

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 Geriatriesch 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.