn van wetenschappelijke evidentie.

7 Toegevoegde waarde van dit aspect van de studie

7.1 Wat is reeds gekend aangaande dit topic?

Eerder onderzoek toont aan dat ergotherapie effectief is bij de fysiek kwetsbare ouderen. HICT zijn technologieën binnen de gezondheidszorg die op een elektronische manier helpen bij het opslaan, verwerken en delen van informatie. Daarnaast kan het gebruik van HICT een bijdrage leveren tot het verhogen van de kwaliteit van de interventies, het educeren en informeren van ouderen en case-finding.

7.2 Wat voegt deze studie toe?

Deze studie levert een wetenschappelijk en praktijk getoetst good practice protocol aangaande de fysiek kwetsbare ouderen. Dit protocol houdt geeft in detail de componenten van de interventie weer, rekening houdend met de lage therapietrouw van de kwetsbare oudere.

Tevens geeft deze studie concreet weer aan welke basisvoorwaarden met betrekking tot HICT moet voldaan worden om de interventie in de klinische praktijk optimaal te implementeren.

8 Referenties

Caroll, C., Marsden, P., Soden, P., Naylor, E. New, J., Dornan, T. (2002). Involving users in the design and usability evaluation of a clinical decision support system. *Computer Methods and Programs in Biomedicine* 69:123–135.

Cebam (2015). Evidence Linker. Geraadpleegd op 4 december 2015 op:
<<http://www.cebam.be/nl/cdlh/Paginas/Evidence-Linker.aspx>>.

Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C., Wagner, E.H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium". *Health Aff (Millwood)*. Jan-Feb;28(1):75-85.

De Grootte, K., Vincent, C., De Coninck, L. (2016). *Samen sterk. Haalbaarheidsstudie omtrent communicatie binnen een good practice ergotherapieprotocol voor kwetsbare thuiswonende ouderen*. Arteveldehogeschool Gent, eindwerk tot het behalen van de titel Bachelor in de ergotherapie.

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2014). Wet rechten van de patiënt. In een goede relatie weet je wat je aan elkaar hebt. Geraadpleegd op 4 december 2015 op: <http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_patiëntenrechten_2014.pdf>.

Hendricks, R. (1993). *A Model for National Health Care: The History of Kaiser Permanente*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. pp. 13–17.

Institute for Healthcare Improvement (2015). The IHI Triple Aim. Geraadpleegd op 4 december 2015 op: <<http://www.ihl.org/engage/initiatives/tripleaim/Pages/default.aspx>>

Paulus, D., Van Den Heede, K., Mertens, R. (red.) (2012). *Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper*. KCE, Brussel.

Ross, S., Curry, N., Goodwin, N. (2011). *Case management. What it is and how it can best be implemented*. London, The King's fund.

Rinkus, S. Walji, M., Johnson-Throop, K.A., Malin, J.T., Turley, J.P., Smith, J.W., Zhang, J. (2005). Human-centered design of a distributed knowledge management system. *Journal of Biomedical Informatics*, 38 (2005), pp. 4–17.

Stark, S.L., Somerville, E., Keglovits, M., Smason, A., Bigham, K. (2015). Clinical Reasoning Guideline for Home Modification Interventions. *The American Journal of Occupational Therapy*. (69)2.

The Scottish Government (2015). Improving the Health and Wellbeing of People with Long Term Conditions in Scotland: A National Action Plan. Geraadpleegd op 4 december 2015 op: <<http://www.gov.scot/Publications/2009/12/03112054/4>>.

Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. Aug-Sep;1(1):2-4.

Hoofdstuk 5

Aanbevelingen

Er is wetenschappelijk bewijsmateriaal dat ergotherapie bij de kwetsbare oudere effectief is op vlak van functioneren in dagelijkse activiteiten, sociale participatie, mobiliteit en valangst. Een good practice ergotherapeutisch behandelingsprotocol, uitgewerkt op basis van het best beschikbare bewijsmateriaal, rekening houdend met de noden en wensen van de oudere en getoetst in een Vlaamse klinische praktijk werd uitgewerkt is beschikbaar. Gecoördineerde interdisciplinaire samenwerking verhoogt de effectiviteit van deze behandeling.

HICT is een facilitator wat betreft:

- efficiënte gegevensregistratie, -verwerking en -deling,
- case finding,
- wetenschappelijke onderbouwing van de interventie,
- educeren en informeren van de oudere.

De uitgewerkte wetenschappelijk onderbouwde ergotherapeutische interventie uitgewerkt in hoofdstuk 4 kan in de Vlaamse zorgstructuur geïmplementeerd worden mits inspanningen van en samenwerking tussen verschillende actoren. De ergotherapeut moet een volwaardige plaats krijgen in de eerstelijnsgezondheidszorg

Daarom volgende aanbevelingen ten aanzien van het beleid, het onderwijs en de beroepsvereniging:

Een eerste vereiste is dat de ergotherapeut binnen zijn takenpakket de middelen (structuurindicatoren) en ruimte (procesindicatoren) moet krijgen om een kwaliteitsvol protocol in totaliteit uit te voeren. De reeds ontwikkelde en operationele elektronische tools en structuren waarover de huisarts beschikt zijn een voorbeeld van good practice voorbeeld voor ergotherapeuten (het elektronisch medisch dossier, Evidence linker, Decision Support System en EBMPracticenet). Tevens is er BelRAI-instrument waarop de ergotherapeut beroep kan doen.

De ergotherapeut moet - naast de andere zorgverleners - over de nodige elektronische middelen beschikken om aan casefinding te doen. In het kader van verhogen van therapietrouw moet er moet ruimte gecreëerd worden om een grondige handelingsdiagnose op te stellen. Om het educeren en informeren van de oudere te ondersteunen moet de ergotherapeut over de nodige elektronische middelen beschikken. De ergotherapeut moet in de mogelijkheid zijn om op een efficiënte manier bronnen te raadplegen die zijn interventie wetenschappelijk onderbouwt en in staat zijn om op een veilige en efficiënte manier gegevens te delen met andere zorgverstrekkers.

Een tweede vereiste is kennisbevordering bij studenten ergotherapie en bij professionals. Studenten ergotherapie en ergotherapeuten moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van ondersteunende elektronische tools en er de meerwaarde van inzien. Onderwijs en navorming zijn een essentiële factor in de verwezenlijking hiervan. In de basisopleidingen moet niet alleen aandacht worden besteed aan EBP, maar tevens aan hoe elektronische tools er toe kunnen bijdragen dat deze EBP op een efficiënte manier geïntegreerd wordt in de klinische praktijk. Navormingsdiensten moeten ergotherapeuten op de hoogte houden van nieuwe evoluties aangaande de mogelijkheden van HICT.

Een derde vereiste is dat het beroep ergotherapie als zorgverstreker binnen de eerstelijnsgezondheidszorg op een correcte manier bekend geraakt. Naast de individuele ergotherapeut, die zich op lokaal vlak in de eerste lijn moet profileren, is een belangrijke opdracht weggelegd voor de beroepsvereniging ergotherapie. Een gerichte profileringscampagne naar de andere betrokken beroepsgroepen dringt zich op. Een samenwerking met de Vlaamse zorgambassadeur kan deze campagne stroomlijnen en meer draagkracht geven.

Bijlagen

Bijlage 1: Document commissie ethiek

Bijlage 2: Zoekstrategie

Bijlage 3: Geëxcludeerde titels met reden voor exclusie

Bijlage 4: TransTheoretisch Model van gedragsverandering

Bijlage 5: Informed consent oudere personen

Bijlage 6: Interviewgids oudere personen

Bijlage 7: Gebruikte modellen voor het conceptualiseren van het analysekader

Bijlage 8: Informed consent hulpverleners

Bijlage 9: Interviewgids zorgverleners

Bijlage 1: Document commissie medische ethiek

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)



KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Aan Prof. B. Aertgeerts
Huisartsgeneeskunde, KULeuven

ONS KENMERK S58057
LEUVEN, 2 juli 2015

Evidence based occupational therapy in primary care. effects of OT on the functionality of community dwelling elderly.

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven/Onderzoek heeft vermeld protocol onderzocht en besproken.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy.

Dit project valt niet onder het toepassingsgebied van de wet van 7/5/2004.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

*Indien er een **Clinical Trial Agreement** is, kan de studie pas aangevat worden wanneer dit **Clinical Trial Agreement** goedgekeurd en ondertekend is door de gedelegeerde bestuurder van UZ Leuven (en/of desgevallend door bevoegde vertegenwoordiger(s) van KU Leuven R&D).*

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.

SECRETARIAAT
Tel +32 16 34 86 00
www.uzleuven.be/ec

Fax +32 16 34 86 01

ec@uzleuven.be

ec-submission@uzleuven.be

BLAD NR . 2

ONS KENMERK S58057

UW KENMERK

LEUVEN . 2 juli 2015

Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon. Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009). Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het Ethisch Comité ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer en met de beschikkingen van de wet van 19 december 2008.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient U er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Gelieve ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van reden).

*Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een **jaarlijks vorderingsrapport** aan de commissie wordt bezorgd.*

*Gelieve tenslotte het (vroegtijdige of geplande) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een **Clinical Study Report** aan de Commissie te bezorgen.*

Met collegiale groeten,

Prof. dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KULeuven


Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Bijlage 2: Zoekstrategie

Cochrane library

P: (Aged or Frail Elderly or frail elder* or functionally impaired elder* or frail older adult* or aged, 80 and over or oldest old or Nonagenarian* or octogenarian* or centenarian*) AND (primary health care or primary care or primary healthcare or "community dwelling" or independently)

I: patient centered care or Patient Focused Care or case management or "community case management" or Patient Care Team* or interdisciplinary health team* or health care team* or healthcare team* or "collaborative care" or occupational therap* or "home care service" or "home care services" or "home care" or "Domiciliary Care"

O: accidental fall or social participation or activity of daily living or ADL or "self care" or independent living or aging in place or quality of life or life qualities or personal satisfaction or functional abilit* or functionality

Medline

P: (Aged OR Frail Elderly OR frail elder* OR functionally impaired elder* OR frail older adult* OR aged, 80 and over OR oldest old OR Nonagenarian* OR octogenarian* OR centenarian*) AND (primary health care OR primary care OR primary healthcare OR "community dwelling" OR independently)

I: patient centered care OR Patient Focused Care OR case management OR "Patient Care Team"[Mesh:NoExp] OR Patient Care Team* OR interdisciplinary health team* OR health care team* OR healthcare team* OR "collaborative care" OR occupational therapies OR occupational therap* OR "Home Care Services"[Mesh:NoExp] OR "home care service" OR "home care services" OR "home care" OR "Domiciliary Care"

O: accidental fall OR "Health"[Mesh:NoExp] OR health[Title/Abstract] OR social participation OR activity of daily living OR ADL OR "self care" OR independent living OR aging in place OR quality of life OR life qualities OR personal satisfaction OR functional abilit* OR functionality

Embase

P: 'Aged'/de OR aged NEXT/1 patient* OR 'aged people' OR aged NEXT/1 person* OR elderly NEXT/1 patient* OR 'elderly people' OR elderly NEXT/1 person* OR 'frail elderly'/exp OR 'frail elderly' OR 'very elderly'/syn OR (functionally AND impaired AND elder*) OR (frail AND older AND adult*) AND 'primary health care'/syn OR 'primary care' OR 'community dwelling' OR independently

I: 'patient care'/de OR 'patient care' OR 'patient centered care' OR 'patient focused care' OR 'case management'/exp OR 'case management' OR 'patient care team' OR 'patient care teams' OR 'interdisciplinary health team' OR 'interdisciplinary health teams' OR 'health care team' OR 'health care teams' OR healthcareNEXT/1 team* OR 'collaborative care' OR 'occupational therapy'/syn OR occupationalNEXT/1 therap* OR 'rehabilitation'/de OR 'rehabilitation' OR 'geriatric rehabilitation'/exp OR 'geriatric rehabilitation' OR 'home care services' OR 'home care service' OR 'domiciliary care' OR 'functional training'/exp OR 'functional training' OR 'home rehabilitation'/exp OR 'home rehabilitation'

O: 'health'/de OR 'health:ti:ab' OR 'falling'/syn OR 'social participation'/exp OR 'social participation' OR 'daily life activity'/syn OR 'self care'/de OR 'self care' OR 'independent living'/syn OR 'independent living' OR 'quality of life'/de OR 'quality of life' OR 'life qualities' OR 'life satisfaction'/exp OR 'life satisfaction' OR 'functional status'/syn

Cinahl

P: ((MH "Frail Elderly") or (MH "Aged, 80 and Over") or functionally impaired elder* or frail older adult* or oldest old or nonagenarian* or octogenarian* or centenarian*) AND ((MH "Community Health Centers") or (MH "Primary health care") or (MH "Community Living") or (MH "Assisted Living"))

I: (MH "Patient Centered Care") or (MH "Multidisciplinary Care Team") or (MH "Case Management") or (MH "Patient Care Plans") or (MH "Patient Centered Care") or (MH "Continuity of Patient Care") or (MH "Collaboration") or (MH "Occupational therapy Assistants") or (MH "Occupational therapy") or "occupational therapies" or (MH "Home Health Care") or "home care services" or "Domiciliary Care" AND (MH "Accidental Falls") or (MH "Fall Prevention (Iowa NIC)") or (MH "Fall Risk (Saba CCC)") or (MH "Social Participation") or (MH "Activities of Daily Living") or (MH "Self Care") or "independent living" or (MH "Quality of Life") or (MH "Quality-Adjusted Life Years") or (MH "Personal Satisfaction") or (MH "Functional Status")

O: (MH "Accidental Falls") or (MH "Fall Prevention (Iowa NIC)") or (MH "Fall Risk (Saba CCC)") or (MH "Social Participation") or (MH "Activities of Daily Living") or (MH "Self Care") or "independent living" or (MH "Quality of Life") or (MH "Quality-Adjusted Life Years") or (MH "Personal Satisfaction") or (MH "Functional Status")

Psychinfo

P: (aged OR frail elderly OR frail elder* OR functionally impaired elder* OR frail older adult* OR aged, 80 and over OR oldest old OR Nonagenarian* OR octogenarian* OR centenarian*) AND (primary health care OR primary care OR primary healthcare OR community dwelling OR independently)

I: patient centered care OR Patient Focused Care OR case management OR Patient Care Team* OR interdisciplinary health team* OR health care team* OR healthcare team* OR collaborative care OR occupational therap* OR home care service* OR home care OR Domiciliary Care

O: Accidental fall OR Health OR social participation OR activity of daily living OR ADL OR self care OR independent living OR aging in place OR quality of life OR life qualities OR personal satisfaction OR functional abilit* OR functionality

OTseeker

P: "Primary health care" or "primary healthcare" or "community dwelling"

Bijlage 3: Geëxcludeerde studies met redenen voor exclusie

Reason exclusion Reference	Population	Intervention	Outcome	Study design
Adair et al., 2013	Focused on adults with specific diseases	Physiotherapy; no occupational therapy included	Amount of evidence based goals	
Ashburn et al., 2007	Focused on Parkinson's diseases	Physiotherapy; no occupational therapy included		
Beland et al., 2006			Admission, utilization and cost	
Bonnefoy et al., 2012		A self-administered exercise program, with 10 g amino-acid supplementation under the supervision of home helpers; no occupational therapist included	excessive sedentariness	
Boult et al., 2001		By gerontological nurse practitioner, social worker, primary physician, geriatrician and nurse.; no occupational therapists included		
Boult et al., 2008		By guided care nurse; no occupational therapists included	Quality of health care	
Boult et al., 2011		By primary care physicians; no occupational therapist included	Use of health services	
Boult et al., 2013		By geriatrician, gerontological nurse practitioner and social worker; no occupational therapist included		
Bouman et al., 2008a		By home nurse, no occupational therapist included	Health care use and associated costs	
Boumans et al., 2008b		By home nurse, no occupational therapist included		

Boyd et al., 2009		By registered nurse and physician, no occupational therapists included	Patient reported quality of chronic illness care	
Bula et al., 1999		By gerontological nurse practitioners; no occupational therapy included		
Cameron et al., 2013		By physiotherapist, geriatrician, rehabilitation physician, nurse and dietician; no occupational therapist included		
Chan et al., 2012	People ≥ 45 years, following an acute cardiac admission.			
Chumbler et al., 2004	primary diagnoses of hypertension, diabetes, respiratory disease, or heart disease			Case control design
Clark et al., 1997				Data-collection by self-administered questionnaires
Courtney et al., 2012	Hospitalized elderly			
Dalby et al., 2000		Preventive home visits by nurse; no occupational therapist included		
Elley et al., 2008		No description of the components of the occupational therapy intervention		
Espeland et al., 2007			To describe how data have been used to address design issues	

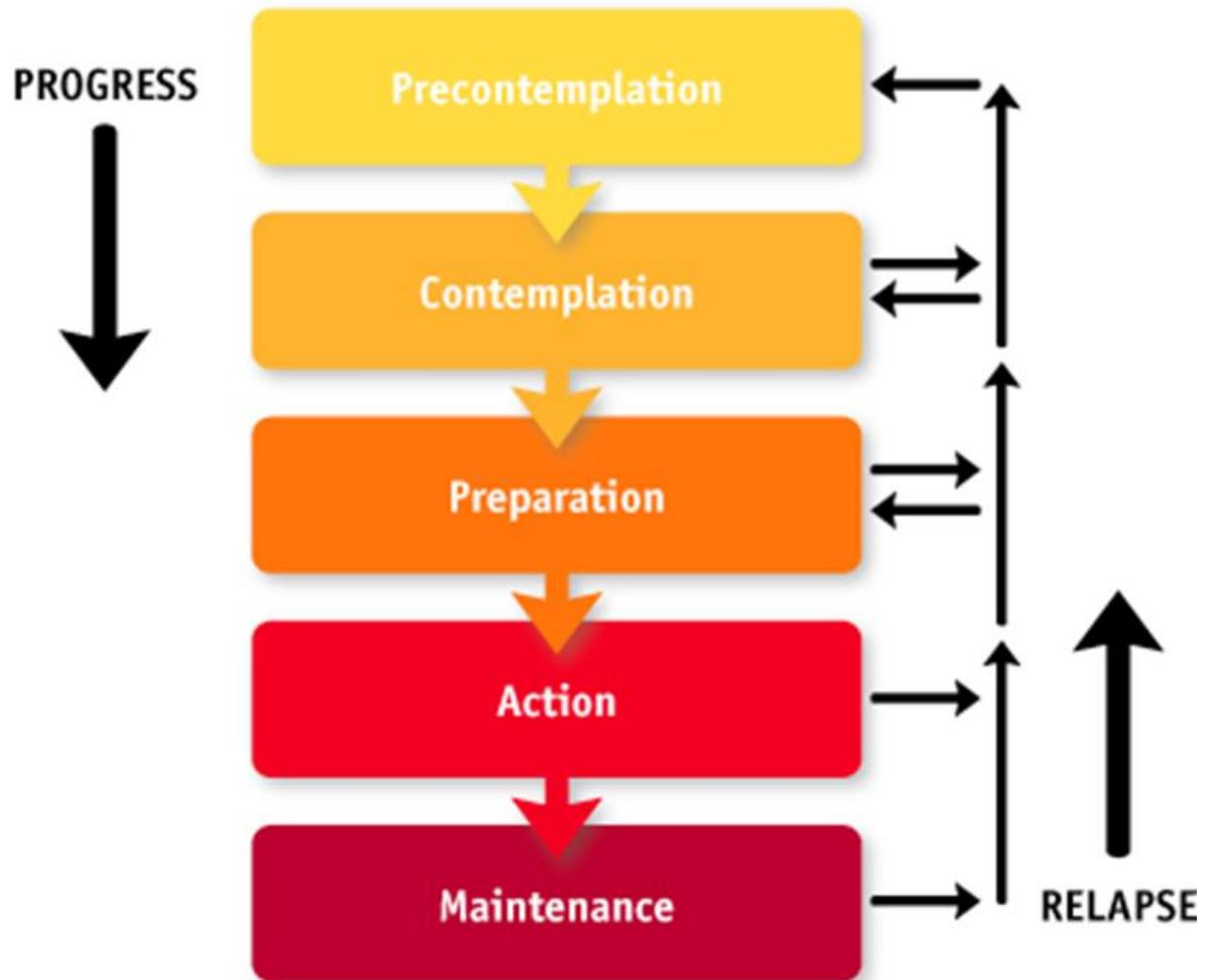
Favela et al., 2013		nurse home visits including alert buttons; no occupational therapist included	nurse home visits alone	
Freiberger et al., 2013		fall prevention program guided by physiotherapist or an university trained sport scientist acting as exercise instructor (trainer); no occupational therapist included		
Freiberger et al., 2012		fall prevention program guided by physiotherapist or university trained sport scientist acting as exercise instructor (trainer); no occupational therapist included		
Frese et al., 2012		Home visits with comprehensive Geriatric assessment by medical student; no occupational therapist included	Mortality and time able to stay in the community	
Giné et al., 2010		FCT program that focused on functional balance and lower body strength-based exercises; no occupational therapist included		
Gitlin et al., 2006				Preliminary findings
Gitlin et al., 2009			Mortality	
Gray et al., 2010			Cost-effectiveness and the net benefit to society	
Greenspan et al., 2007		Tai Chi; no occupational therapist included		
Gustafsson et al., 2012			Insufficient data	
Hebert et al., 2001		Assessment by nurse; no occupational therapist included		
Hendriks et al., 2008a				Process evaluation indicates gaps in the follow-up of the protocol

Hendriks et al., 2008b			Cost-effectiveness	
Henry et al., 1998		2 , 5, or 8 exercises prescribed by internal medicine physician; no occupational therapist included		
Hinkka et al., 2007		Intervention at geriatric rehabilitation center; not at home		
Hoggan et al., 2001		No intervention; only consultation with advices		
Hogg et al., 2009		Nurse practitioners and pharmacists; no occupational therapist included working with family physicians		
Hulya et al., 2007	Nursing home elderly	Supervised group exercise; no occupational therapist included		
Isaacs et al., 2007	Adults	Supervised exercise classes; no occupational therapist included		
King et al., 2011				Data collection by interviewing
Kristensson et al., 2009		Case management by nurses; no occupational therapist included	Life satisfaction	
Lannin et al., 2007	Pre-discharge patients			
Lewis et al., 2012				Descriptive study
Luukinen et al., 2006		Detailed description of components physiotherapy intervention, no description of occupational therapy intervention		
Luukinen et al., 2007		Detailed description of components physiotherapy intervention, no description of occupational therapy intervention		
The Life Study Inverstigators, 2006		Health workshops and physical activity intervention; no occupational therapist included		
McGregor et al., 2011	(diabetis and/or heart disease) and coexisting depression.	By primary care physicians and nurse care managers; no occupational therapist included	depression	

Melis et al., 2008		By nurse, geriatrician, and general practitioner; no occupational therapist included	Commitment of patients and primary care physicians	
Pinto et al., 2005		Brief advice to exercise from a clinician supplemented by telephone-based counseling by health educators; no occupational therapist included		
Ploeg et al., 2009				Data collection by self-rating
Spice et al., 2009		Standardized intervention assessments; no protocol for further management		
Steinberg et al., 1999	75% younger than 75			
Stevens et al., 2001		Interventions by nurses		
Stewart et al., 2005			Level of community dependency; service costs	
Stuck et al., 2014a		Interventions by gerontological nurses		
Stuck et al., 2014b		Interventions by gerontological nurses		
Van 't Veer-Tazelaar et al., 2006				Study protocol
The writing group for the activity counseling trial research group, 2014	Adults	Physical activity		
Toraman et al., 2004		Three sessions per week of walking, strengthening, and flexibility exercises; no occupational therapist included		
Van Hooren et al., 2007	People aged 55 years and older with	A structured 6-week neuropsychological course on the executive functioning of older		

	complaints about cognitive functioning	adults with cognitive complaints; no occupational therapist included		
van Hout et al., 2010		Proactive home visits by trained community nurses; no occupational therapy included		
Vass et al., 2004	Primary care professionals	Education of primary care professionals		
Von Korf et al., 2011	Patients with diabetes or coronary heart disease, or both, and blood pressure	By nurses and primary care physicians; no occupational therapist included		
Zimmer et al., 1985	Homebound chronically or terminally ill elderly	Physician, nurse practitioner, and social worker; no occupational therapist included		

Bijlage 4: TransTheoretisch Model van gedragsverandering



(Prochaska en DiClemente, 1983)

Bijlage 5: Informed consent oudere personen

INFORMATIE EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE OUDERE PERSOON

Titel van de studie:

Evidence based Occupational Therapy in Primary Health Care.

Effects of Occupational Therapy on the functionality of community dwelling elderly

Opdrachtgevers van de studie:

Steunpunt Welzijn, Volkgezondheid en Gezin, Kapucijnenvoer 39 postbus 5310, 3000 Leuven

Onderzoeksinstelling:

Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde (ACHG) KULeuven

Ethisch comité:

Commissie Medische Ethiek UZ Leuven.

Hoofdpromotor en onderzoeker:

- Prof dr. B. Aertgeerts, diensthoofd ACHG – KU Leuven
- Drs Leen De Coninck, onderzoeker ACHG – KU Leuven



Leuven, datum

Mevrouw, Mijnheer,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie betreffende de functionaliteit van de oudere persoon. Het doel van deze studie wordt u toegelicht en kan u nadien tevens nalezen in dit document. U kunt steeds vragen stellen bij onduidelijkheden of wanneer u meer inlichtingen wenst.

Inleiding:

Heel wat ouderen worden geconfronteerd met beperkingen in het dagelijks handelen zoals minder vlot bewegen. Deze veranderingen kunnen een invloed hebben op de levenskwaliteit, maar dat hoeft niet zo te zijn. Elke persoon ervaart deze verouderingsverschijnselen op zijn manier en gaat daar ook individueel anders mee om.

Doel van deze studie:

Met deze studie willen we nagaan hoe personen op leeftijd het dagelijks functioneren ervaren en hoe ze er mee omgaan.

Waarom word ik gekozen?

De personen die in aanmerking komen zijn ouderen die thuiswonend zijn, al dan niet samen met derden, geconfronteerd worden met chronische ouderdomsverschijnselenaandoeningen en in staat zijn te communiceren in het Nederlands. U voldoet aan de vooropgestelde criteria en werd voorgesteld door een lid van het onderzoeksteam.

Ben ik verplicht deel te nemen?

U beslist vrijwillig of u wil deelnemen of niet. Wanneer u beslist deel te nemen, kan u op elk ogenblik uw toestemming intrekken en hoeft u hiervoor geen reden te geven.

Wat gebeurt er wanneer ik deelneem?

Indien u deelneemt, hebben wij uw schriftelijke toestemming nodig en zal u gevraagd worden een toestemmingsformulier te ondertekenen. Indien u hier echter problemen bij ondervindt, mag u dit overlaten aan uw wettelijke vertegenwoordiger of een door u aangeduid familielid.

Wat zijn de mogelijke nadelen en risico's van mijn deelname?

Er zijn geen risico's of nadelen verbonden aan de studie.

Wat zijn de mogelijke voordelen van mijn deelname?

U zult geen direct voordeel hebben bij uw deelname. Er is geen financiële vergoeding voor u voorzien. Door de informatie die u geeft proberen we de hulpverleners in de thuiszorg te adviseren, zodat therapeutische interventies in de toekomst nog kwaliteitsvoller verlopen.

Zal mijn deelname aan deze studie vertrouwelijk blijven?

Alle gegevens die over u verzameld worden in het kader van deze studie zullen door alle medewerkers en betrokkenen vertrouwelijk behandeld worden zoals bepaald in de “wet op de bescherming van persoonsgegevens”.

Wat zal er gebeuren met de resultaten van de studie?

De resultaten zullen gebruikt worden in het kader van een wetenschappelijke studie. De gegevens worden anoniem verwerkt. Uw identiteit zal in geen geval worden vrijgegeven.

Het is mogelijk dat de verwerkte resultaten gepubliceerd worden in een wetenschappelijk tijdschrift.

Wie organiseert en ondersteunt de studie?

Deze studie wordt uitgevoerd door een onderzoeksteam van de KULeuven onder leiding van Prof Dr Bert Aertgeerts (Academisch Centrum voor huisartsgeneeskunde, KULeuven).

Wie heeft deze studie gecontroleerd?

Deze studie is ter goedkeuring voorgelegd aan de Commissie voor Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen in Leuven. Het is de taak van deze commissie om na te gaan of aan alle voorwaarden betreffende de veiligheid en vrijwaring van de rechten worden voldaan. De Commissie heeft geen bezwaren kenbaar gemaakt tegen de uitvoering van deze studie. Deze studie is in overeenstemming met de bepaling van art. 29 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Dank u voor het lezen van deze informatie.

U kunt altijd contact opnemen met Leen De Coninck, uitvoerder van het onderzoek.

Tel: 016/37 77 65

Email: leen.deconinck@kuleuven.be



Toestemmingsformulier onderzoek

‘Evidence based ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het effect van ergotherapie op de functionaliteit van de thuiswonende oudere persoon.’

1. Ik bevestig dat ik de informatie over deze studie gelezen en begrepen heb en dat ik de kans heb gekregen om vragen te stellen.
2. Ik verklaar dat ik vrijwillig deelneem aan bovengenoemde studie. Ik begrijp dat ik te allen tijde kan weigeren om deel te nemen, zonder een reden op te geven.
3. Ik ga akkoord om deel te nemen aan deze studie.

De respondent:

.....
Naam	Datum	Plaats	Handtekening

De onderzoeksmedewerker:

.....
Naam	Datum	Plaats	Handtekening

Bijlage 6: Interviewgids oudere personen

Icebreaker

Neutral expression regarding the housing situation.

Level of activity/participation

Please, describe how an average day for you looks like. What types of activities do you do? What activities in the community do you participate at?

Determining factors in general

- What facilitates you in doing these activities/participating? (attitude, mental limitations, physical limitations, influence of environment, ...)
- What stops you from doing these activities/participating? (attitude, mental limitations, physical limitations, influence of environment, ...)
- How important are the influences of other people (family, friends, ...) on you being active?

Determining factor 'Self efficacy'

- How did activity/participating change for you over the years? What types of activity did you do/what activities did you participate in the past?
- Why don't you do them anymore? What are conditions to do them again?
- What is your attitude to aid? Do you have support? If you need support in future, what are you thinking of?

Demographic characteristics

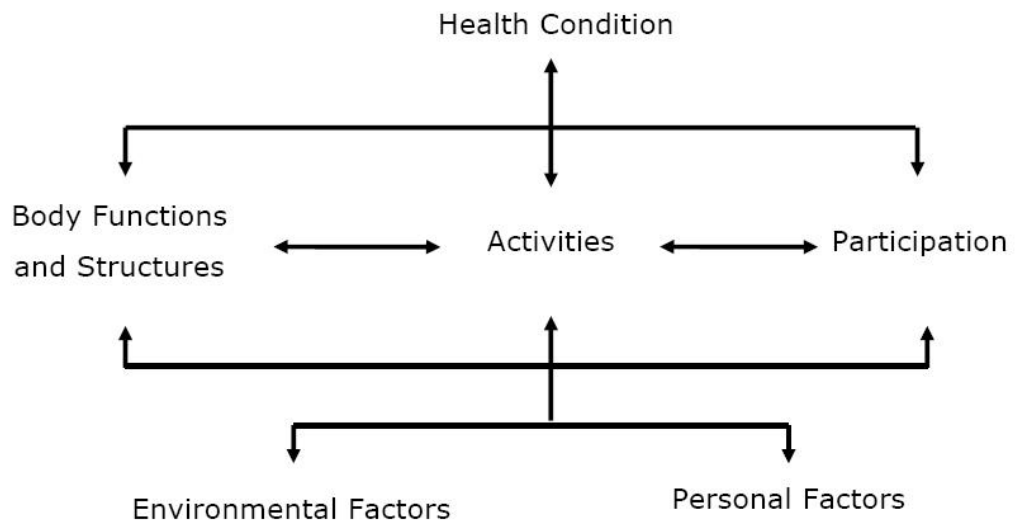
- What's your age?
- What kind of work did you do before your retirement?
- How would you describe your general health? Do you have any health issues?

Closure

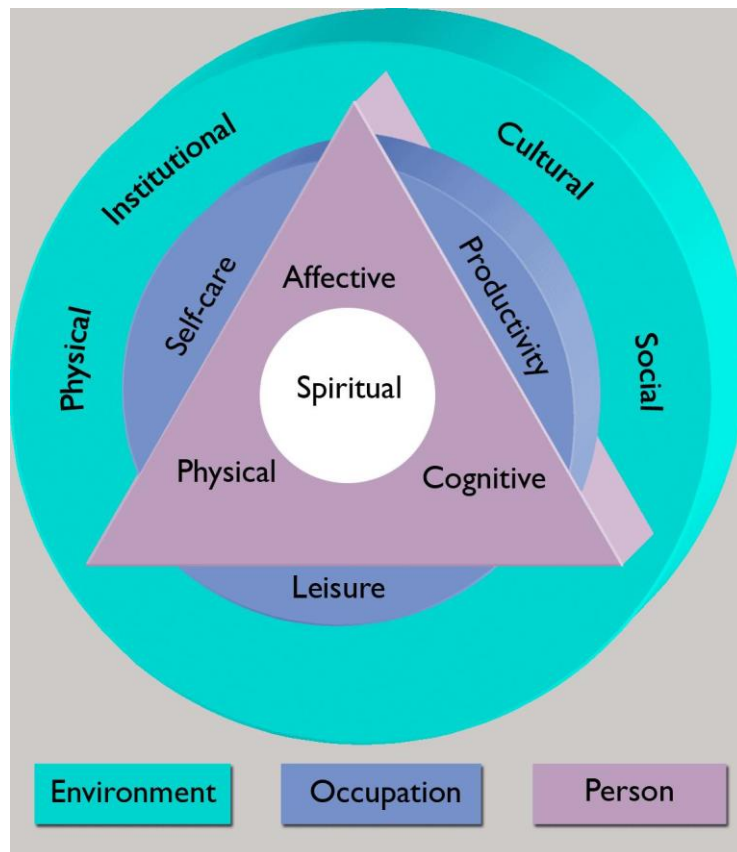
Do you want to add something?

Bijlage 7: Gebruikte modellen voor het conceptualiseren van het analyseschema

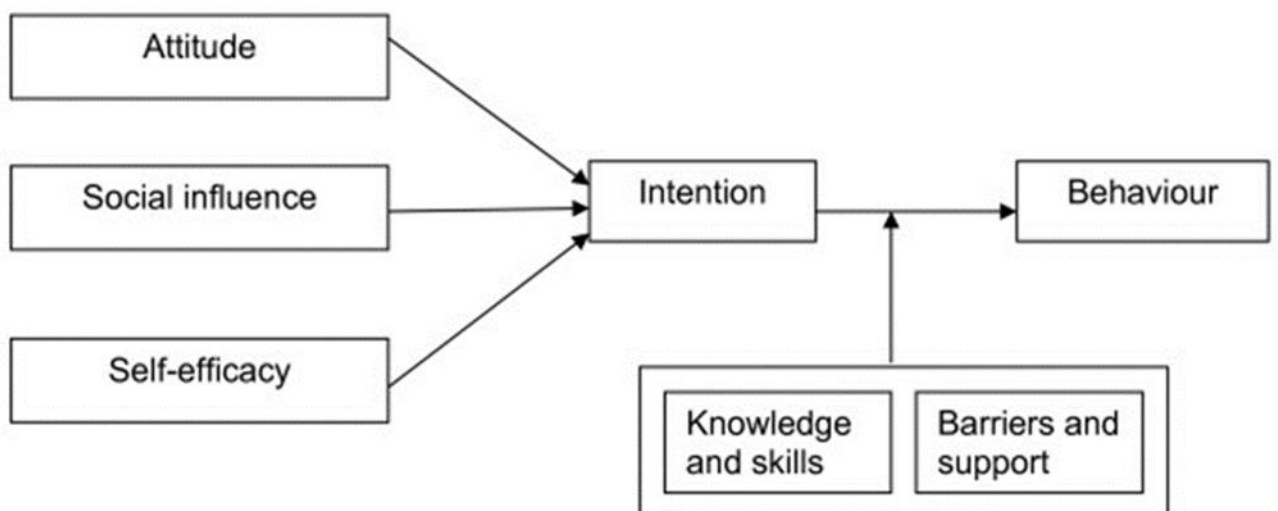
International Classification of Functioning, disability and health (WHO, 2001)



CMOP-e (CAOT, 2013)



ASE-model (de Vries, 1998)



Bijlage 8: Informed consent hulpverleners

INFORMATIE EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE HULPVERLENER

Titel van de studie:

Evidence based Occupational Therapy in Primary Health Care.

Effects of Occupational Therapy on the functionality of community dwelling elderly

Opdrachtgevers van de studie:

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Kapucijnenvoer 39 postbus 5310, 3000 Leuven

Onderzoeksinstelling:

Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde (ACHG) KULeuven

Ethisch comité:

Commissie Medische Ethiek UZ Leuven.

Hoofdpromotor en onderzoeker:

- Prof dr. B. Aertgeerts, diensthoofd ACHG – KU Leuven
- Drs Leen De Coninck, onderzoeker ACHG – KU Leuven

Leuven, datum

Mevrouw, Mijnheer,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan de studie 'Evidence based Occupational Therapy in Primary Health Care. Effects of Occupational Therapy on the functionality of community dwelling elderly'.

Wij verzoeken u vriendelijk deze informatiebrief zorgvuldig te lezen voordat u beslist of u al dan niet zal deelnemen. U kunt steeds vragen stellen bij onduidelijkheden of wanneer u meer inlichtingen wenst.

Inleiding

Een multiple chronische problematiek is kenmerkend voor de kwetsbare ouder. Deze complexe problematiek vereist een multidisciplinaire aanpak. Deze multidisciplinaire aanpak kan verschillende vormen aannemen en is afhankelijk van contextuele factoren.

In de eerstelijnsgezondheidszorg is een multidisciplinaire samenwerking echter niet altijd evident. Deze studie wil daarom wetenschappelijk onderbouwde adviezen formuleren om de kwaliteit van samenwerking rond de thuiswonende kwetsbare oudere te verhogen.

Deze studie wordt uitgevoerd door een onderzoeksteam van het Academisch Centrum voor Huisartseneeskunde van de KULeuven en dit onder leiding van Prof. Dr. Bert Aertgeerts.

Doel van deze studie

Binnen het onderdeel van de studie waarvoor u geselecteerd wordt, willen we nagaan wat de perceptie is van de hulpverlener aangaande de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg en omtrent het gebruik van informatietechnologie als ondersteunende factor hierbij.

Selectie respondenten en deelname

U wordt geselecteerd omdat u behoort tot één van de beroepsgroepen die in contact kan komen met kwetsbare ouderen in de thuiszorg.

De deelname aan dit onderzoek is uw vrije keuze. Wanneer u beslist deel te nemen, kan u op elk ogenblik uw toestemming intrekken zonder hiervoor een reden te moeten opgeven.

Procedure

Indien u beslist om deel te nemen zal u een informed consent voorgelegd worden. Na het tekenen van dit document zal van u een interview afgenomen worden. Dit interview wordt op audiotape opgenomen. Na verwerking van de gegevens wordt de audiotape vernietigd.

Alle gegevens worden anoniem verwerkt.

Voordelen of nadelen verbonden aan deze studie

Er zijn geen risico's of nadelen verbonden aan de studie, maar u zal ook geen direct voordeel hebben bij uw deelname. Er is geen financiële vergoeding voor u voorzien.

Het indirecte voordeel van deze studie is dat u kan bijdragen tot het verhogen van de kwaliteit van zorg in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Vertrouwelijkheid

Alle gegevens die verzameld worden in het kader van deze studie worden vertrouwelijk behandeld zoals bepaald in de "wet op de bescherming van persoonsgegevens".

Output

De resultaten worden gebruikt in het kader van een wetenschappelijke studie en zullen gepubliceerd worden in een wetenschappelijk tijdschrift. De identiteit van de respondenten wordt in geen geval vrijgegeven.

Commissie Medische Ethiek

Deze studie is ter goedkeuring voorgelegd aan de Commissie voor Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen in Leuven. Het is de taak van deze commissie om na te gaan of aan alle voorwaarden betreffende de veiligheid en vrijwaring van de rechten worden voldaan. De Commissie heeft geen bezwaren kenbaar gemaakt tegen de uitvoering van deze studie. Deze studie is in overeenstemming met de bepaling van art. 29 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Dank u voor het lezen van deze informatie.

U kan altijd contact opnemen met Leen De Coninck, uitvoerder van het onderzoek.

Tel: 016/37 77 65

Email: leen.deconinck@kuleuven.be

Toestemmingsformulier onderzoek

'Evidence based Occupational Therapy in Primary Health Care. Effects of Occupational Therapy on the functionality of community dwelling elderly'

1. Ik bevestig dat ik de informatie over deze studie gelezen en begrepen heb en dat ik de kans heb gekregen om vragen te stellen.
2. Ik verklaar dat ik vrijwillig deelneem aan bovengenoemde studie. Ik begrijp dat ik te allen tijde kan weigeren om deel te nemen, zonder een reden op te geven.
3. Ik ga akkoord om deel te nemen aan deze studie.

De respondent:

.....
Naam Datum Plaats Handtekening

De onderzoeksmedewerker:

.....
Naam Datum Plaats Handtekening

Bijlage 9: Interviewgids hulpverleners

Introduction

Purpose of the interview and estimated duration

Request for help and assistance

What are the most common needs that you hear from elderly people with chronic health problems?

For what kind of requests do you refer to colleagues? To whom?

Collaboration

Do you find that it is desirable to work with other professions regarding the target group elderly people with chronic health problems?

What do you see as factors for a successful collaboration? Which criteria should be met for a successful collaboration?

What can be improved regarding collaboration?

Data sharing

What kind of information about your client do you want to receive from other health professionals? What exactly from whom?

What do you think is the most efficient way to get this information?

Electronic data sharing

What do you think are the advantages and disadvantages of electronic data sharing?

Can you share electronic data to other health professionals? To whom and what kind of data do you already share?

In your opinion, what needs to be changed in order to share electronic data efficiently?

Occupational therapy

Do you know the task of the occupational therapist in primary health care? (if they don't know, explanation)

What can be advantages of implementing occupational therapy systematically in primary health care? Disadvantages?

Closure

Do you want to add something? Thanking for participating.