



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Revalidatiewetenschappen

Master in de ergotherapeutische wetenschap

Masterthesis

Barrières en facilitatoren voor de implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon' binnen de Vlaamse zorgcontext

Oona De Vos

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van Master in de ergotherapeutische wetenschap

PROMOTOR :

Prof. dr. Daphne KOS

COPROMOTOR :

Mevr. LEEN DE CONINCK



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2024
2025



Faculteit Revalidatiewetenschappen

Master in de ergotherapeutische wetenschap

Masterthesis

Barrières en facilitatoren voor de implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon' binnen de Vlaamse zorgcontext

Oona De Vos

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van Master in de ergotherapeutische wetenschap

PROMOTOR :

Prof. dr. Daphne KOS

COPROMOTOR :

Mevr. LEEN DE CONINCK



Master of Science in de
Ergotherapeutische wetenschap

**Barrières en facilitators voor de implementatie van de richtlijn
'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale
participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere
persoon' binnen de Vlaamse zorgcontext.**

Oona De Vos

Masterproef ingediend tot het verkrijgen van de graad van
Master of Science in de ergotherapeutische wetenschap

Promotor: prof. dr. Kos Daphne
Copromotor: De Coninck Leen
Academiejaar 2024-2025

Abstract

Inleiding: Door de toename van het aantal oudere personen en het aantal oudste oudere personen stijgt de vraag naar eerstelijnszorg op maat. In 2023 werd een richtlijn voor ergotherapie gevalideerd door Cebam, gericht op het bevorderen van functioneel handelen en sociale participatie bij thuiswonende, fysiek kwetsbare ouderen. Hoewel de richtlijn evidence-based is, verloopt de implementatie in de praktijk vaak moeizaam. Deze studie onderzoekt welke barrières en facilitators eerstelijns ergotherapeuten ervaren bij de implementatie ervan binnen de Vlaamse thuiszorg.

Methodologie: Er is een *mixed methods* onderzoeksdesign toegepast: een kwantitatieve survey (n = 13) bracht de huidige implementatiestatus in kaart, gevolgd door een tweede vragenlijst over prioritaire aanbevelingen, barrières en facilitators (n = 3). Tot slot werden semigestructureerde interviews afgenomen (n = 4) om dieper in te gaan op ervaren barrières, facilitators en contextuele factoren. De participanten binnen dit onderzoek waren ergotherapeuten in de eerste lijn. De interviews werden thematisch geanalyseerd met NVivo.

Resultaten: Slechts 28,2% van de aanbevelingen uit de richtlijn worden momenteel volledig geïmplementeerd. Vooral aanbevelingen met betrekking tot interprofessionele samenwerking, geriatrische beoordeling en doorverwijzing vanuit ziekenhuizen worden aangegeven als prioritair en onvoldoende toegepast in de huidige praktijk. Barrières situeren zich op verschillende niveaus: tijdsdruk, onbekendheid van het beroep ergotherapie, beperkte samenwerking, gebrek aan structurele ondersteuning en afwezigheid van terugbetaling. Daartegenover staan facilitators zoals educatie, zorgcoördinatie, multidisciplinaire samenwerking en het gebruik van digitale platforms.

Conclusie: De bevindingen benadrukken de nood aan een context specifieke en multidimensionale aanpak voor implementatie. Er is behoefte aan structurele verankering van ergotherapie binnen de eerstelijnszorg, ondersteund door beleid, praktijkorganisaties en opleidingen. Deze studie biedt concrete handvatten voor het ontwikkelen van praktijkgerichte

strategieën om de richtlijn duurzaam te integreren in de zorg voor fysiek kwetsbare, thuiswonende ouderen.

Inhoudstafel

Abstract	3
Inhoudstafel.....	5
Woord vooraf.....	7
Situering.....	1
1. Inleiding	2
2. Methode	6
2.1 Steekproef	6
2.2 Selectieprocedure	6
2.3 Kwantitatieve dataverzameling.....	7
2.4 Kwalitatieve dataverzameling	7
2.5 Data-analyse.....	8
2.6 Kwantitatieve deelstudie	8
2.7 Kwalitatieve deelstudie.....	9
2.8 Ethische procedure	9
5. Resultaten.....	11
5.1 Mate van implementatie van de aanbevelingen (1a)	11
5.1.1 Demografische gegevens	11
5.1.2 Responsen	11
5.2 Barrières, facilitators en meest prioritaire aanbevelingen van de nog niet geïmplementeerde aanbevelingen (1b)	12
5.3 Verdiepende interviews met betrekking tot implementatie.....	13
5.3.1 Demografische gegevens	13
5.3.2 Prioritaire aanbevelingen.....	14

5.3.3	Agendapunten	15
5.3.4	Barrières en facilitators	16
6.	Discussie	19
7.	Conclusie	23
8.	Referenties	24
9.	Bijlagen	0
9.1	Bijlage 1: Vijfstappenmodel Sanne Peters	0
9.2	Bijlage 2: Vragenlijst 1a: Huidige implementatie van de aanbevelingen	1
9.3	Bijlage 3: Vragenlijst 1b: Barrières en facilitators	19
9.4	Bijlage 4: Interviewgids	21
9.5	Bijlage 5: Codeboom	22
9.6	Bijlage 6: Resultaten vragenlijst 1a	27
9.7	Bijlage 7: Prioritaire aanbevelingen vragenlijst 1b	31
9.8	Bijlage 8: Gebruik GenAI	32

Woord vooraf

Met deze masterproef rond ik een belangrijk hoofdstuk van mijn opleiding tot master in de ergotherapie af. Dit was niet alleen een academische uitdaging, maar ook een persoonlijk groeiproces. Het traject dat ik de voorbije jaren heb afgelegd, was er een van groei en doorzetting. Deze masterproef weerspiegelt niet alleen mijn interesse in het thema van kwetsbare ouderen, maar ook mijn verlangen om als toekomstig ergotherapeut bij te dragen aan een meer toegankelijke en kwaliteitsvolle eerstelijnszorg.

Het onderwerp van deze masterproef ligt me nauw aan het hart en ik ben dankbaar dat ik de kans kreeg om er op deze manier zo diep in te duiken. Tijdens stages en gesprekken met collega's werd het mij steeds duidelijker dat er nog heel wat onbenut potentieel schuilt in het werk van ergotherapeuten binnen de ouderenzorg en de eerstelijnszorg in het bijzonder. De richtlijn die in deze studie centraal staat, biedt een belangrijke houvast, maar de kloof tussen theorie en praktijk blijkt vaak groot. Dit fascineerde mij en vormde het vertrekpunt voor mijn onderzoek.

Deze masterproef kwam niet tot stand zonder de hulp en steun van velen. Ik wil allereerst mijn dank uitspreken aan mijn promotor en copromotor, die mij met hun expertise, feedback en betrokkenheid door dit onderzoekstraject begeleid hebben. Hun kritische blik en persoonlijke opvolging gaven mij telkens de nodige richting. Ik werd steeds, aan de hand van lichte bijsturingen, aangemoedigd om zelf kritisch naar mijn werk te kijken.

Verder wil ik de ergotherapeuten bedanken die ondanks hun drukke agenda tijd maakten om deel te nemen aan dit onderzoek, zowel via de vragenlijsten als via de interviews. Hun openheid, inzichten en praktijkervaring waren van onschatbare waarde voor de inhoud van deze masterproef. Dankzij hun bereidwilligheid en openheid werd deze masterproef gedragen door de praktijk waarvoor ze bedoeld is.

Dank ook aan mijn vrienden en familie voor hun steun, luisterend oor, feedback en hun geduld tijdens momenten waarop ik vooral met mijn hoofd bij het onderzoek zat. In het bijzonder wil ik mijn vriend bedanken, met wie ik deze opleiding samen heb mogen volgen. Zijn aanmoediging, steun en begrip maakten het verschil in de drukste en meest stressvolle periodes.

Tot slot wil ik mijn ouders bedanken. Zonder hun onvoorwaardelijke steun en vertrouwen had ik dit traject nooit op deze manier kunnen volbrengen.

Deze masterproef sluit mijn academisch traject af, maar opent tegelijkertijd de deur naar een toekomst als ergotherapeut met een kritische blik en een nog steviger fundament. Ik kijk met voldoening terug op dit proces en ben trots op het resultaat, maar nog meer op de weg die ik heb afgelegd.

Situering

Deze masterproef kadert binnen het onderzoeksdomein van de revalidatiewetenschappen, specifiek de ergotherapeutische wetenschappen. De studie werd uitgevoerd in het kader van de opleiding 'Master in de ergotherapeutische wetenschappen' aan de KU Leuven en sluit aan bij actuele ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg en het streven naar kwaliteitsvolle, geïntegreerde zorg voor ouderen. Binnen deze context focust het onderzoek op de toepassing van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon', die in 2023 gevalideerd werd door Cebam.

De masterproef beoogt bij te dragen aan de duurzame integratie van deze richtlijn in de Vlaamse zorgcontext. Daarvoor werd er onderzocht welke barrières en facilitators eerstelijns-ergotherapeuten ervaren bij de implementatie ervan. Er werd gewerkt naar volgende onderzoeksvraag: "Wat zijn de barrières en facilitators die eerstelijns-ergotherapeuten ervaren bij de implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van functionaliteit en sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon' binnen de Vlaamse zorgcontext?"

Deze studie is een op zichzelf staand project, maar vormt tegelijk de eerste stap in een breder onderzoeksproces. Op basis van de verzamelde data zal een tweede masterproef volgen in het daaropvolgende academiejaar. Beide onderzoeken zullen samen de basis vormen voor het ontwikkelen van een implementatieplan voor de betrokken richtlijn.

De masterproef werd uitgevoerd aan de KU Leuven. De onderzoeksvraag werd geformuleerd in samenspraak met de copromotor en het onderzoek werd grotendeels zelfstandig door de student uitgevoerd, onder begeleiding van de promotor en copromotor.

1. Inleiding

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschrijft veroudering als gezond wanneer het verouderingsproces de functionele mogelijkheden van individuen behoudt, zodat zij welzijn kunnen ervaren in hun latere levensjaren (Rudnicka et al., 2020). Tussen 2023 en 2070 zal de Belgische bevolking met ongeveer 10% stijgen, met een sterke groei in het aandeel ouderen (Kondi et al., 2025).

Naarmate mensen ouder worden, neemt de kans op chronische aandoeningen toe. Dit leidt tot een grotere behoefte aan zorg en ondersteuning, zowel op fysiek als op emotioneel vlak. Dit draagt bij aan een stijging van de werkdruk in de zorgsector, zeker in combinatie met een tekort aan personeel (Vlaamse overheid, 2024).

Naast de maatschappelijke impact is er op individueel niveau bij ouderen vaak sprake van het verlies van functionele capaciteiten. Deze afname van fysieke en mentale capaciteiten beïnvloedt hun vermogen om zelfstandig te functioneren, wat tot een verminderde sociale participatie kan leiden. Onderzoek toont aan dat sociaal isolement en een gebrek aan sociale interactie vaak voorkomen bij oudere volwassenen die lijden aan chronische aandoeningen (Abdi et al., 2019). De WHO benadrukt daarom het belang van een ondersteunende leefomgeving (Rudnicka et al., 2020).

Ergotherapie kan hierin een sleutelrol spelen (De Coninck et al., 2017). Ergotherapeuten ondersteunen mensen bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, met het oog op behoud van zelfstandigheid en participatie. Ze analyseren zowel activiteiten als de omgeving en stellen gepersonaliseerde interventies op die bijdragen aan levenskwaliteit en maatschappelijke betrokkenheid (De Coninck et al., 2017; Nielsen et al., 2019; Warner et al., 2019; World Federation of Occupational Therapists, 2018).

Om die zorg doelgericht en uniform te kunnen aanbieden, is het belangrijk dat ergotherapeuten gebruik maken van evidence-based richtlijnen. In 2023 werd de richtlijn “Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon” gevalideerd door Cebam (De Coninck et al., 2023). De richtlijn bestaat uit 71

aanbevelingen, gelinkt aan vijf klinisch vragen die peilen naar doorverwijzing naar ergotherapie, ergotherapeutische evaluatie, doelbepaling, ergotherapeutische interventies en bijdrage aan geïntegreerde zorg (De Coninck et al., 2023).

De doelgroep bestaat uit fysiek kwetsbare, thuiswonende ouderen met een verhoogd risico op functieverlies door aan ouderdom gerelateerde aandoeningen. Kwetsbaarheid ("frailty") wordt gekenmerkt door verminderde fysiologische reserve en weerstand tegen stressoren, wat leidt tot negatieve gezondheidsuitkomsten zoals ziekenhuisopnames of verlies van autonomie (Fried et al., 2001). Deze kwetsbaarheid beïnvloedt niet alleen de oudere zelf, maar verhoogt ook de draaglast bij mantelzorgers.

De richtlijn streeft naar het verbeteren en behouden van dagelijkse functionaliteit en participatie, omschreven door de WHO als 'alle handelingen die een persoon stelt in het kader van zelfredzaamheid op vlak van BADL en IADL (WHO, 2001). Dit heeft een directe impact op de zelfstandigheid van de ouderen en een indirecte impact op de druk op het zorgsysteem (De Coninck et al., 2023).

Een richtlijn heeft tot doel de klinische besluitvorming binnen het (ergotherapeutisch) behandelingsproces (van detectie tot en met follow up) en de interprofessionele samenwerking te ondersteunen. Een richtlijn heeft niet tot primair doel om beleidsbeslissingen of zorgpaden te onderbouwen maar kan, waar relevant, hiervoor wel worden ingezet (De Coninck et al., 2023). De richtlijn van De Coninck (2023) heeft tot doel om het dagelijks functioneren en de sociale participatie van fysiek kwetsbare oudere personen te verbeteren, op niveau te houden en/of terugval tegen te gaan. Optimalisering van het dagelijks functioneren en sociale participatie heeft een impact op de autonomie en het zelfstandig thuis blijven wonen van de fysiek kwetsbare oudere persoon, op de draaglast van de mantelzorger en op de nood aan professionele zorg (De Coninck et al., 2023).

Hoewel de implementatie van richtlijnen, zoals die voor ergotherapie, kan bijdragen aan een betere afstemming van zorg op de behoeften van oudere personen, wordt de uitvoering vaak bemoeilijkt door een gebrek aan middelen en ondersteuning (Peters et al., 2020). Volgens Peters et al. (2020) is het tekort aan toepassen van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek in de

eerstelijnszorg een veelvoorkomend probleem. Om de weerstand tegen verandering te beperken, moet de richtlijn toepasbaar zijn op de lokale context. Wanneer zorgverleners niet betrokken zijn bij het adaptatieproces, kan dit leiden tot een gebrek aan eigenaarschap en motivatie om de richtlijnen daadwerkelijk toe te passen (Doris Grinspun & Registered Nurses' Association of Ontario, 2012). Een systematische en context specifieke implementatiestrategie is daarom essentieel. Volgens de implementatiewetenschappen (Grol & Wensing, 2004) moet bij de ontwikkeling van zulke strategieën rekening gehouden worden met zowel barrières als faciliterende factoren.

In dit kader ontwikkelde Peters et al. (2020) een vijfstappenmodel dat specifiek gericht is op de Belgische eerstelijnszorg (zie bijlage 1). Op basis van de toolkit van de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) in combinatie met andere modellen, presenteert Sanne Peters in haar artikel een vijfstappenbenadering voor richtlijnimplementatie die specifiek gericht is op de context van de eerstelijnszorg in België. Peters' aanpak is meer gericht op de lokale behoeften van zorgprofessionals en benadrukt de noodzaak van samenwerking tussen multidisciplinaire teams (Peters et al., 2020). Dit maakt haar model bijzonder relevant voor de Belgische context, waar lokale afstemming en samenwerking essentieel zijn voor succesvolle implementatie. Peters' benadering is praktisch en direct toepasbaar. De focus op lokale context en samenwerking biedt waardevolle inzichten die direct toepasbaar zijn binnen dit onderzoek. Dit stappenplan focust zich op de integratie van feedback en werkt zo naar blijvende, geïntegreerde resultaten die kwalitatieve resultaten opleveren. Omdat dit stappenplan goed onderbouwd is met wetenschappelijk onderzoek en verder bouwt op kwalitatieve modellen is het aangewezen om dit als basis te gebruiken bij het opstellen van een actieplan voor het implementeren van deze richtlijn in de praktijk (Peters et al., 2020).

Deze masterproef beoogt bij te dragen aan de duurzame integratie van de richtlijn in de Vlaamse thuiszorgcontext. Dit wordt onderzocht aan de hand van de onderzoeksvraag: "Wat zijn de barrières en facilitators die eerstelijns ergotherapeuten ervaren bij de implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon' binnen de Vlaamse zorgcontext'?"

Voor de kadering van dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van het acroniem PIPOH, dat staat voor populatie, interventie, professionals, uitkomst en zorgsetting of context.

Tabel 1: PIPOH

P	De thuiswonende, fysiek kwetsbare oudere persoon.
I	Implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon'.
P	Ergotherapeuten in de eerste lijn binnen de doelgroep thuiswonende ouderen.
O	De barrières en facilitators voor de implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon'.
H	Vlaamse eerstelijnszorgcontext, met nadruk op de thuiszorgomgeving.

2. Methode

Dit onderzoek maakt gebruik van een *mixed method* onderzoeksdesign, bestaande uit kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek en kwalitatief, exploratief onderzoek.

Het grootste deel van dit onderzoek is exploratief onderzoek. Dit is een kwalitatieve benadering die inzicht biedt in weinig onderzochte onderwerpen. Bij kwalitatief onderzoek gaat men op zoek naar specifieke inhoud, dynamieken en processen van een bepaald onderwerp. Dit zorgt voor diepgaande, rijke data (Im et al., 2023). Door middel van flexibele methoden, zoals interviews en focusgroepen, wordt gedetailleerde data verzameld (Pyo et al., 2023).

2.1 Steekproef

In Vlaanderen waren er in 2024 in totaal 11.945 ergotherapeuten met het recht om het beroep uit te oefenen (Mahieu et al., 2024). Voor dit onderzoek worden ergotherapeuten gerekruteerd die ervaring hebben in het werken met de doelgroep kwetsbare oudere personen in de Vlaamse zorgcontext. Een 65-tal zelfstandige ergotherapeuten voldoen aan de inclusiecriteria: ze zijn erkend ergotherapeut, ze zijn werkzaam in de eerste lijn en ze werken met oudere personen. Aangezien ergotherapeuten ook vaak tewerk gesteld zijn binnen lokale dienstencentra en mutualiteiten en zo ook actief zijn in de eerste lijn, worden deze instellingen eveneens betrokken bij het onderzoek. Alle personen en organisaties worden aangeschreven om te informeren naar hun inschatting van de haalbaarheid van de implementatie van de aanbevelingen. Na het uitbreiden van de wervingsronde met de lokale dienstencentra en mutualiteiten, kwam het totaal aantal aangeschreven ergotherapeuten en organisaties op 393.

2.2 Selectieprocedure

De ergotherapeuten worden geselecteerd via Edith, het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, lokale dienstencentra en persoonlijke contacten. Via contactgegevens die online beschikbaar zijn (Edith, het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen, LinkedIn en sociale kaart) wordt een eerste mail gestuurd naar ergotherapeuten die voldoen aan de inclusiecriteria. Bij het aanschrijven wordt het onderzoeksopzet met enige achtergrond en de vragenlijst meegegeven. Wanneer er geen reactie komt, wordt er na twee weken een herinneringsmail gestuurd.

Afhankelijk van de respons zal de steekproefgrootte variëren. Voor online surveys wordt een responsratio van ongeveer 25% verwacht (Wu, Zhao, & Fils-Aime, 2022). Op basis hiervan verwachten we bij vragenlijst 1a een 98-tal respondenten. Bij vragenlijst 1b verwachten we 30-45% respons uit de populatie die vragenlijst 1a invulde, dit zijn een 40-tal respondenten (Wu, Zhao, & Fils-Aime, 2022).

Op basis van de online bevraging en de bereidwilligheid van de respondenten om te worden geïnterviewd, zal er een vijftal respondenten geïnterviewd worden. We streven niet direct naar saturatie, maar naar een zo groot mogelijke variatie. Daarom selecteren we naar profielen met zo groot mogelijke diversiteit op vlak van geslacht, werkervaring, werkstatuut, opleidingsniveau en regio. De selectieprocedure staat visueel weergegeven in de bijlagen (Bijlage 2).

2.3 Kwantitatieve dataverzameling

Vragenlijst 1a (zie bijlage 3) 'huidige implementatie van de aanbevelingen' toetst af welk van de 71 aanbevelingen uit de richtlijn momenteel al geïmplementeerd worden in de praktijk, welke deels geïmplementeerd worden en welke nog helemaal niet. Hiervoor wordt er gebruik gemaakt van de tool LimeSurvey. Voor iedere aanbeveling wordt er gevraagd om door te geven of deze aanbeveling wel, niet of deels wordt geïmplementeerd in de professionele omgeving. Alle aanbevelingen werden per klinische vraag aangeboden met de opties 'volledig geïmplementeerd, deels geïmplementeerd en niet geïmplementeerd'. In een rooster konden de participanten het best passende bolletje aanduiden bij iedere aanbeveling.

In het eerste deel van vragenlijst 1b (zie bijlage 4) 'prioritering' wordt er nagegaan welke, van de nog niet geïmplementeerde aanbevelingen, het meest prioritair zijn. Hier werd een opsomming gegeven van alle aanbevelingen die in vragenlijst 1a door de meerderheid als 'nog niet geïmplementeerd' werden aangegeven. Op basis van deze lijst kon men doorgeven welke hieruit voor hen de belangrijkste zijn.

2.4 Kwalitatieve dataverzameling

In het tweede deel van vragenlijst 1b 'barrières en facilitators' wordt er aan de hand van open vragen nagegaan welke barrières en facilitators die de implementatie van de aanbevelingen eventueel zouden beïnvloeden, de participanten vaststellen in de praktijk. Op het einde van

vragenlijst 1b krijgt elke respondent de vraag om aan te geven of hij/ zij al dan niet geïnteresseerd is om deel te nemen aan een verdiepend interview over deze barrières en facilitators.

Het verdiepend, semigestructureerd interview gaat verder in op de reeds in kaart gebrachte barrières en facilitators. De interviews worden online afgenomen via Microsoft Teams door de onderzoeker zelf, een masterstudent ergotherapie. Ze worden opgenomen, automatisch getranscribeerd en vervolgens handmatig getranscribeerd op basis van de originele audio-opnames. De interviews werden afgenomen aan de hand van een interviewgids (zie bijlage 5), deze was voor iedere participant hetzelfde. De interviewgids werd opgesteld op basis van de onderzoeksvraag en de vragenlijsten. De interviews hebben als doel om de barrières en facilitators diepgaander te bespreken, begrijpen en eventueel verdere informatie, meningen of bedenkingen in kaart te brengen.

2.5 Data-analyse

Aan de hand van abductief onderzoek wordt er een hypothese opgesteld. Abductief onderzoek richt zich op het onderbouwen van bestaande theoretische inzichten met data uit de praktijk (Karlsen, Hillestad, & Dysvik, 2020). Er wordt op zoek gegaan naar nieuwe thema's en/ of categorieën op basis van bestaande theoretische onderbouwing. Door op deze manier te werk te gaan, worden de voordelen van zowel inductief als deductief onderzoek gecombineerd. Op basis van de waargenomen patronen en verklaringen wordt er gezocht naar de uitdagingen bij de implementatie.

2.6 Kwantitatieve deelstudie

De data uit de vragenlijsten worden in grafieken weergegeven om zo patronen op te kunnen sporen. Voor aanvang van de analyse worden de gegevens, indien relevant, gepseudonimiseerd. Er worden codes gemaakt om identificatie van een respondent te voorkomen. Hier zal dat hoofdzakelijk over contactgegevens (naam en e-mail) gaan. Dit is voor zowel de resultaten van de vragenlijsten als voor de interviews zo verlopen. Met dit gecodeerde bestand wordt de verdere analyse gemaakt.

De resultaten van de vragenlijst 1a (voor inhoud vragenlijst, zie hoger) worden weergegeven in histogrammen om zo te bepalen welke aanbevelingen nog niet of deels geïmplementeerd

worden in de praktijk. De aanbevelingen die nog niet of slechts deels worden geïmplementeerd worden opgenomen in vragenlijst 1b.

2.7 Kwalitatieve deelstudie

De interviews worden volledig uitgeschreven en getranscribeerd op basis van de gemaakte audio- en video-opnames. De getranscribeerde interviews worden, net zoals de resultaten van vragenlijst 1b, met NVivo 15 thematisch geanalyseerd om terugkerende thema's te vinden en vergelijkingen te kunnen maken.

De antwoorden op de open vragen worden opgedeeld in thema's om zo te bepalen of bepaalde thema's meermaals aan bod komen. Ieder antwoord wordt in een bepaalde categorie geplaatst. De onderzoeker voerde de analyse zelfstandig uit en vertrok vanuit vier hoofdthema's: barrières, facilitators, prioritaire aanbevelingen en aanvullende opmerkingen. Elk relevant fragment werd gecodeerd met een zelf toegewezen label. Wanneer soortgelijke fragmenten in andere interviews voorkwamen, werden deze onder dezelfde code gegroepeerd. Zo groeide tijdens het proces een thematische codeboom in NVivo (zie bijlage 6). De resultaten worden per thema geïnterpreteerd om zo de meest voorkomende barrières en facilitators in kaart te brengen. In de analyse werd nagegaan welke thema's het vaakst aan bod kwamen, of er opvallende uitspraken of tegenstrijdigheden waren en welke verbanden er zichtbaar waren tussen de verschillende thema's.

2.8 Ethische procedure

Het onderzoek wordt voorgelegd bij de Sociaal Maatschappelijke Ethische Commissie en is goedgekeurd op 30 januari 2025.

De *informed consent* wordt bij aanvang van de vragenlijsten online ondertekend, zonder goedkeuring kan deze niet ingevuld worden. Bij de interviews wordt het op voorhand via mail aan de deelnemer bezorgd. In dit formulier wordt uitleg gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek, de mogelijke voordelen, risico's en nadelen verbonden aan de deelname, de verwerking van de persoonsgegevens en de opslag van deze gegevens.

Verder wordt er expliciet vermeld dat er opnames van het interview zullen worden gemaakt om dit later te kunnen transcriberen. Bij de start van het interview zal de onderzoeker het *informed*

consent nogmaals samen met de deelnemer overlopen. Enkel wanneer de deelnemer instemt met het interview en het *informed consent* ondertekend terugbezorgt aan de onderzoeker, zal het interview van start gaan. Zowel in het *informed consent* als bij de start van het interview wordt duidelijk vermeld dat de participant niet verplicht is om deel te nemen en er in het geval van het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek, er geen negatieve gevolgen zullen zijn voor de participant.

De resultaten worden per vragenlijst verzameld door LimeSurvey en zijn exporteerbaar in een Excel bestand. Op LimeSurvey zelf kunnen de basisstatistieken geraadpleegd worden.

Voor de opslag van de verzamelde data wordt gebruik gemaakt van OneDrive for Business, beschikbaar voor personeel en studenten van KU Leuven. Enkel (co-)promotor en student hebben toegang tot deze data.

5. Resultaten

5.1 Mate van implementatie van de aanbevelingen (1a)

5.1.1 Demografische gegevens

De vragenlijst werd gestart door 57 ergotherapeuten; 14 van deze 57 ergotherapeuten gingen akkoord met het informed consent en 13 hiervan werkten de survey volledig af. De bruikbare resultaten van de 14 surveys werden in deze analyse verwerkt.

Vier participanten geven aan binnen een zelfstandig statuut te werken, twee binnen een woonzorgcentrum, twee binnen een dienstencentrum, één iemand gaf aan vanuit projectfinanciering te werken, één iemand binnen een vzw, één iemand is zelfstandig binnen verzekeringsadviezen en tot slot werkt er één participant in dienstverband binnen de thuiszorg. De overige twee participanten werken in combinatie van een zelfstandig statuut en dienstverband binnen een lokaal dienstencentrum, en dienstverband binnen een woonzorgcentrum en onder projectfinanciering. De veertiende ergotherapeut stopte met invullen na klinische vraag 1.

5.1.2 Responsen

Op basis van de resultaten van vragenlijst 1a 'huidige implementatie van de aanbevelingen' werden de beoordelingen van de 71 aanbevelingen opgedeeld in 3 categorieën: geïmplementeerd, deels geïmplementeerd en niet geïmplementeerd. Twintig van de 71 aanbevelingen (28,2%) worden momenteel al geïmplementeerd en 37 van de 71 aanbevelingen (52%) zijn als 'deels geïmplementeerd' gecategoriseerd. De overige 14 aanbevelingen (19,7%) worden nog niet geïmplementeerd (zie bijlage 7).

Vooraf de aanbevelingen rond interprofessionele samenwerking blijken structureel onderbenut. Volgens de resultaten wordt er op heden nog geen enkele aanbeveling uit klinische vraag 5 volledig geïmplementeerd. Deze vaststelling wijst op een tekort aan interprofessionele afstemming binnen de Vlaamse eerstelijnszorg. Klinische vraag 4 blijkt momenteel, met 11 reeds geïmplementeerde aanbevelingen, de klinische vraag die al het meest wordt toegepast.

De lijst van nog niet geïmplementeerde aanbevelingen werd naderhand verwerkt in vragenlijst 1b "barrières en facilitators", met als doel het in kaart brengen van die niet-geïmplementeerde

aanbevelingen die als prioritair worden gezien (zie bijlage 8) voor de toekomstige implementatie en wat mogelijke barrières en facilitators hierbij zijn.

5.2 Barrières, facilitators en meest prioritaire aanbevelingen van de nog niet geïmplementeerde aanbevelingen (1b)

De vragenlijst 1b 'barrières en facilitators' werd ingevuld door vijf mensen in totaal. Twee hiervan werkten de vragenlijst niet volledig af, de drie volledig ingevulde vragenlijsten werden geïncorporeerd in de resultatenanalyse. Het invullen van de vragenlijst nam gemiddeld 13 minuten 22 seconden in beslag. Tabel 2 biedt een overzicht van de aangehaalde barrières en facilitators.

Tabel 2: Barrières en facilitators van de nog niet geïmplementeerde aanbevelingen

Barrières	Facilitators
Kostprijs voor de oudere persoon	Terugbetaling <i>'Zorgpad of iets dergelijks met terugbetaling in de eerstelijnszorg'</i>
Te weinig gekend wat de meerwaarde van ergotherapeuten is <i>'Onvoldoende kennis onder zorgprofessionals over wie doet wat en kan wat betekenen voor de oudere'</i> <i>'Anderzijds zijn het ook de ergotherapeuten die zich vaak de underdog voelen, en daarom niet ergotherapeutisch werken maar als een soort wazig verschijnsel van kine'</i>	Kennisoverdracht bij zorgprofessionals
Tijdsintensief en duur <i>'Geen terugbetaling voor ergotherapie in de eerste lijn voor deze doelgroep'</i>	Tijd en middelen
Samenwerking tussen ziekenhuizen en eerstelijnszorg <i>'Gebrekkige multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn het ontbreken van een procedure of visie'</i>	Zorgcoördinatie <i>'Een coördinator die het beroep van ergotherapie kent én waardeert. Iemand die weet waarvoor wij staan en welke meerwaarde wij hebben. Iemand die weet dat de uitkomst van het ergotherapeutisch advies afhankelijk is van een grondig klinisch redeneermodel (en niet zomaar een hulpmiddel voorstelt, zoals andere disciplines soms denken dat zij hetzelfde kunnen doen'</i>
Beperkte Te weinig praktische handvatten van de ergotherapeut om (op cognitief vlak) rijgeschiktheid in kaart te (durven) brengen zonder aansprakelijk te zijn als een ongeval	Brede visie in combinatie met specifieke formulering van aanbevelingen

gebeurt (de rij-examinator is ook niet verantwoordelijk voor elk ongeval dat gebeurt)	
---	--

Beperkte doorverwijzing <i>‘Beperkte kennis over opsporing en doorverwijzing beperkte samenwerking en doorverwijzing vanuit ziekenhuis naar eerstelijns ergotherapeuten’</i>

Naast het doorgeven van barrières en facilitators werd er ook geïnformeerd naar de vijf meest prioritaire aanbevelingen uit de lijst met ‘nog niet geïmplementeerde’ aanbevelingen. Hieruit bleek dat volgende aanbevelingen, in willekeurige volgorde, als de vijf meest prioritaire aanbevelingen werden aangegeven:

- Samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg waarbij de ergotherapeut in de eerste lijn gecontacteerd wordt door het ontslagteam;
- Multidisciplinaire samenwerking bij geriatrische beoordelingen;
- De oprichting van een detectieprocedure ‘frailty’ binnen de eerstelijnszone;
- Gezondheids- en welzijnswerkers moeten up-to-date- zijn met de opsporings- en doorverwijzingsprocedure;
- Algemene samenwerking tussen ziekenhuizen en de eerstelijnszorg.

Het is opvallend dat geen enkele van deze aanbevelingen op het specifieke ergotherapeutisch handelen gericht is. De prioriteiten richten zich volledig op samenwerking, doorverwijzing en coördinatie.

5.3 Verdiepende interviews met betrekking tot implementatie

5.3.1 Demografische gegevens

Er werden vier interviews afgenomen. Iedere deelnemende ergotherapeut werkt onder een ander statuut: zelfstandig, dienstverband bij de mutualiteit, dienstverband bij de thuiszorgsector en zelfstandig in dienst bij verzekeringsdossiers. De interviews hebben gemiddeld 39 minuten en 35 seconden geduurd. Er werden enkel vrouwen geïnterviewd.

5.3.2 Prioritaire aanbevelingen

Tijdens het analyseren van de interviews kwamen verschillende thema's aan bod. Deze werden gestructureerd en gegroepeerd bij overlap. Tabel drie biedt een overzicht van de aangehaalde prioritaire aanbevelingen en hoeveel van de participanten dezelfde aanbeveling opgaven (#P).

Tabel 3: Prioritaire aanbevelingen op basis van de interviews

Prioritaire aanbevelingen	#P
We bevelen aan dat de ergotherapeut de persoon, die niet rijgeschikt werd beoordeeld, begeleidt in het vinden en gebruiken van alternatieve transportmiddelen en coacht bij andere gevolgen op vlak van participatie.	1
We bevelen aan om de kwetsbare oudere persoon ervaringen die betekenisvol zijn te laten opdoen door onder meer de zorg op te nemen voor iets, of intergenerationele samenwerkingen te stimuleren.	1
We bevelen aan om de ergotherapie doelen mee te delen en te bespreken binnen het interprofessionele team en dit over verschillende settings heen (vb. ziekenhuis – thuis).	3
We bevelen aan dat de ergotherapeut naast de reguliere cognitieve beoordelingsinstrumenten ook functionele testen gebruikt om cognitie in kaart te brengen.	1
We bevelen aan dat ergotherapeuten voldoende tijd voorzien om het handelen op vlak van ADL (BADL en IADL) in kaart te brengen met behulp van een gestandaardiseerd beoordelingsinstrument (observatie, interview of zelfbeoordelingsinstrument door oudere persoon of mantelzorger).	2
We suggereren om in het kader van gezondheidspromotie aanvullend op thuisinterventies groepsinterventies te verstrekken om de sociale participatie te bevorderen.	1
We bevelen aan dat ergotherapeuten hun bereikbaarheid kenbaar maken zowel binnen een eerstelijnszone, als naar de diensten geriatrie van de tweede lijn in hun zorgregio om zo een gestroomlijnde doorverwijzing na te streven en geïntegreerde cliënt gecentreerde zorg te verlenen.	2
We bevelen aan om de mantelzorgers te ondersteunen in empowerment door aanvullend op de reguliere ondersteuning korte psycho-educatieve telefonische, internet gebaseerde en/of technologie gebaseerde interventies in te schakelen.	2
We bevelen aan om op maat uitgewerkte evidence-based fysieke oefeningen aan te leren die aanzetten tot bewegen en die kunnen worden geïntegreerd in het dagelijks functioneren en dit bijkomend op het uitvoeren van de reguliere dagelijkse activiteiten.	1
We suggereren dat de ergotherapeut de thuiswonende oudere persoon stimuleert om zijn behandelingswensen met zijn familie te bespreken anticiperend op een mogelijke toekomstige situatie waarin de persoon ondersteuning nodig heeft om behandelingsbeslissingen te nemen.	1
We bevelen aan dat bij de interpretatie van de scores van BADL- en IADL-metingen niet enkel rekening wordt gehouden met de totaalscore, maar ook met de subscores.	2
We bevelen aan dat alle gezondheids- en welzijnswerkers die direct of indirect in contact komen met oudere personen, binnen hun eerstelijnszone getraind worden om kwetsbare oudere personen en hoog-risicopersonen op frailty op te sporen en door te verwijzen naar relevante zorgverleners, waaronder ergotherapeuten.	1
We bevelen aan dat de ergotherapeut de oudere persoon en of zijn mantelzorger een zelfbeoordelingsinstrument met duidelijke handleiding over valrisicofactoren in de woonomgeving laat afnemen.	1
We bevelen niet aan om thuisinterventies voor ontslag door ziekenhuisergotherapeuten te laten uitvoeren.	1

Uit de interviews blijkt dat twee van de vier participanten het belangrijk vindt om voldoende tijd te voorzien om het handelen op ADL vlak in kaart te brengen en gebruik te maken van een gestandaardiseerd beoordelingsinstrument. Verder blijkt ook het belang van zich kenbaar te maken binnen de eerste- en tweedelijnszones om zo doorverwijzingen te verbeteren. Twee van de geïnterviewde therapeuten vinden het ondersteunen van de mantelzorgers prioritair, alsook het includeren van de subscores boven op de totaalscore. Drie van de vier participanten halen het belang van de aanbeveling rond interdisciplinair samenwerken aan.

Tijdens de interviews kwam de nood aan samenwerking en profilering van het beroep ergotherapie regelmatig naar voor. Dit weerspiegelt volgens de participanten de realiteit waarin ergotherapeuten werken: hun vakinhoudelijke expertise als ergotherapeut wordt niet in vraag gesteld, maar ze ervaren wel moeilijkheden om die expertise daadwerkelijk in te zetten binnen het complex en gefragmenteerde zorglandschap. Zoals participant 1 aangaf: *“Ons werk wordt eigenlijk niet erkend en niet gewaardeerd.”*. Dit gebrek aan erkenning wordt door meerdere participanten gekoppeld aan een beperkte profilering van ergotherapeuten. Hierdoor weten andere zorgverleners en cliënten niet goed waarvoor ze bij een ergotherapeut terecht kunnen.

5.3.3 Agendapunten

Tijdens de interviews werden, los van de vragen, ook agendapunten aangegeven die volgens de geïnterviewden binnen de beroepsgroep ergotherapie moeten worden aangepakt.

Twee participanten geven aan dat er meer kan ingezet worden op doelgerichte zorg, door zowel de ergotherapeuten zelf, als door het zorgsysteem in het algemeen: *“Ik geloof wel heel erg in de ambitie van de Vlaamse overheid om naar doelgerichte zorg te gaan.”* – Participant 2.

Ook werd er vermeld dat de profilering van ergotherapie een belangrijk werkpunt is waar nog sterk op moet worden ingezet: *“...wij worden zodanig weinig erkend dat wij erkenning beginnen te vragen door ons te spiegelen met andere disciplines en dan gaan wij kine-achtige oefeningen doen en hier bij cognitie gaan we dan neuropsychologische-achtige oefeningen doen om toch maar die erkenning te krijgen.”* – Participant 1. Deze uitspraak weerspiegelt niet alleen frustratie, maar ook de nood aan bekendheid en een duidelijke positionering van het beroep binnen het Vlaamse zorglandschap.

Tot slot wordt aangegeven dat er meer aandacht moet worden besteed aan preventie en dat de doelgroep fysiek kwetsbare, thuiswonende, oudere personen niet mag worden vergeten. Dit is nu nog te vaak zo.

5.3.4 Barrières en facilitators

In tabel vier wordt er naast de aangehaalde barrières en facilitators ook weergegeven hoe frequent (Freq.) deze werden benoemd en door hoeveel verschillende participanten (#P). Dit geeft inzicht in de mate waarin bepaalde opvattingen gedeeld worden.

Tabel 4: Barrières en facilitators op basis van de interviews

Barrières	#P	Freq
Afwezigheid persoonlijk netwerk (cliënt)	1	1
Afwezigheid vertrouwensband	2	3
Beperkt in middelen	1	1
Beperkte doorverwijzing	3	5
Beperkte samenwerking	2	2
Cognitie van de cliënt	1	1
Communicatie	3	5
Foute, tegenstrijdige adviezen	1	7
Fouten, problemen niet toegeven	1	1
Geen terugbetaling	1	1
Mantelzorger	1	3
Mobiliteit	1	1
Moeilijk vindbaar	1	1
Momentopname	1	1
Onafhankelijk willen blijven van organisaties	1	1
Onbekendheid	4	10
Onvoldoende kennis	2	4
Onvoldoende opleidingsmogelijkheden	1	1
Privacy	3	3
Taboe, schaamte	1	2
Te algemene blik	1	1
Te specifieke blik	1	1
Technologische ongeletterdheid	1	1
Theorie niet toepasbaar	1	1
Tijdstekort	4	12
Woning verlaten	1	1

Facilitators	#P	Freq
Casemanager	1	1
Educatie	2	4
Eerstelijnszones	1	1
Gekender bij jonge generatie	1	1
Groepsinterventies, ervaringen delen	1	1
Multidisciplinaire samenwerking	3	13
Netwerking (Ergotherapeut)	1	1
Onbewuste gewoonte	1	1
Sterktegericht werken, empowerment	1	1
Structuur	1	1
Technologische platformen	2	2
Testmateriaal voorzien	1	1
Thuiszorg	1	1
Tijd voorzien	1	1
Zorgcoördinatie	2	6

De belangrijkste belemmeringen voor implementatie die, zowel in de vragenlijsten als tijdens de interviews herhaaldelijk aan bod kwamen, zijn structureel van aard. Tijdstekort, het ontbreken van duidelijke communicatiekanalen tussen zorgprofessionals, onvoldoende samenwerking (en doorverwijzingen) met het ziekenhuis en een gebrek aan financiële en beleidsmatige ondersteuning worden het vaakst benoemd.

“...door tijd gebrek, merk je gewoon ook dat je heel vaak daar niet genoeg toe komt om dan toch die die communicatie aan te gaan of heel sporadisch dan wel eens. Maar doordat je dat niet verduurzaamt, die contacten, verwatert dat ook wel.” – Participant 2.

Daarnaast wordt ook het feit dat ergotherapie te weinig gekend is, regelmatig aangehaald. De nadruk lag, zeker bij de interviews, op de beperkte profilering van ergotherapeuten.

“Omdat ergo zo’n moeilijk beroep is om ons te profileren van ja, wat doen wij juist hè? Dat geen kat die dat begrijpt en wij zitten veel te weinig in die eerste lijn.” – Participant 1.

De rol van de mantelzorger werd in de interviews meermaals benoemd als een delicate factor in het proces van implementatie. Participant 1 omschreef het als volgt: *“De cliënt zelf heb je meestal wel mee, maar die mantelzorger daar rond, dat is echt een moeilijke.”* Deze uitspraken benadrukken het belang van aandacht voor familiale context en communicatie.

Daarnaast werd ook educatie aangehaald, niet alleen bij andere zorgprofessionals en cliënten, maar ook binnen ergotherapie zelf.

“Het allergrootste probleem is dat er te weinig goede bijscholingen zijn.” – Participant 1.

Een belangrijk terugkerend thema is het belang van tijd. Ergotherapeuten ervaren druk op hun agenda’s, wat volgens participant 3 ten koste kan gaan van de kwaliteit van contact met cliënten: *“Als je op intakegesprek gaat bij ouders aan huis, moet je echt tijd nemen... soms heb je echt meer tijd nodig om alles in kaart te brengen.”* Deze uitspraak illustreert de spanning tussen evidence-based werken volgens de richtlijn en de realiteit van de praktijk, waarin tijdsinvestering zelden haalbaar blijkt.

Verder kwam uit de interviews naar voor dat, hoewel technologische platforms gezien werden als een faciliterende factor, werd er aangegeven dat de privacywetgeving binnen deze facilitator toch een belangrijke drempel is. *“De ambitie van de overheid is dat het Alivia project daar een mooie meerwaarde in kan bieden om samen rond de cliënten zorgplan te organiseren en elkaar daar beter in te vinden.”, “...maar momenteel, krijgen wij daar heel weinig toegang toe. Dat heeft ook met privacy vaak te maken, hè? Dat is ook nog een hiaat in het systeem waar dat ergens een stukje terecht is, maar ergens ook wel een stukje jammer...” – Participant 2.*

Ondanks deze duidelijke barrières werden er ook elementen benoemd die de implementatie kunnen faciliteren. Zorgcoördinatie en casemanagement worden gezien als krachtige facilitators om samenwerking te verbeteren en communicatie te centraliseren. Participant 2 stelde: *“zorgcoördinatie kan toch een belangrijke rol spelen.”*

Tot slot benadrukken de resultaten de grote meerwaarde van samenwerking: *“...als iedereen mee op de hoogte is en iedereen kan mee de cliënt stimuleren en motiveren dat er echt wel meer succes ook geboekt kan worden In de interventies en de doelstellingen ook sneller behaald kunnen worden.” – Participant 4.*

6. Discussie

De kernbevindingen van deze masterproef tonen aan dat de implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare oudere persoon' in de Vlaamse eerstelijnszorg voorlopig beperkt blijft. Slechts 28,2% van de aanbevelingen wordt momenteel volledig toegepast. Van de nog niet of slechts deels geïmplementeerde aanbevelingen, worden interprofessionele samenwerking, geriatrische beoordeling en doorverwijzing het vaakst als prioritair naar voren geschoven, wat wijst op structurele tekorten in het zorgsysteem. Belangrijke barrières die ergotherapeuten hiertoe ervaren zijn onder andere het gebrek aan bekendheid van het beroep, het ontbreken van afstemmingen tussen zorgverleners, het ontbreken van terugbetaling en tijdsgebrek. Tegenover deze barrières staan ook kansen. Participanten benoemen educatie, netwerking, zorgcoördinatie en multidisciplinaire samenwerking als mogelijke sleutels tot verbetering.

Het is opvallend dat de vijf aanbevelingen die in vragenlijst 1b als meest prioritair werden aangeduid, allemaal betrekking hebben op samenwerking: de betrokkenheid van eerstelijns-ergotherapeuten bij ontslagplanning vanuit ziekenhuizen, multidisciplinaire samenwerking bij geriatrische beoordelingen, het opzetten van detectieprocedures binnen eerstelijnszones en het actualiseren van kennis bij gezondheids- en welzijnswerkers over opsporing en doorverwijzing. Er wordt daarentegen geen enkele aanbeveling aangeduid die uitsluitend betrekking heeft op het eigenlijke ergotherapeutisch handelen. Dit kan erop wijzen dat respondenten de grootste uitdaging niet zozeer binnen hun eigen deskundigheid ervaren, maar eerder in de structurele context waarin ze functioneren. De implementatie van de richtlijn lijkt voor ergotherapeuten in belangrijke mate afhankelijk van externe factoren zoals erkenning, zichtbaarheid en samenwerking. De prioriteit die gegeven wordt aan structurele en interprofessionele factoren, bevestigt dat ergotherapie in de eerste lijn pas volledig tot haar recht zal komen als ze een duidelijke plaats krijgt in een goed functionerend netwerk. Dit toont het belang aan van beleidsmatige inspanningen op vlak van samenwerking, positionering en integratie in zorgpaden.

Deze bevindingen sluiten aan bij de bestaande literatuur waarin het belang van samenwerking en context-specifieke benaderingen wordt benadrukt (De Coninck et al., 2023; Peters et al., 2020).

Een sterke kant van dit onderzoek is de keuze voor een mixed methods design. Door het combineren van kwantitatieve data met diepgaand kwalitatief onderzoek werd het mogelijk om zowel breed als diepgaand data te verzamelen. De kwantitatieve vragenlijsten gaven een algemeen overzicht van welke aanbevelingen wel of niet toegepast worden, terwijl de interviews dieper ingingen op de onderliggende redenen, attitudes en ervaringen. Door deze aanpak werd het mogelijk om concrete thema's te identificeren die verder gingen dan enkel cijfers. Het thematisch analyseren van de kwalitatieve gegevens gaf bovendien de kans om gedeelde ervaringen in kaart te brengen. Alle feedbackmomenten werden nauwgezet gedocumenteerd in een online logboek, wat hielp bij het structureren en verantwoorden van het proces.

Dit onderzoek bevat ook een aantal belangrijke beperkingen. De beperkte responsgraad bij beide vragenlijsten vormt hierbij het eerste aandachtspunt; de kleinschaligheid van de steekproef vereist een voorzichtige interpretatie van de resultaten. Gezien de aard en de schaal van de dataverzameling, is het niet de bedoeling om de resultaten van dit onderzoek te veralgemenen naar andere regio's of landen. De bevindingen situeren zich binnen de Vlaamse context en bieden vooral praktijkgerichte inzichten voor ergotherapeuten en organisaties die werkzaam zijn in vergelijkbare contexten.

De beperkte respons vereiste bovendien een continue evaluatie en bijsturing van het onderzoeksproces. Het onderzoeksteam paste de wervingsstrategieën aan en maakte gebruik van netwerkmomenten, zoals het symposium Ergotherapie (net)werkt! van Ergotherapie Vlaanderen om het onderzoek extra onder de aandacht te brengen. Verder werden er in vragenlijst 1b geen demografische gegevens verzameld. Aangezien alle respondenten uit dezelfde groep als vragenlijst 1a kwamen, werd verondersteld dat hun achtergrondgegevens reeds bekend waren. Dit kan echter niet met zekerheid bepaald worden, waardoor er een belangrijke nuance in het analyseren van de resultaten zou kunnen verloren gegaan zijn. Dit maakt het moeilijker om de antwoorden te kaderen binnen bepaalde contexten, zoals werksetting, ervaring of regio.

Daarnaast moet er bij de analyse rekening gehouden worden met het feit dat bepaalde barrières of facilitators herhaaldelijk werden aangehaald door één enkele participant. Een hoge frequentie betekent dus niet noodzakelijk dat een mening breed gedragen is, het kan evengoed een sterke persoonlijke overtuiging zijn. Verder werd de dataverzameling en analyse door één onderzoeker uitgevoerd, wat risico's inhoudt op vlak van bias en subjectiviteit. Hier werd rekening mee gehouden door transparante verslaggeving en het volgen van een gestructureerd analyseproces. Deze ervaringen tonen het belang van aanpasbaarheid binnen praktijkgericht onderzoek, zeker wanneer men samenwerkt met professionals in drukbezette sectoren zoals de eerstelijnszorg.

Ondanks deze beperkingen biedt dit onderzoek waardevolle praktijkgerichte inzichten. Het bevestigt dat richtlijnimplementatie niet vanzelf gebeurt en dat ondersteunende maatregelen noodzakelijk zijn. Voor de praktijk betekent dit dat er werk moet worden gemaakt van duidelijke communicatiekanalen, een betere bekendmaking van de rol van de ergotherapeut in de eerste lijn en structurele samenwerking tussen zorgniveaus. In een beleidscontext bekeken, onderstrepen de resultaten de nood aan een terugbetalingskader voor ergotherapie binnen de eerstelijnszorg, specifiek bij ouderen, en aan de integratie van zorgcoördinatie als standaardpraktijk. De nadruk die in de resultaten werd gelegd op aanbevelingen rond samenwerking, doorverwijzing en zorgcoördinatie bevestigt dat de structurele knelpunten niet kunnen worden opgelost door individuele inspanningen alleen.

Voor de praktijk betekent dit dat er werk moet gemaakt worden van duidelijke communicatiekanalen, een betere bekendmaking van de rol van de ergotherapeut in de eerste lijn en structurele samenwerking tussen zorgniveaus. Ergotherapeuten moeten zichtbaarder worden binnen eerstelijnszones. Het beroep wordt nog te vaak over het hoofd gezien, wat samenwerking en doorverwijzing bemoeilijkt. Concreet kan dit aangepakt worden door ergotherapeuten actief te betrekken bij overlegstructuren, zorgpaden en netwerkmomenten. Verder kan de opleiding ergotherapie sterker inzetten op voorbereiding op interprofessionele samenwerking, communicatie en positionering binnen de eerstelijnscontext.

Voor verder onderzoek kan het waardevol zijn om te focussen op de effectiviteit van implementatiestrategieën in verschillende types eerstelijnsorganisaties. Daarnaast zou

vervolgonderzoek kunnen nagaan hoe ergotherapeuten best ondersteund kunnen worden bij het opzetten van samenwerkingen met andere zorgdisciplines. Ook de rol van technologische hulpmiddelen binnen dit implementatieproces, zoals digitale platformen voor interdisciplinaire communicatie, kan verder onderzocht worden.

Tot slot verdient de manier waarop ergotherapeuten zich profileren binnen de eerste lijn meer aandacht in toekomstig onderzoek, aangezien uit dit onderzoek blijkt dat het beroep nog te vaak onder de radar blijft of mis begrepen wordt door andere zorgverleners en het brede publiek.

7. Conclusie

Deze masterproef brengt de barrières en facilitators in kaart die eerstelijns ergotherapeuten ervaren bij de implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare oudere persoon' binnen de Vlaamse eerstelijnszorg. Uit het onderzoek blijkt dat ergotherapeuten binnen deze context geconfronteerd worden met meerdere uitdagingen die niet alleen vakinhoudelijk van aard zijn, maar ook structureel en contextueel.

Deze complexe realiteit vraagt om oplossingen die verder reiken dan individuele inspanningen of technische richtlijnkennis. De resultaten wijzen op de nood aan context specifieke en haalbare implementatiestrategieën waarbij samenwerking, herkenbaarheid van het beroep en praktische ondersteuning centraal staan. Het verankeren van de rol van de ergotherapeut in het zorglandschap is daarbij essentieel. De verzamelde data uit dit onderzoek zullen dienen als basis voor een vervolgstudie, waarin gericht onderzocht wordt welke implementatiestrategieën effectief kunnen zijn binnen de Vlaamse zorgcontext.

Hoewel deze studie beperkt was in omvang, biedt ze relevante aanknopingspunten voor beleidsmakers, opleidingsinstellingen, ergotherapeuten in de eerste lijn en organisaties die streven naar een kwalitatieve en geïntegreerde zorg voor thuiswonende ouderen.

Verder praktijkgericht onderzoek is wenselijk om de resultaten te verdiepen, er implementatiestrategieën aan te koppelen en de effectiviteit van die implementatiestrategieën in verschillende contexten te evalueren.

8. Referenties

- Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., De Witte, L., & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>
- De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. L., & Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*, 65(8), 1863-1869.
- De Coninck, L., Bouckaert, L., Cordyn, S., De Schutter, F., Gielen, E., Guisset, M. E., Kos, D., Ledoux, A., & Aertgeerts, B. (2023). Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon: klinische richtlijn. Empowered by the Evikey network.
- Doris Grinspun & Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines. Registered Nurses' Association of Ontario. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56, M146-156.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180(S6). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x>
- Im, D., Pyo, J., Lee, H., Jung, H., & Ock, M. (2023). Qualitative research in healthcare: data analysis. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 56(2), 100-110. <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.471>
- Karlsen, B., Hillestad, T. M., & Dysvik, E. (2020). Abductive reasoning in nursing: Challenges and possibilities. *Nursing Inquiry*, 28(1). <https://doi.org/10.1111/nin.12374>

Kondi, K., Duyck, J., Fasquelle, N., Nevejan, H., & Van den Abbeel, Y. (2025, 11 februari). *Bevolkingsvoorzichten*. Statbel.

<https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/bevolkingsvoorzichten> (Geraadpleegd op 13 maart, 2025)

Mahieu, T., Pieters, J., Camerlinckx, J., Verdin, V., Chbaral, Z., Ghilbert, P., Van Weyenbergh, O., Lecat, A., Jouck, P., Gérard, L., Werkgroep Statan, & Steinberg, P. (2024). *Publicatie van de cel Planning van het aanbod van de Gezondheidszorgberoepen*. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2024_nl.pdf (geraadpleegd op 10 mei 2025)

Nielsen, T. L., Andersen, N. T., Petersen, K. S., Polatajko, H., & Nielsen, C. V. (2019). Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther*, 26(5), 325-342. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1424236>

Peters, S., Bussi res, A., Depreitere, B., Vanholle, S., Cristens, J., Vermandere, M., & Thomas, A. (2020). Facilitating guideline implementation in primary health care practices. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 215013272091626. <https://doi.org/10.1177/2150132720916263>

Pyo, J., Lee, W., Choi, E. Y., Jang, S. G., & Ock, M. (2023). Qualitative research in Healthcare: Necessity and characteristics. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 56(1), 12-20. <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.451>

Rudnicka, E., Napiera a, P., Podfigurna, A., M czekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>

Vlaamse overheid (2024). *Informele Zorg*, <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/zorg/informele-zorg>, geraadpleegd op 15 maart 2025.

Warner, G., Packer, T. L., Kervin, E., Sibbald, K., & Audulv,  . (2019). A systematic review examining whether community-based self-management programs for older adults with chronic

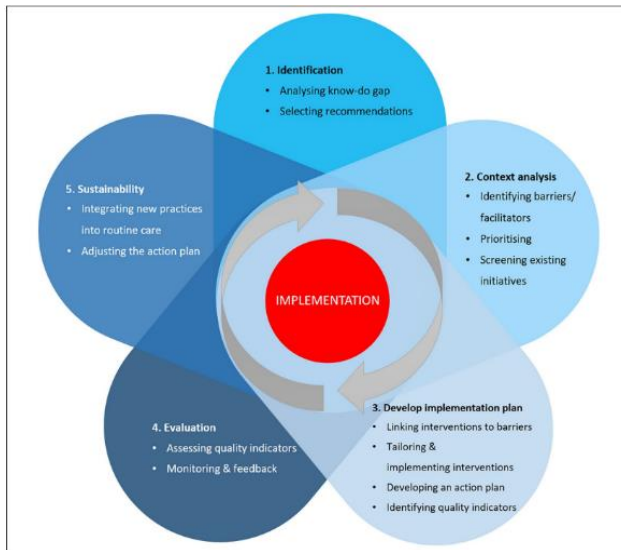
conditions actively engage participants and teach them patient-oriented self-management strategies. *Patient Educ Couns*, 102(12), 2162-2182. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.07.002>

WHO (2001) *The International Classification of Functioning, Disability and Handicap*. Geneva: WHO.

Wu, M., Zhao, K., & Fils-Aime, F. (2022). Response rates of online surveys in published research: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior Reports*, 7, 100206. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100206>

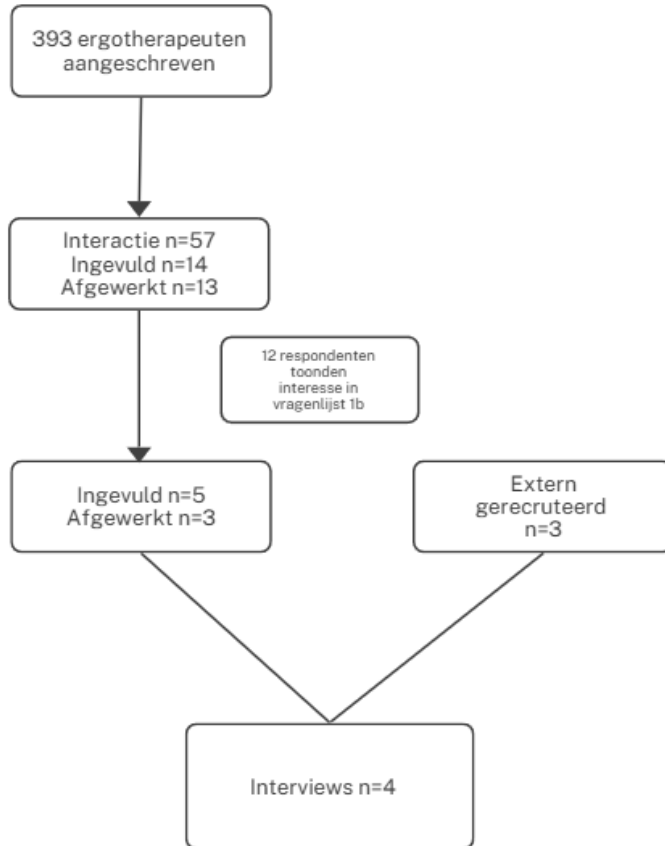
9. Bijlagen

9.1 Bijlage 1: Vijfstappenmodel Sanne Peters



(Peters et al., 2020)

9.2 Bijlage 2: Flowchart recruteringsproces



9.3 Bijlage 3: Vragenlijst 1a: Huidige implementatie van de aanbevelingen

Implementatie van aanbevelingen rond Frailty

Er zijn 8 vragen in deze enquête.

Informed consent

Titel van de studie: Barrières en facilitators voor de implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon' binnen de Vlaamse zorgcontext.

Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Door 'akkoord' aan te duiden onder de ICF in de vragenlijst en verder te gaan stemt u in met een deelname aan dit onderzoek.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn¹.

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren ².

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoeker op volgend contactadres: ona.devos@student.kuleuven.be of telefoonnummer +324 72 47 45 48. Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Geïnformeerde toestemming

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Indien u graag op de hoogte wordt gehouden van de resultaten van dit onderzoek, kan u dit op het einde van de vragenlijst doorgeven en uw mailadres opgeven.

*

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- Ik stem toe om deel te nemen aan dit onderzoek.

Implementatie van aanbevelingen rond 'Frailty'

Beste ergotherapeut,

Bedankt voor uw bereidheid tot deelname aan de vragenlijst aangaande de implementatie van de klinische richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon' binnen de Vlaamse zorgcontext?'

Het doel van deze vragenlijst is het in kaart brengen van welke aanbevelingen uit de richtlijn reeds worden toegepast.

Het invullen van deze vragenlijst neemt ongeveer 15 minuten in beslag. Er zijn geen goede of foute antwoorden, we zijn enkel geïnteresseerd in uw ervaring en mening.

Uw antwoorden worden gepseudonimiseerd verwerkt en contactgegevens zullen na het afwerken van deze studie worden vernietigd.

Indien u vragen hebt kan u contact opnemen met Oona De Vos via oonadevos@student.kuleuven.be of met de co-promotor van deze masterproef leen.deconinck@kuleuven.be.

Nogmaals hartelijk dank voor uw medewerking. Uw bijdrage draagt bij tot de profilering en kwaliteit van ons beroep in de eerstelijnszorg.

Met vriendelijke groet,
Oona De Vos

Student master in de ergotherapie

KULeuven/ UHasselt

Onder welk statuut binnen de eerstelijnszorg bent u werkzaam? *

Kies alle voor u geldende mogelijkheden:

- Zelfstandige basis
- Dienstverband bij een mutualiteit
- Dienstverband binnen dienstencentrum
- Dienstverband binnen een woonzorgcentrum
- Projectfinanciering
- Overige:

Klinische vraag 1: Hoe kan de fysiek kwetsbare oudere persoon worden gedetecteerd? Hoe kan de fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn sociale context efficiënt en effectief doorverwezen worden naar een ergotherapeut?

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Wordt toegepast	Wordt niet toegepast	Wordt deels toegepast
We suggereren om frailty op te sporen bij oudere thuiswonende personen vanaf 75 jaar.			
We suggereren dat huisartsen en alle andere eerstelijnszorgverleners een hoog			

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

risico detectie op frailty uitvoeren tijdens hun reguliere huisbezoeken.

We suggereren niet om systematisch preventieve huisbezoeken op populatieniveau uit te voeren.

We bevelen aan dat ergotherapeuten zich profileren als expert in het screenen van problemen in het functioneren in het dagelijks leven.

We bevelen aan om valide beoordelingsinstrumenten in de vorm van zelfrapportage, klinische observatie of een combinatie van beide te gebruiken voor het detecteren van frailty.

We bevelen aan dat de keuze van beoordelingsinstrument voor frailty wordt bepaald door het doel dat men voor ogen heeft en de context waarin het instrument zal worden gebruikt.

We bevelen aan dat eerstelijns ergotherapeuten zich transparant profileren als expert in het functioneren in het dagelijks leven en de omgeving waarin dit functioneren plaats vindt.

We bevelen aan dat ergotherapeuten hun bereikbaarheid kenbaar maken zowel binnen een eerstelijnszone, als naar de diensten geriatrie van de tweede lijn in hun zorgregio om zo een gestroomlijnde doorverwijzing na te streven en

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

geïntegreerde cliënt gecentreerde zorg te verlenen.

We bevelen aan dat alle gezondheids- en welzijnswerkers die direct of indirect in contact komen met oudere personen, binnen hun eerstelijnszone getraind worden om kwetsbare oudere personen en hoog-risicopersonen op frailty op te sporen en door te verwijzen naar relevante zorgverleners, waaronder ergotherapeuten.

We bevelen aan dat ergotherapeuten kwetsbare oudere personen en hoog-risicopersonen op frailty opsporen en in het kader van interdisciplinaire aanpak ook doorverwijzen naar de relevante zorgverleners.

We suggereren om binnen een eerstelijnszone een procedure vast te leggen waarin is opgenomen hoe de detectie en doorverwijzing van hoog-risicopersonen aangaande kwetsbaarheid verloopt.

We suggereren om per eerstelijnszone een coördinator aan te duiden die dit proces monitort.

We suggereren dat alle gezondheids- en welzijnswerkers up-to-date zijn van de opsporings- en doorverwijzingsprocedure in hun eerstelijnszone.

Klinische vraag 2: Welke multifactoriële ergotherapeutische evaluatie is aangewezen bij de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn context? *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Wordt toegepast	Wordt niet toegepast	Wordt deels toegepast
We bevelen aan om de tijd tussen de detectie van de hoog risicopersoon, het ergotherapeutisch assessment en de uitvoering van de aanbevelingen zo kort mogelijk te houden.			
We bevelen aan dat ergotherapeuten hun beoordeling van betekenisvol handelen uitvoeren in de vertrouwde omgeving van de oudere persoon, of in een omgeving die de vertrouwde omgeving zo goed mogelijk simuleert.			
We bevelen aan dat ergotherapeuten zich bij beoordelingen richten op het in kaart brengen van de zowel de zwaktes, als de mogelijkheden binnen betekenisvol handelen.			
We bevelen aan dat ergotherapeuten de interesses, behoeften, voorkeuren en de perceptie van de oudere persoon over zijn handelen op functioneel en participatie niveau bevragen.			
We bevelen aan dat ergotherapeuten naast hun klinische expertise, indien relevant, in alle fases van het therapeutisch proces beoordelingsinstrumenten gebruiken.			
We bevelen aan dat de ergotherapeut bij het afnemen van de beoordeling aandacht besteedt aan de levensstijl en aan de balans in betekenisvol handelen van de oudere persoon en waar relevant zijn mantelzorger.			

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

We bevelen aan om multidisciplinair samen te werken om een uitgebreide geriatrische beoordeling (Comprehensive Geriatric Assessment of CGA) uit te voeren bij de thuiswonende oudere persoon waarbij een taakverdeling moet worden bekeken in kader van expertise en kosteneffectiviteit.

We bevelen aan om in kader van haalbaarheid naargelang de context te beslissen of een beoordeling bij ontslag wordt uitgevoerd door een ergotherapeut werkzaam in het ziekenhuis of in de thuiszorg.

We bevelen aan dat ergotherapeuten een bijdrage leveren aan het interdisciplinaire team door te overwegen om gestandaardiseerde beoordelingsinstrumenten met voorspellende waarde naar nood aan thuiszorg af te nemen.

We bevelen aan dat een zorgprofessional screent op valrisico en indien nodig doorverwijst naar een ergotherapeut en vice versa.

We bevelen aan dat ergotherapeuten in een betrouwbaar beoordelingsinstrument afnemen om de component 'gedrag' als risicofactor voor valpreventie in kaart te brengen.

We bevelen aan dat de ergotherapeut de oudere persoon en of zijn mantelzorger een zelfbeoordelingsinstrument met duidelijke

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

handleiding over valrisicofactoren in de woonomgeving laat afnemen.

We bevelen aan dat zorgverleners doorverwijzen naar ergotherapeuten wat betreft woningaanpassing in het kader van valpreventie.

We bevelen aan dat de ergotherapeut naast de reguliere cognitieve beoordelingsinstrumenten ook functionele testen gebruikt om cognitie in kaart te brengen.

We bevelen aan dat ergotherapeuten voldoende tijd voorzien om het handelen op vlak van ADL (BADL en IADL) in kaart te brengen met behulp van een gestandaardiseerd beoordelingsinstrument (observatie, interview of zelfbeoordelingsinstrument door oudere persoon of mantelzorger).

We bevelen aan dat de ergotherapeut de keuze van het instrument aanpast aan de persoon en zijn context, door onder meer rekening te houden met mogelijke vloer- en plafondeffecten.

We bevelen aan dat de ergotherapeut de testing over de tijd spreidt als dit wenselijk is.

We bevelen aan dat bij de interpretatie van de scores van BADL- en IADL-metingen niet enkel rekening wordt gehouden met de totaalscore, maar ook met de subscores.

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

We suggereren dat de ergotherapeut in zijn functie als rij-expert het beslissingsproces om al dan niet terug te rijden onderbouwt, de beoordeling van rijgeschiktheid meebepaalt en de persoon ondersteunt in het realistisch inschatten van de rijrisico's in zijn specifieke situatie.

We suggereren dat de ergotherapeut bij de beoordeling van de rijgeschiktheid volgende aspecten in kaart brengt: het gedrag van de chauffeur, de executieve functies (rij specifiek en BADL/IADL) en de algemene cognitieve, en visuele en visuo-motorische vaardigheden.

We suggereren om te overwegen al dan niet gebruik te maken van een rijsimulator in kader van het voorspellen van rijgeschiktheid.

We bevelen aan dat de ergotherapeut de persoon, die niet rijgeschikt werd beoordeeld, begeleidt in het vinden en gebruiken van alternatieve transportmiddelen, en coacht bij andere gevolgen op vlak van participatie.

We bevelen aan om over de wettelijke beslissing tot rijgeschiktheid door te verwijzen naar de nationale bevoegde instantie CARA.

We suggereren dat de ergotherapeut naast het beoordelen van BADL, IADL, mobiliteit en vrije tijd, ook de vaardigheden

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

beoordeelt om technologie en eventuele applicaties te gebruiken.

Klinische vraag 3: Welke methodiek is aangewezen om samen met de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn context doelen te bepalen? *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

We bevelen aan om het opstellen van persoonlijke en haalbare doelen voor de oudere thuiswonende persoon op te nemen in het proces van cliëntgericht werken.

We bevelen aan dat de vier fases in het doelen bepalen worden doorlopen.

We bevelen aan om de ergotherapie doelen mee te delen en te bespreken binnen het interprofessionele team en dit over verschillende settings heen (vb. ziekenhuis – thuis).

We suggereren dat de ergotherapeut de thuiswonende oudere persoon stimuleert om zijn behandelingswensen met zijn familie te bespreken anticiperend op een mogelijke toekomstige situatie waarin de persoon ondersteuning nodig heeft om behandelingsbeslissingen te nemen.

Klinische vraag 4: Welke multifactoriële ergotherapeutische interventies zijn aangewezen bij de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn context? *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

We bevelen aan om de ergotherapeutische interventies bij fysiek kwetsbare oudere personen uit te voeren vanuit een cliëntgerichte houding met aandacht voor empowerment.

We bevelen aan om beslissingsondersteuning toe te passen om de keuze van de interventie te bepalen.

We bevelen aan om de interventies op maat van de kwetsbare oudere persoon aan te bieden als onderdeel van een interprofessionele aanpak.

We suggereren niet om een interprofessioneel interventie programma in het kader van betekenisvol dagelijks handelen of sociale participatie aan te bieden als er geen ergotherapeut betrokken is.

We bevelen aan om individuele thuisinterventies uit te voeren die bestaan uit een combinatie van: - verhogen van gezondheidsgeliterdheid, - advies over methodeverandering bij het uitvoeren van dagelijkse handelingen, - advies over hulpmiddelen en oefenen in het gebruik ervan, - advies over woningaanpassing met inbegrip van verlichting, - advies over ergonomie, - oefenen van dagelijkse handelingen, - aanleren van zelfmanagementstrategieën, - aanleren van valpreventiestrategieën, - advies over mogelijkheden dienstverlening.

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

We bevelen aan om deze interventies te beperken over de tijd en af te sluiten met een follow up sessie.

We suggereren om in het kader van gezondheidspromotie interventies te verstrekken die het fysieke, sociaal, cognitief en mentaal functioneren verbeteren.

We suggereren om in het kader van gezondheidspromotie aanvullend op thuisinterventies groepsinterventies te verstrekken om de sociale participatie te bevorderen.

We suggereren om in het bijzonder bij oudere personen met depressieve symptomen levensstijl gerichte interventies aan te bieden die enerzijds ertoe aanzetten om meer activiteiten uit te voeren die leiden tot sociale contacten, en anderzijds activiteiten faciliteren die een betekenis hebben voor de persoon.

We bevelen aan om op maat uitgewerkte evidence-based fysieke oefeningen aan te leren die aanzetten tot bewegen en die kunnen worden geïntegreerd in het dagelijks functioneren en dit bijkomend op het uitvoeren van de reguliere dagelijkse activiteiten.

We bevelen aan om de kwetsbare oudere persoon ervaringen die betekenisvol zijn te laten opdoen door onder meer de zorg op te nemen voor iets, of intergenerationele samenwerkingen te stimuleren.

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

We bevelen aan om een motiverende component en/of ondersteunende hulpmiddelen toe te voegen bij het trainen van het fysieke functioneren.

We suggereren niet om robotica te gebruiken om mobiliteit of zelfzorg te ondersteunen.

We bevelen aan om gedragsveranderingsstrategieën aan te leren aanvullend op het aanbieden van evidence-based fysieke oefeningen.

We suggereren om individuele cognitieve interventies te verstrekken die het werkgeheugen en probleemoplossend vermogen trainen en al dan niet zijn gerelateerd aan dagelijkse situaties. We suggereren om aanvullend een follow up sessie te voorzien om de transfer naar probleemoplossend vermogen in IADL te verhogen.

We suggereren om off-road vaardigheden te trainen en/of computer gebaseerde simulatietraining, waaronder verwerkingssnelheid, te verstrekken in het kader van rijvaardigheid.

We bevelen aan om bewustwording over de persoonlijke rijvaardigheden bij te brengen, onderhandelende keuzes over toekomstige transportmiddelen te stimuleren en gebruik van alternatieve transportmiddelen te trainen.

We bevelen aan om in kader van beslissingsondersteuning met de mantelzorger of familie van de kwetsbare

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

oudere persoon te overleggen, als deze dit wenst.

We bevelen aan om de mantelzorgers te ondersteunen in empowerment door aanvullend op de reguliere ondersteuning korte psycho-educatieve telefonische, internet gebaseerde en/of technologie gebaseerde interventies in te schakelen.

We bevelen aan om de functionele noden van de kwetsbare oudere persoon die nog niet zijn ingewilligd bij ontslag uit het ziekenhuis aan te pakken en in overleg tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg vanuit de eerstelijnszorg cliëntgerichte, geïntegreerde thuisinterventies uit te voeren.

We bevelen aan om hierbij voldoende aandacht te hebben voor planning en voor communicatie, informatie en educatie van de oudere persoon en zijn mantelzorger.

Klinische vraag 5: Hoe kan de ergotherapeut, die met de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn sociale context werkt, bijdragen aan een kwaliteitsvolle disciplinaire, geïntegreerde en/of transmurale zorg?

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

We bevelen aan om in complexe situaties een zorgcoördinator aan te stellen.

We bevelen aan dat bij zorgcoördinatie de zorgcoördinator deel uitmaakt van een meer algemene geïntegreerde structuur en dit in

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

**functie van continuïteit op vlak van
zorgcoördinatie zowel wat betreft
gezondheidszorg, welzijn, als
dienstverlening.**

**We bevelen aan dat -indien zorgcoördinatie
wordt toegepast- de zorgcoördinator een lid
is van het behandelend team van de oudere
persoon.**

**We bevelen aan dat binnen de
zorgcoördinatie naast de cliëntgerichte
doelen voor de oudere persoon en de
organisatorische verwachtingen, ook de
noden van de mantelzorg over het
optimaliseren van de zorg worden
opgenomen en er op maat opleidingen met
multidisciplinaire insteek worden voorzien
(vb over voeding, ergonomie, ...).**

**We bevelen aan dat er samenwerking is
tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg.
We bevelen aan dat
ziekenhuisergotherapeuten of het
ontslagteam een eerstelijns ergotherapeut
contacteert om bij ontslag thuisinterventies
te laten uitvoeren en dit in het kader van
volledigheid van ergotherapeutische
adviezen.**

**We bevelen niet aan om thuisinterventies
voor ontslag door
ziekenhuisergotherapeuten te laten
uitvoeren.**

**Wordt
toegepast**

**Wordt niet
toegepast**

**Wordt
deels
toegepast**

We bevelen aan dat afspraken over het delen van vertrouwelijke informatie schriftelijk worden vastgelegd.

We bevelen aan dat zorgverleners gebruik maken van HIT om onderling informatie uit te wisselen.

We suggereren dat bij het inschakelen van Health Information Technology (HIT) (1) oudere personen en/of hun mantelzorgers worden betrokken bij de gezondheidsdoelen van de oudere persoon, (2) nagegaan wordt hoe ze de vertrouwelijkheid en veiligheid van de HIT waarnemen, (3) ervoor wordt gezorgd dat er geen technische storingen zijn en (4) dat de informatie betrouwbaar is.

Verder verloop van de studie

Indien u interesse heeft in het vervolg van deze studie (vragenlijst 1b) kan u via onderstaande link uw mailadres doorgeven. Deze gegevens worden apart bewaard en zullen alleen gebruikt worden om de opgegeven deelnemers te contacteren voor de tweede vragenlijst. Na het onderzoek zullen deze contactgegevens vernietigd worden. <https://survey.kuleuven.cloud/248419?lang=nl>*

Heeft u verder nog vragen of opmerkingen?*

Verzend uw enquête.

Bedankt voor uw deelname aan deze enquête.

9.4 Bijlage 4: Vragenlijst 1b: Barrières en facilitators

Deze enquête is nu niet actief. Uw antwoorden kunnen niet worden opgeslagen.



Om te kunnen beginnen moeten we eerst controleren of er misschien sprake is van een aansturend programma in plaats van een gebruiker.

*Voer het resultaat van de volgende som in:

36 - 6 =

Opvolgingsbevraging rond barrières en facilitators van de implementatie van aanbevelingen rond Frailty

Er zijn 6 vragen in deze enquête.

Volgende

Informed consent

Titel van de studie: Barrières en facilitators voor de implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon' binnen de Vlaamse zorgcontext.

Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. Ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen. De ethische comités zijn niet betrokken bij het opstellen of het uitvoeren van het onderzoek, het comité beoordeelt de studie als onafhankelijke partij.

U dient het positief advies van het Ethisch Comité in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Door 'akkoord' aan te duiden onder de ICF in de vragenlijst en verder te gaan stemt u in met een deelname aan dit onderzoek.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidsgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn¹.

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren².

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Niet gecodeerde data, evenals eventuele audio- en/of videofragmenten, van (niet) afgeronde interviews zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw onderzoeker op volgend contactadres: oona.devos@student.kuleuven.be of telefoonnummer +324 72 47 45 48. Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacy team van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichhoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichhoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

*Geïnformeerde toestemming

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennisgenomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoeft ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Indien u graag op de hoogte wordt gehouden van de resultaten van dit onderzoek, kan u dit op het einde van de vragenlijst doorgeven en uw mailadres opgeven.

Kies één van de volgende antwoorden

☐ Ik stem toe om deel te nemen aan dit onderzoek.

Opvolgingsvragen

Beste ergotherapeut,

Bedankt voor uw bereidheid tot deelname aan deze opvolgingsvragenlijst aangaande de implementatie van de klinische richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon' binnen de Vlaamse zorgcontext.

Het doel van deze vragenlijst is om op basis van de resultaten van voorgaande vragenlijst in kaart te brengen wat de barrières en facilitators van de implementatie zijn en welke aanbevelingen prioritair zijn.

Het invullen van deze vragenlijst neemt maximum 15 minuten in beslag. Er zijn geen goede of foute antwoorden, we zijn enkel geïnteresseerd in uw ervaring en mening.

Uw antwoorden worden anoniem verwerkt en contactgegevens zullen na het afwerken van deze studie worden vernietigd.

Indien u vragen hebt kan u contact opnemen met Oona De Vos via oona.devos@student.kuleuven.be of met de co-promotor van deze masterproef leen.deconinck@kuleuven.be.

Nogmaals hartelijk dank voor uw medewerking. Uw bijdrage draagt bij tot de profilering en kwaliteit van ons beroep in de eerstelijnszorg.

Met vriendelijke groet,

Oona De Vos

Student master in de ergotherapie

KULeuven/ UHasselt

*Geef de 5, voor u, meest prioritaire aanbevelingen uit bovenstaande lijst.

*Wat zijn volgens u de belangrijkste barrières omtrent de implementatie van bovenstaande aanbevelingen?

*Wat zijn volgens u de facilitators/ succesfactoren omtrent de implementatie van bovenstaande aanbevelingen?

Volgende

Verder verloop van de studie

Indien u interesse heeft in een verdiepend interview, kan u via onderstaande link uw mailadres doorgeven. Deze gegevens worden apart bewaard en zullen alleen gebruikt worden om de opgegeven deelnemers te contacteren voor een eventueel interview. Na het onderzoek zullen deze contactgegevens vernietigd worden.
<https://survey.kuleuven.cloud/248419?lang=nl>

Heeft u verder nog vragen of opmerkingen?

9.5 Bijlage 5: Interviewgids

Introductie

- Bedankt voor deelname
- Wie ben ik?
- Waarover gaat het onderzoek

Praktische zaken

- Informed consent!
- Werd het blad met aanbevelingen overlopen door de participant?

Welke aanbevelingen zijn volgens u prioritair (de vijf belangrijkste?) en waarom?

Welke barrières observeerde u reeds in de praktijk (obstakels)?

Welke facilitators observeerde u reeds in de praktijk (succesfactoren)?

Naar aanleiding van wat in dit interview is gezegd of nog niet is gezegd, hebt u mogelijks nog aanvullingen of bedenkingen rondom implementatie? Deel die gerust mee, het kan me helpen bij het correct uitwerken van het beantwoorden van mijn onderzoeksvraag.

Afronden

Vragen en bedenkingen altijd welkom

Bedanking

9.6 Bijlage 6: Codeboom

Name	Description	Files	References
Aanbevelingen		0	0
Alternatief transportmiddel		1	1
Waarom prioritair		0	0
Ergo beter inzicht, advies obv probleemanalyse		1	1
Betekenisvolle ervaringen opdoen		1	1
Waarom prioritair		0	0
Geen interesse in stereotype activiteiten		1	1
Oud zijn staat niet gelijk aan dementie		1	2
Doelen interprofessioneel bespreken		3	3

Name	Description	Files	References
Doelen sneller behalen		1	1
Minder dubbel werk		1	1
Open communicatie		1	1
Functionele testen		1	1
Waarom prioritair		0	0
Gestandaardiseerd beoordelingsinstrument		2	2
Waarom prioritair		1	1
Groepsinterventies voor sociale participatie		1	1
Waarom prioritair		0	0
Eenzaamheid verhelpen		1	1
Ervaringen delen		1	2
Individuele cognitieve interventies		1	1
Kenbaarheid 1e lijn		2	2
Waarom prioritair		1	1
Betere communicatie		1	1
Meer doorverwijzing		1	1
Werken op maat		1	1
Noden mantelzorger		2	2
Waarom prioritair		0	0

Name	Description	Files	References
Problemen bij uitval mantelzorger		1	1
Oefeningen integreren in dagelijks functioneren		1	1
Waarom prioritair		0	0
Therapie vanzelf doen		1	1
Stimuleren bespreken familie		1	1
Waarom prioritair		0	0
Extra informatie		1	1
Meer draagkracht voor doelen		1	1
Subscores		2	2
Waarom prioritair		1	1
Totaalbeeld		1	1
Training om frailty op te sporen		1	1
Waarom prioritair		0	0
Preventieve doorverwijzing		1	2
Zelfbeoordelingsinstrument		1	1
Waarom prioritair		1	1
ZH ET geen thuisinterventies		1	1
Agendapunten		0	0

Name	Description	Files	References
Doelgerichte zorg		1	2
Gekendheid		2	2
Open communicatie		1	2
Preventie		1	1
Vergeten doelgroep		1	2
Barrières		0	0
Afwezigheid persoonlijk netwerk		1	1
Afwezigheid vertrouwensband		2	3
Beperkt in middelen		1	1
Beperkte doorverwijzing		3	5
Beperkte samenwerking		2	2
Cognitie van de cliënt		1	1
Communicatie		3	5
Foute, tegenstrijdige adviezen		1	7
Fouten, problemen niet toegeven		1	1
Geen terugbetaling		1	1
Mantelzorger		1	3
Mobiliteit		1	1
Moeilijk vindbaar		1	1
Momentopname		1	1

Name	Description	Files	References
Onafhankelijk willen blijven van organisaties		1	1
Onbekendheid		4	10
Onvoldoende kennis		2	4
Onvoldoende opleidingsmogelijkheden		1	1
Privacy		3	3
Taboe, schaamte		1	2
Te algemene blik		1	1
Te specifieke blik		1	1
Technologische ongeletterdheid		1	1
Theorie niet toepasbaar		1	1
Tijdstekort		4	12
Woning verlaten		1	1
Facilitators		0	0
Case manager		1	1
Educatie		2	4
Eerstelijnszones		1	1
Gekender bij jonge generatie		1	1
Groepsinterventies, ervaringen delen		1	1
Multidisciplinaire samenwerking		3	13

Name	Description	Files	References
Netwerking		1	1
Onbewuste gewoonte		1	1
Sterktegericht werken, empowerment		1	1
Structuur		1	1
Technologische platformen		2	2
Testmateriaal voorzien		1	1
Thuiszorg		1	1
Tijd voorzien		1	1
Zorgcoördinatie		2	6

9.7 Bijlage 7: Resultaten vragenlijst 1a

Aanbevelingen wel geïmplementeerd volgens vragenlijst 1a
Klinische vraag 1
We bevelen aan dat ergotherapeuten zich profileren als expert in het screenen van problemen in het functioneren in het dagelijks leven.
We bevelen aan dat eerstelijns ergotherapeuten zich transparant profileren als expert in het functioneren in het dagelijks leven en de omgeving waarin dit functioneren plaats vindt.
Klinische vraag 2
We bevelen aan om de tijd tussen de detectie van de hoog risicopersoon, het ergotherapeutisch assessment en de uitvoering van de aanbevelingen zo kort mogelijk te houden.
We bevelen aan dat ergotherapeuten hun beoordeling van betekenisvol handelen uitvoeren in de vertrouwde omgeving van de oudere persoon, of in een omgeving die de vertrouwde omgeving zo goed mogelijk simuleert.
We bevelen aan dat ergotherapeuten zich bij beoordelingen richten op het in kaart brengen van de zowel de zwaktes, als de mogelijkheden binnen betekenisvol handelen.
We bevelen aan dat ergotherapeuten de interesses, behoeften, voorkeuren en de perceptie van de oudere persoon over zijn handelen op functioneel en participatie niveau bevragen.
We bevelen aan dat de ergotherapeut bij het afnemen van de beoordeling aandacht besteedt aan de levensstijl en aan de balans in betekenisvol handelen van de oudere persoon en waar relevant zijn mantelzorger.
We bevelen aan dat zorgverleners doorverwijzen naar ergotherapeuten wat betreft woningaanpassing in het kader van valpreventie.
Klinische vraag 3

We bevelen aan om het opstellen van persoonlijke en haalbare doelen voor de oudere thuiswonende persoon op te nemen in het proces van cliëntgericht werken.

Klinische vraag 4

We bevelen aan om de ergotherapeutische interventies bij fysiek kwetsbare oudere personen uit te voeren vanuit een cliëntgerichte houding met aandacht voor empowerment.

We bevelen aan om beslissingsondersteuning toe te passen om de keuze van de interventie te bepalen.

We bevelen aan om de interventies op maat van de kwetsbare oudere persoon aan te bieden als onderdeel van een interprofessionele aanpak.

We bevelen aan om individuele thuisinterventies uit te voeren die bestaan uit een combinatie van: verhogen van gezondheidsgeletterdheid, advies over methodeverandering bij het uitvoeren van dagelijkse handelingen, advies over hulpmiddelen en oefenen in het gebruik ervan, advies over woningaanpassing met inbegrip van verlichting, advies over ergonomie, oefenen van dagelijkse handelingen, aanleren van zelfmanagementstrategieën, aanleren van valpreventiestrategieën, advies over mogelijkheden dienstverlening.

We bevelen aan om deze interventies te beperken over de tijd en af te sluiten met een follow up sessie.

We suggereren om in het kader van gezondheidspromotie interventies te verstrekken die het fysieke, sociaal, cognitief en mentaal functioneren verbeteren.

We suggereren om in het bijzonder bij oudere personen met depressieve symptomen levensstijl gerichte interventies aan te bieden die enerzijds ertoe aanzetten om meer activiteiten uit te voeren die leiden tot sociale contacten, en anderzijds activiteiten faciliteren die een betekenis hebben voor de persoon.

We bevelen aan om een motiverende component en/of ondersteunende hulpmiddelen toe te voegen bij het trainen van het fysieke functioneren.

We bevelen aan om gedragsveranderingsstrategieën aan te leren aanvullend op het aanbieden van evidence-based fysieke oefeningen.

We bevelen aan om in kader van beslissingsondersteuning met de mantelzorger of familie van de kwetsbare oudere persoon te overleggen, als deze dit wenst.

We bevelen aan om hierbij voldoende aandacht te hebben voor planning en voor communicatie, informatie en educatie van de oudere persoon en zijn mantelzorger.

Aanbevelingen niet geïmplementeerd volgens vragenlijst 1a

Klinische vraag 1

We suggereren niet om systematisch preventieve huisbezoeken op populatieniveau uit te voeren.

We suggereren om binnen een eerstelijnszone een procedure vast te leggen waarin is opgenomen hoe de detectie en doorverwijzing van hoog-risicopersonen aangaande kwetsbaarheid verloopt.

We suggereren om per eerstelijnszone een coördinator aan te duiden die dit proces monitort.

We suggereren dat alle gezondheids- en welzijnswerkers up-to-date zijn van de opsporings- en doorverwijzingsprocedure in hun eerstelijnszone.

Klinische vraag 2

We bevelen aan om multidisciplinair samen te werken om een uitgebreide geriatrische beoordeling (Comprehensive Geriatric Assessment of CGA) uit te voeren bij de thuiswonende oudere persoon waarbij een taakverdeling moet worden bekeken in kader van expertise en kosteneffectiviteit.

We bevelen aan om in kader van haalbaarheid naargelang de context te beslissen of een beoordeling bij ontslag wordt uitgevoerd door een ergotherapeut werkzaam in het ziekenhuis of in de thuiszorg.

We suggereren dat de ergotherapeut in zijn functie als rij-expert het beslissingsproces om al dan niet terug te rijden onderbouwt, de beoordeling van rijgeschiktheid meebepaalt en de persoon ondersteunt in het realistisch inschatten van de rijrisico's in zijn specifieke situatie.

We suggereren dat de ergotherapeut bij de beoordeling van de rijgeschiktheid volgende aspecten in kaart brengt: het gedrag van de chauffeur, de executieve functies (rij specifiek en BADL/IADL) en de algemene cognitieve, en visuele en visuo-motorische vaardigheden.

We suggereren om te overwegen al dan niet gebruik te maken van een rijsimulator in kader van het voorspellen van rijgeschiktheid.

Klinische vraag 4

We suggereren niet om een interprofessioneel interventie programma in het kader van betekenisvol dagelijks handelen of sociale participatie aan te bieden als er geen ergotherapeut betrokken is.

We suggereren om off-road vaardigheden te trainen en/of computer gebaseerde simulatietraining, waaronder verwerkingssnelheid, te verstrekken in het kader van rijvaardigheid.

Klinische vraag 5

We bevelen aan dat er samenwerking is tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg. We bevelen aan dat ziekenhuisergotherapeuten of het ontslagteam een eerstelijns ergotherapeut contacteert om bij ontslag thuisinterventies te laten uitvoeren en dit in het kader van volledigheid van ergotherapeutische adviezen.

We bevelen aan dat zorgverleners gebruik maken van HIT om onderling informatie uit te wisselen.

We suggereren dat bij het inschakelen van Health Information Technology (HIT) (1) oudere personen en/of hun mantelzorgers worden betrokken bij de gezondheidsdoelen van de oudere persoon, (2) nagegaan wordt hoe ze de vertrouwelijkheid en veiligheid van de HIT waarnemen, (3) ervoor wordt gezorgd dat er geen technische storingen zijn en (4) dat de informatie betrouwbaar is.

Aanbevelingen deels geïmplementeerd volgens vragenlijst 1a

Klinische vraag 1

We suggereren om frailty op te sporen bij oudere thuiswonende personen vanaf 75 jaar.

We suggereren dat huisartsen en alle andere eerstelijnszorgverleners een hoog risico detectie op frailty uitvoeren tijdens hun reguliere huisbezoeken.

We bevelen aan om valide beoordelingsinstrumenten in de vorm van zelfrapportage, klinische observatie of een combinatie van beide te gebruiken voor het detecteren van frailty.

We bevelen aan dat de keuze van beoordelingsinstrument voor frailty wordt bepaald door het doel dat men voor ogen heeft en de context waarin het instrument zal worden gebruikt.

We bevelen aan dat ergotherapeuten hun bereikbaarheid kenbaar maken zowel binnen een eerstelijnszone, als naar de diensten geriatrie van de tweede lijn in hun zorgregio om zo een gestroomlijnde doorverwijzing na te streven en geïntegreerde cliënt gecentreerde zorg te verlenen.

We bevelen aan dat alle gezondheids- en welzijnswerkers die direct of indirect in contact komen met oudere personen, binnen hun eerstelijnszone getraind worden om kwetsbare oudere personen en hoog-risicopersonen op frailty op te sporen en door te verwijzen naar relevante zorgverleners, waaronder ergotherapeuten.

We bevelen aan dat ergotherapeuten kwetsbare oudere personen en hoog-risicopersonen op frailty opsporen en in het kader van interdisciplinaire aanpak ook doorverwijzen naar de relevante zorgverleners.

Klinische vraag 2

We bevelen aan dat ergotherapeuten naast hun klinische expertise, indien relevant, in alle fases van het therapeutisch proces beoordelingsinstrumenten gebruiken.

We bevelen aan dat ergotherapeuten een bijdrage leveren aan het interdisciplinaire team door te overwegen om gestandaardiseerde beoordelingsinstrumenten met voorspellende waarde naar nood aan thuiszorg af te nemen.

We bevelen aan dat een zorgprofessional screent op valrisico en indien nodig doorverwijst naar een ergotherapeut en vice versa.

We bevelen aan dat ergotherapeuten in een betrouwbaar beoordelingsinstrument afnemen om de component 'gedrag' als risicofactor voor valpreventie in kaart te brengen.

We bevelen aan dat de ergotherapeut de oudere persoon en of zijn mantelzorger een zelfbeoordelingsinstrument met duidelijke handleiding over valrisicofactoren in de woonomgeving laat afnemen.

We bevelen aan dat de ergotherapeut naast de reguliere cognitieve beoordelingsinstrumenten ook functionele testen gebruikt om cognitie in kaart te brengen.

We bevelen aan dat ergotherapeuten voldoende tijd voorzien om het handelen op vlak van ADL (BADL en IADL) in kaart te brengen met behulp van een gestandaardiseerd beoordelingsinstrument (observatie, interview of zelfbeoordelingsinstrument door oudere persoon of mantelzorger).

We bevelen aan dat de ergotherapeut de keuze van het instrument aanpast aan de persoon en zijn context, door onder meer rekening te houden met mogelijke vloer- en plafondeffecten.

We bevelen aan dat de ergotherapeut de testing over de tijd spreidt als dit wenselijk is.

We bevelen aan dat bij de interpretatie van de scores van BADL- en IADL-metingen niet enkel rekening wordt gehouden met de totaalscore, maar ook met de subscores.

We bevelen aan dat de ergotherapeut de persoon, die niet rijgeschikt werd beoordeeld, begeleidt in het vinden en gebruiken van alternatieve transportmiddelen, en coacht bij andere gevolgen op vlak van participatie.

We bevelen aan om over de wettelijke beslissing tot rijgeschiktheid door te verwijzen naar de nationale bevoegde instantie CARA.

We suggereren dat de ergotherapeut naast het beoordelen van BADL, IADL, mobiliteit en vrije tijd, ook de vaardigheden beoordeelt om technologie en eventuele applicaties te gebruiken.

Klinische vraag 3

We bevelen aan dat de vier fases in het doelen bepalen worden doorlopen.

We bevelen aan om de ergotherapie doelen mee te delen en te bespreken binnen het interprofessionele team en dit over verschillende settings heen (vb. ziekenhuis – thuis).

We suggereren dat de ergotherapeut de thuiswonende oudere persoon stimuleert om zijn behandelingswensen met zijn familie te bespreken anticiperend op een mogelijke toekomstige situatie waarin de persoon ondersteuning nodig heeft om behandelingsbeslissingen te nemen.

Klinische vraag 4

We suggereren om in het kader van gezondheidspromotie aanvullend op thuisinterventies groepsinterventies te verstrekken om de sociale participatie te bevorderen.

We bevelen aan om op maat uitgewerkte evidence-based fysieke oefeningen aan te leren die aanzetten tot bewegen en die kunnen worden geïntegreerd in het dagelijks functioneren en dit bijkomend op het uitvoeren van de reguliere dagelijkse activiteiten.
We bevelen aan om de kwetsbare oudere persoon ervaringen die betekenisvol zijn te laten opdoen door onder meer de zorg op te nemen voor iets, of intergenerationele samenwerkingen te stimuleren.
We suggereren niet om robotica te gebruiken om mobiliteit of zelfzorg te ondersteunen.
We suggereren om individuele cognitieve interventies te verstrekken die het werkgeheugen en probleemoplossend vermogen trainen en al dan niet zijn gerelateerd aan dagelijkse situaties. We suggereren om aanvullend een follow up sessie te voorzien om de transfer naar probleemoplossend vermogen in IADL te verhogen.
We bevelen aan om bewustwording over de persoonlijke rijvaardigheden bij te brengen, onderhandelende keuzes over toekomstige transportmiddelen te stimuleren en gebruik van alternatieve transportmiddelen te trainen.
We bevelen aan om de mantelzorgers te ondersteunen in empowerment door aanvullend op de reguliere ondersteuning korte psycho-educatieve telefonische, internet gebaseerde en/of technologie gebaseerde interventies in te schakelen.
We bevelen aan om de functionele noden van de kwetsbare oudere persoon die nog niet zijn ingewilligd bij ontslag uit het ziekenhuis aan te pakken en in overleg tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg vanuit de eerstelijnszorg cliëntgerichte, geïntegreerde thuisinterventies uit te voeren.
Klinische vraag 5
We bevelen aan om in complexe situaties een zorgcoördinator aan te stellen.
We bevelen aan dat bij zorgcoördinatie de zorgcoördinator deel uitmaakt van een meer algemene geïntegreerde structuur en dit in functie van continuïteit op vlak van zorgcoördinatie zowel wat betreft gezondheidszorg, welzijn, als dienstverlening.
We bevelen aan dat -indien zorgcoördinatie wordt toegepast- de zorgcoördinator een lid is van het behandelend team van de oudere persoon.
We bevelen aan dat binnen de zorgcoördinatie naast de cliëntgerichte doelen voor de oudere persoon en de organisatorische verwachtingen, ook de noden van de mantelzorg over het optimaliseren van de zorg worden opgenomen en er op maat opleidingen met multidisciplinaire insteek worden voorzien (vb over voeding, ergonomie, ...).
We bevelen niet aan om thuisinterventies voor ontslag door ziekenhuisergotherapeuten te laten uitvoeren.
We bevelen aan dat afspraken over het delen van vertrouwelijke informatie schriftelijk worden vastgelegd.

9.8 Bijlage 8: Prioritaire aanbevelingen vragenlijst 1b

Prioritaire aanbevelingen volgens vragenlijst 1b	
Klinische vraag 1	
We bevelen aan dat er samenwerking is tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg. We bevelen aan dat ziekenhuisergotherapeuten of het ontslagteam een eerstelijns ergotherapeut contacteert	II

om bij ontslag thuisinterventies te laten uitvoeren en dit in het kader van volledigheid van ergotherapeutische adviezen.	
We suggereren niet om een interprofessioneel interventie programma in het kader van betekenisvol dagelijks handelen of sociale participatie aan te bieden als er geen ergotherapeut betrokken is.	I
We bevelen aan om multidisciplinair samen te werken om een uitgebreide geriatrische beoordeling (Comprehensive Geriatric Assessment of CGA) uit te voeren bij de thuiswonende oudere persoon waarbij een taakverdeling moet worden bekeken in kader van expertise en kosteneffectiviteit	III
We suggereren om binnen een eerstelijnszone een procedure vast te leggen waarin is opgenomen hoe de detectie en doorverwijzing van hoog-risicopersonen aangaande kwetsbaarheid verloopt.	II
We suggereren dat alle gezondheids- en welzijnswerkers up-to-date zijn van de opsporings- en doorverwijzingsprocedure in hun eerstelijnszone.	II
We suggereren dat de ergotherapeut in zijn functie als rij-expert het beslissingsproces om al dan niet terug te rijden onderbouwt, de beoordeling van rijgeschiktheid meebepaalt en de persoon ondersteunt in het realistisch inschatten van de rijrisico's in zijn specifieke situatie.	I
We suggereren dat de ergotherapeut bij de beoordeling van de rijgeschiktheid volgende aspecten in kaart brengt: het gedrag van de chauffeur, de executieve functies (rij specifiek en BADL/IADL) en de algemene cognitieve, en visuele en visuo-motorische vaardigheden.	I
We bevelen aan dat er samenwerking is tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg.	II
We bevelen aan dat ziekenhuisergotherapeuten of het ontslagteam een eerstelijns ergotherapeut contacteert om bij ontslag thuisinterventies te laten uitvoeren en dit in het kader van volledigheid van ergotherapeutische adviezen.	I
We bevelen aan om in kader van haalbaarheid naargelang de context te beslissen of een beoordeling bij ontslag wordt uitgevoerd door een ergotherapeut werkzaam in het ziekenhuis of in de thuiszorg.	I

9.9 Bijlage 9: Gebruik GenAI

Use of ChatGPT (or any other AI writing assistance tool)

Form to be completed

Student name: De Vos Oona

Student number: 2470283

Please indicate with "X" whether it relates to a course assignment or to the master thesis:

☐ **This form is related to a course assignment.**

Course name:

Course number:

☒ **This form is related to my Master thesis.**

Title Master thesis:

Barrières en facilitatoren voor de implementatie van de richtlijn 'Ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende, fysiek kwetsbare, oudere persoon' binnen de Vlaamse zorgcontext.

Promotor: Professor Daphne Kos

Please indicate with "X":

☐ I did not use ChatGPT or any other AI writing assistance tool.

☒ I did use AI Writing Assistance. In this case specify which one (e.g. ChatGPT/GPT4/...):

ChatGPT/ GPT4

Please indicate with "X" (possibly multiple times) in which way you were using it:

☒ Assistance purely with the language of the paper

- *Code of conduct:* This use is similar to using a spelling checker

☐ As a search engine to learn on a particular topic

- *Code of conduct:* This use is similar to e.g. a google search or checking Wikipedia. Be aware that the output of Chatbot evolves and may change over time.

☐ For literature search

- *Code of conduct:* This use is comparable to e.g. a google scholar search. However, be aware that some AI writing assistance tools like ChatGPT may output no or wrong references. As a student you are responsible for further checking and verifying the absence or correctness of references.

☒ For short-form input assistance

- *Code of conduct:* This use is similar to e.g. google docs powered by generative language models

☐ To let generate programming code

- *Code of conduct:* Correctly mention the use of ChatGPT (or other AI writing assistance tool) and cite it. You can also ask ChatGPT how to cite it.

☐ To let generate new research ideas

- *Code of conduct:* Further verify in this case whether the idea is novel or not. It is likely that it is related to existing work, which should be referenced then.

☐ To let generate blocks of text

- *Code of conduct:* Inserting blocks of text without quotes from ChatGPT (or other AI writing assistance tool) to your report or thesis is not allowed. According to Article 84 of the exam regulations in evaluating your work one should be able to correctly judge on your own knowledge. In case it is really needed to insert a block of text from ChatGPT (or other AI writing assistance tool), mention it as a citation by using quotes. But this should be kept to an absolute minimum.

O Other

- *Code of conduct:* Contact the professor of the course or the promotor of the thesis. Inform also the program director. Motivate how you comply with Article 84 of the exam regulations. Explain the use and the added value of ChatGPT or other AI tool:

Further important guidelines and remarks

- ChatGPT cannot be used related to data or subjects under NDA agreement.
- ChatGPT cannot be used related to sensitive or personal data due to privacy issues.
- Take a scientific and critical attitude when interacting with ChatGPT (or other AI writing assistance tool) and interpreting its output. Don't become emotionally connected to AI tools.
- As a student you are responsible to comply with Article 84 of the exam regulations: your report or thesis should reflect your own knowledge. Be aware that plagiarism rules also apply to the use of ChatGPT or any other AI tools.
- Exam regulations Article 84: "Every conduct individual students display with which they (partially) inhibit or attempt to inhibit a correct judgement of their own knowledge, understanding and/or skills or those of other students, is considered an irregularity which may result in a suitable penalty. A special type of irregularity is plagiarism, i.e. copying the work (ideas, texts, structures, designs, images, plans, codes , ...) of others or prior personal work in an exact or slightly modified way without adequately acknowledging the sources. Every possession of prohibited resources during an examination (see article 65) is considered an irregularity."
- ChatGPT suggestion about citation: Citing and referencing ChatGPT output is essential to maintain academic integrity and avoid plagiarism.

Here are some guidelines on how to correctly cite and reference ChatGPT in your Master's thesis: 1. Citing ChatGPT: Whenever you use a direct quote or paraphrase from ChatGPT, you should include an in-text citation that indicates the source. For example: (ChatGPT, 2023). 2. Referencing ChatGPT: In the reference list at the end of your thesis, you should include a full citation for ChatGPT. This should include the title of the AI language model, the year it was published or trained, the name of the institution or organization that developed it, and the URL or DOI (if available). For example: OpenAI. (2021). GPT-3 Language Model. <https://openai.com/blog/gpt-3-apps/> 3. Describing the use of ChatGPT: You may also want to describe how you used ChatGPT in your research methodology section. This could include

details on how you accessed ChatGPT, the specific parameters you used, and any other relevant information related to your use of the AI language model. Remember, it is important to adhere to your institution's specific guidelines for citing and referencing sources in your Master's thesis. If you are unsure about how to correctly cite and reference ChatGPT or any other source, consult with your thesis advisor or a librarian for guidance.”

Additional reading

ACL 2023 Policy on AI Writing Assistance: <https://2023.aclweb.org/blog/ACL-2023-policy/>
KU Leuven guidelines on citing and referencing Generative AI tools, and other information: <https://www.kuleuven.be/english/education/student/educational-tools/generative-artificial-intelligence>