

Ergotherapie
voor het behoud van de functionaliteit en
de sociale participatie
van de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon

Deel 1: Klinische richtlijn



GDG:

***De Coninck L., Bouckaert L., Cordyn S., De Schutter F., Gielen E., Guisset ME.,
Kos D., Ledoux A., Aertgeerts B.***

Ergotherapie
voor het behoud van de functionaliteit en
de sociale participatie
van de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon

Deel 1: Klinische richtlijn

Versie aangepast aan de opmerkingen van de validatiecommissie van Cebam en
gevalideerd op 9/3/2023



GDG:

***De Coninck L., Bouckaert L., Cordyn S., De Schutter F., Gielen E., Guisset ME.,
Kos D., Ledoux A., Aertgeerts B.***



Deze richtlijn werd ontwikkeld binnen het Evikey netwerk met de financiële steun van de FOD Volksgezondheid. www.evikey.be

Table of Contents

Overzicht klinische vragen met aanbevelingen	6
Subvraag 1	6
Subvraag 2	8
Subvraag 3	11
Subvraag 4	12
Subvraag 5	15
1 Situering	17
1.1 Introductie	17
1.1.1 Doelpopulatie en gezondheidsprobleem	17
1.1.2 Nastreven zelfredzaamheid	18
1.1.3 Ergotherapie bij de doelpopulatie	18
1.1.4 Functionaliteit	20
1.1.5 Sociale participatie	20
1.2 Scope van de richtlijn	21
1.2.1 Centrale klinische vraag en PIPOH	21
1.2.2 Klinische subvragen	21
1.3 Doelgroep	22
1.3.1 Bepaling doelgroep	22
1.3.2 In- en exclusiecriteria	23
1.4 Beoogde eindgebruikers	23
1.5 Samenwerkingsverbanden	24
1.6 Betrokkenheid van de belanghebbenden	26
1.7 Methodiek opstellen aanbevelingen	27
1.8 Waarde-toekenning aanbevelingen	27
1.9 Randvoorwaarden, inclusief facilitators en barrières voor implementatie	29
1.9.1 Randvoorwaarden	29
1.9.2 Facilitators en barrières voor implementatie	29
1.10 Opvolging naleving richtlijn	31
1.11 Herziening van de richtlijn	33
1.12 Belangenvermenging	34
1.13 Validatie	34
1.14 Erkenning	34

1.15 Verklarende lijst termen en afkortingen.....	34
1.16 Referenties situering	37
2 Aanbevelingen met onderbouwing per klinische vraag.....	40
2.1 Klinische vraag 1	40
2.1.1 Screening algemeen.....	40
2.1.2 Preventieve huisbezoeken	41
2.1.3 Ergotherapie	42
2.1.4 Screening op frailty	43
2.1.5 Profilering ergotherapeuten in kader van doorverwijzing	44
2.1.6 Personen die kunnen doorverwijzen (naar de ergotherapeut of elkaar).....	44
2.1.7 Structuren in kader van doorverwijzing	45
2.1.8 Advies naar implementatie	46
2.2 Klinische vraag 2	47
2.2.1 Methodiek bij evaluatie	47
2.2.2 Taakverdeling bij evaluatie.....	49
2.2.3 Inhoud evaluatie: valpreventie	51
2.2.4 Inhoud evaluatie: cognitie.....	52
2.2.5 Inhoud evaluatie: BADL en IADL.....	53
2.2.6 Inhoud evaluatie: IADL - rijgeschiktheid.....	55
2.2.7 Inhoud evaluatie: IADL - technologie	58
2.2.8 Advies naar implementatie	59
2.3 Klinische vraag 3	60
2.3.1 Algemeen	60
2.3.2 Fases in doelbepaling.....	61
2.3.3 Teamwerking.....	62
2.3.4 Toekomstgerichtheid	63
2.3.5 Advies naar implementatie	64
2.4 Klinische vraag 4	65
2.4.1 Interventies: basisprincipes	65
2.4.2 Gezondheidspromotie en preventie om fysiek, sociaal, cognitief en mentaal functioneren te verbeteren	69
2.4.3 Dagelijks handelen en sociale participatie	71
2.4.4 Samenwerking.....	74

2.4.5 Advies naar implementatie	76
2.5 Klinische vraag 5	77
2.5.1 Zorgcoördinatie.....	77
2.5.2 Transmurale samenwerking.....	78
2.5.3 Vertrouwelijkheid.....	79
2.5.4 Gezondheidsinformatietechnologie	80
2.5.5 Advies naar implementatie	81
3 Referenties	82
3.1 Referenties klinische subvraag 1	82
3.2 Referenties klinische subvraag 2	83
3.3 Referenties klinische subvraag 3	86
3.4 Referenties klinische subvraag 4	87

Overzicht klinische vragen met aanbevelingen

In het kader van valpreventie adviseren we om de [ergo-richtlijn valpreventie](#) te raadplegen. Enkel aspecten over valpreventie die niet zijn opgenomen in de ergo-richtlijn valpreventie komen hier aan bod.

Subvraag 1

Hoe kan de fysiek kwetsbare oudere persoon worden gedetecteerd (case finding)? Hoe kan de fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn sociale context efficiënt en effectief doorverwezen worden naar een ergotherapeut?

Case Finding

Aanbeveling 1.1

We suggereren om frailty op te sporen bij oudere thuiswonende personen vanaf 75 jaar. **2C**
(Apóstolo et al., 2017; Mason et al., 2007)

Preventieve huisbezoeken

Aanbeveling 1.2:

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

We suggereren niet om systematisch preventieve huisbezoeken op populatieniveau uit te voeren. **2C**
(Bouman et al., 2008; Donnelly, 2014; Fagerström et al., 2009; Kronborg et al., 2006; McIntyre, 2019; Van Kempen et al., 2015)

Profilering ergotherapie in kader van screening

Aanbeveling 1.3:

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

Screeningsinstrumenten

Aanbeveling 1.4A:

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. **1C**

(Abassi et al., 2018; Apóstolo et al., 2017; Metzelthin et al., 2010)

Aanbeveling 1.4B:

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. **GPP**

Profilering ergotherapeuten in kader van doorverwijzing

Aanbeveling 1.5A:

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. **GPP**

Aanbeveling 1.5B:

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. **GPP**

Personen die kunnen doorverwijzen (naar de ergotherapeut of elkaar)

Aanbeveling 1.6A:

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. **GPP**

Aanbeveling 1.6B:

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. **GPP**

Structuren in kader van doorverwijzing

Aanbeveling 1.7A:

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. **2C**

(Abassi et al., 2018)

Aanbeveling 1.7B:

We suggereren om per eerstelijnszone een coördinator aan te duiden die dit proces monitort. **2C**

(Abassi et al., 2018)

Aanbeveling 1.7C:

We suggereren dat alle gezondheids- en welzijnswerkers up-to-date zijn van de opsporings- en doorverwijzingsprocedure in hun eerstelijnszone. **2C**

(Abassi et al., 2018; McIntyre et al., 2019)

Subvraag 2

Welke multifactoriële ergotherapeutische evaluatie is aangewezen bij de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn context?

Methodiek bij evaluatie

Aanbeveling 2.1:

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. **1C**

(Stewart et al., 2005)

Aanbeveling 2.2:

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. **1C**

(Jakobsson et al., 2011; Provencher et al., 2013)

Aanbeveling 2.3A:

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. **GPP**

Aanbeveling 2.3B:

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. **GPP**

Aanbeveling 2.4:

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

Aanbeveling 2.5:

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. **GPP**

Taakverdeling bij evaluatie

Aanbeveling 2.6:

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. **1C**

(Bouman et al., 2008; Frese et al., 2012; McIntyre et al., 2019; Pighills et al., 2011)

Aanbeveling 2.7:

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. **1C**

(Avlund et al., 2002; Provencher et al., 2013)

Aanbeveling 2.8:

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. **1C**

(Brown et al., 2013)

Inhoud evaluatie: valpreventie

Aanbeveling 2.9:

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

Aanbeveling 2.10:

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

Aanbeveling 2.11:

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. **GPP**

Aanbeveling 2.12:

We bevelen aan dat zorgverleners doorverwijzen naar ergotherapeuten wat betreft woningaanpassing in het kader van valpreventie. **1C**

(MacKenzie et al., 2018; McIntyre et al., 2019; Pighills et al., 2011)

Inhoud evaluatie: 'cognitie'

Aanbeveling 2.13:

We bevelen aan dat de ergotherapeut naast de reguliere cognitieve beoordelingsinstrumenten ook functionele testen gebruikt om cognitie in kaart te brengen. **1C**

(Belchior et al., 2015; Harper et al., 2019)

Inhoud evaluatie: BADL en IADL

Aanbeveling 2.14:

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). **1C**

(Giambelluca et al., 2019)

Aanbeveling 2.15A:

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 plafondeffecten¹. **1C**

(Belchior et al., 2015; Wales et al., 2016)

Aanbeveling 2.15B:

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

Aanbeveling 2.15C:

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. **1C**

(Wyller et al., 1995)

Inhoud evaluatie: IADL - rijgeschiktheid**Aanbeveling 2.16A:**

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. **2C**

(Bédard et al., 2014; Dickerson et al., 2011; Dickerson et al., 2014;-Dickerson, 2014; Unsworth & Baker, 2014)

Aanbeveling 2.16B:

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. **2C**

(Dickerson et al., 2011; Bédard & Dickerson, 2014; Dickerson et al., 2014;-Dickerson, 2014; Unsworth & Baker, 2014)

Aanbeveling 2.17:

We suggereren om te overwegen al dan niet gebruik te maken van een rijsimulator in kader van het voorspellen van de rijgeschiktheid. **2C**

(Dickerson et al., 2014)

Aanbeveling 2.18:

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. **GPP**

Aanbeveling 2.19:

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

¹ vb MMSE bij personen met sterk vermoeden van cognitief deficit en MOCA bij personen met vermoeden van intacte cognitieve functies

Inhoud evaluatie: IADL - technologie

Aanbeveling 2.20:

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. **2C**

(Malinowsky et al., 2011)

Subvraag 3

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

Algemeen

Aanbeveling 3.1:

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. **1C**

(Nielsen et. al., 2014; Stevens et. al., 2013; Yun et. al., 2019)

Fases in doelbepaling

Aanbeveling 3.2:

We bevelen aan dat de vier fases in het doelen bepalen worden doorlopen.² **1C**

(Stevens et. al., 2013)

Teamwerking

Aanbeveling 3.3:

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). **GPP**

Toekomstgerichtheid

Aanbeveling 3.4:

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. **2C**

(Kelly et. al., 2012)

² (1) het onderhandelen over de doelen, (2) het opstellen en het prioriteren van de doelen, (3) het plannen van de doelen en (4) het evalueren van de doelen desgewenst opnieuw prioriteert en/of herformuleert

Subvraag 4

Welke multifactoriële ergotherapeutische interventies zijn aangewezen bij de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn context?

Algemeen

Aanbeveling 4.1:

We bevelen aan om de ergotherapeutische interventies bij fysiek kwetsbare oudere personen uit te voeren vanuit een cliëntgerichte houding met aandacht voor empowerment. **1A**

(De Coninck et al., 2017; Nielsen et al., 2017; Warner et al., 2019)

Aanbeveling 4.2

We bevelen aan om beslissingsondersteuning toe te passen om de keuze van de interventie te bepalen. **1C**

(van Weert et al., 2016)

Aanbeveling 4.3:

We bevelen aan om de interventies op maat van de kwetsbare oudere persoon aan te bieden als onderdeel van een interprofessionele aanpak. **1B**

(Cameron et al., 2013, De Coninck et al., 2017; Dedeyne et al., 2017)

Aanbeveling 4.4:

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. **2A**

(Spoorenberg et al., 2018; van Lieshout et al., 2018)

Aanbeveling 4.5A:

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. **1B**

(Berger et al., 2013; Berger et al., 2018; De Coninck et al., 2017; Cochrane et al., 2016; Tessier et al., 2016; Tuntland et al., 2015; Whitehead et al., 2015; 2019; Nielsen et al., 2019)

Aanbeveling 4.5.B:

We bevelen aan om deze interventies te beperken over de tijd en af te sluiten met een follow up sessie. **1B**

(De Coninck et al., 2017; Cochrane et al., 2016; Tuntland et al., 2015)

Gezondheidspromotie en preventie om fysiek, sociaal, cognitief en mentaal functioneren te verbeteren

Aanbeveling 4.6A:

We suggereren om in het kader van gezondheidspromotie interventies te verstrekken die het fysieke, sociaal, cognitief en mentaal functioneren verbeteren. **2B**

(Gustafsson et al., 2017; Huguet et al., 2018)

Aanbeveling 4.6B:

We suggereren om in het kader van gezondheidspromotie aanvullend op thuisinterventies groepsinterventies te verstrekken om de sociale participatie te bevorderen. **2B**

(Berger et al., 2013; Berger et al., 2018; Apostolo et al., 2019; Ristolainen et al., 2020)

Aanbeveling 4.6C:

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. **2B**

(Juang et al., 2018)

Dagelijks handelen en sociale participatie

Aanbeveling 4.7:

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. **1B**

(Manini et al., 2017; Martel et al., 2018; Winzer et al., 2019)

Aanbeveling 4.8:

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. **GPP**

(Ko et al., 2015)

Aanbeveling 4.9:

We bevelen aan om een motiverende component en/of ondersteunende hulpmiddelen toe te voegen bij het trainen van het fysieke functioneren. **1B**

We suggereren niet om robotica te gebruiken om mobiliteit of zelfzorg te ondersteunen. **2C**

(Valenzuela et al., 2018; Corregidor-Sanchez et al., 2020; Suskom et al., 2011; Bedaf et al., 2015)

Aanbeveling 4.10:

We bevelen aan om gedragsveranderingsstrategieën aan te leren aanvullend op het aanbieden van evidence-based fysieke oefeningen. **1B**

(Zijlstra et al., 2011; McMahon et al., 2017)

Aanbeveling 4.11:

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. **2C**

(Borella et al., 2019)

Aanbeveling 4.12A:

We suggereren om off-road vaardigheden te trainen en/of computer gebaseerde simulatietraining, waaronder verwerkingssnelheid, te verstrekken in het kader van rijvaardigheid. **2B**

(Unsworth et al., 2014; Ross et al., 2016)

Aanbeveling 4.12B:

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. **GPP**

Samenwerking

Aanbeveling 4.13:

We bevelen aan om in kader van beslissingsondersteuning met de mantelzorg of familie van de kwetsbare oudere persoon te overleggen, als deze dit wenst. **1C**

(Lamore et al., 2017)

Aanbeveling 4.14:

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. **1C**

(Behrndt et al., 2019; Hu et al., 2015)

Aanbeveling 4.15:

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. **1C**

We bevelen aan om hierbij voldoende aandacht te hebben voor planning en voor communicatie, informatie en educatie van de oudere persoon en zijn mantelzorg. **1C**

(Provencher et al., 2020; Eklund et al., 2013)

Subvraag 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?

Zorgcoördinatie

Aanbeveling 5.1A:

We bevelen aan om in complexe situaties een zorgcoördinator aan te stellen. **1C**

(You et al., 2012)

Aanbeveling 5.1B:

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. **1C**

(Carrier, 2012)

Aanbeveling 5.1C:

We bevelen aan dat -indien zorgcoördinatie wordt toegepast- de zorgcoördinator een lid is van het behandelend team van de oudere persoon. **1B**

(Balard et al., 2016)

Aanbeveling 5.2:

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, ...). **GPP**

Transmurale samenwerking

Aanbeveling 5.3A:

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. **1C**

(Clemson et al., 2016; Lockwood et al., 2015)

Aanbeveling 5.3.B:

We bevelen niet aan om thuisinterventies voor ontslag door ziekenhuisergotherapeuten te laten uitvoeren. **1C**

(Clemson et al., 2016; Patterson et al., 1999)

Vertrouwelijkheid

Aanbeveling 5.4:

We bevelen aan dat afspraken over het delen van vertrouwelijke informatie schriftelijk worden vastgelegd. **1B**

(Marschall et al., 2004)

Gezondheidsinformatietechnologie

Aanbeveling 5.5:

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

Aanbeveling 5.6:

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. **2C**

(Noblin et al., 2021)

Promofilmje richtlijn:

[Hoe blijf je als ergotherapeut up-to-date bij de zorg voor thuiswonende ouderen? - YouTube](#)

1 Situering

1.1 Introductie

1.1.1 Doelpopulatie en gezondheidsprobleem

De voortdurend groeiende oudere populatie vormt een uitdaging die het zuiver medisch denken overstijgt. (Swedish National Institute of Public Health, 2007) De helft van de 75-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen, terwijl twee op vijf 75-plussers vier of meer chronische aandoeningen hebben. (Barnett et al., 2012) Ongeveer 20% van de 70-plussers en 50% van de 85-plussers geven aan problemen te hebben met het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven. (Burden of disease network project, 2004)

De thuiswonende fysiek kwetsbare oudere populatie betreft die groep oudere personen die omwille van complexe ouderdomsaandoeningen kwetsbaar worden en een verhoogd risico hebben op functieverlies. 'Frailty' of 'kwetsbaarheid' beschrijft een aandoening die wordt gekenmerkt door een verminderde fysiologische reserve en een verminderde weerstand tegen stressoren, wat leidt tot een grotere kwetsbaarheid voor nadelige uitkomsten, zoals opname in een ziekenhuis. (Fried et al., 2001).

Frailty neemt toe met de leeftijd. Het komt bij 15.7% van de 80–84-jarigen voor en stijgt tot 26.1% bij de plus 85-jarigen. (Collard et al., 2012) Er bestaan verschillende operationele definities van frailty. Fried (2001) en Rockwood (2005) worden hierbij het meest frequent geciteerd. De Clinical Frailty Scale (CFS) van Rockwood rangschikt personen volgens graad van fitheid. Er zijn 9 categorieën, gaande van zeer fit (CFS 1) tot terminaal (CFS 9). (Rockwood et al., 2005)

Personen die zich in categorie 1 tot 3 bevinden variëren van fit tot zich nog goed kunnen behelpen ondanks medische problemen. Personen die zich in de categorie 7 tot 9 bevinden, variëren van volledig afhankelijk voor persoonlijke zorg tot terminaal ziek. (Rockwood et al., 2005)

De doelpopulatie van deze richtlijn situeert zich onder CFS 4 tot en met 6. Personen met CFS 4 zijn 'vulnerable'. 'Vulnerable' of 'Risico op kwetsbaarheid' staat voor 'beperkingen ten gevolge van ouderdomsaandoeningen, maar niet afhankelijk zijn van derden voor dagelijkse hulp'. Een veel voorkomende klacht bij oudere personen met 'risico op kwetsbaarheid' is traag en/of moe zijn overdag. Van 'mildly frail' (CFS 5, licht kwetsbaar) is sprake wanneer er minstens een duidelijke vertraging is én hulp nodig is bij IADL, zoals bij financiën, transport, zwaar huishoudelijk werk of medicijngebruik. Moderate frail (CFS 6, matig kwetsbaar) slaat op hulp nodig hebben bij huishoudelijke activiteiten en voor alle activiteiten buitenshuis. Binnenshuis hebben deze personen problemen met het nemen van de trappen, met het nemen van een bad en ze hebben minimale hulp nodig bij het zich aankleden. (Rockwood et al., 2005; Mitnitski et al., 2001)

Nadelige kenmerken van frailty zijn verhoogde kans op valpartijen, fracturen, opname in ziekenhuis of woonzorgcentrum, en afname van de levenskwaliteit. Toename van de draaglast van de mantelzorg is een indirect gevolg van toenemende kwetsbaarheid van de oudere persoon. (Clegg et al., 2013; Morley et al., 2013) De mantelzorg heeft zelf vaak een respectabele leeftijd. Omwille van de complexiteit van de problematiek neemt de zelfstandigheid af en wordt multidisciplinaire thuiszorg noodzakelijk. (Béland et al., 2011)

De sluimerende ontwikkeling en het gradueel toenemen van de beperkingen bij fysiek kwetsbare oudere personen zorgt voor gewenning, waardoor de persoon minder geneigd is iets aan de situatie te veranderen. Hierdoor wordt het multidisciplinair team vaak geconfronteerd met een bijkomend probleem, namelijk gebrek aan therapietrouw. Hoewel de thuiswonende oudere persoon in zijn vertrouwde omgeving wil blijven wonen, is de therapietrouw ten aanzien van gekregen adviezen vaak gering. (Nyman et al., 2011)

1.1.2 Nastreven zelfredzaamheid

In de huidige hulpverlening wordt voornamelijk ingezet op de medische componenten 'care en cure'. Er is echter nog heel wat ruimte voor het nastreven van behoud van de zelfredzaamheid van de oudere persoon. Ondersteunen van zelfzorg bij de oudere populatie bevordert het behoud van het functioneel vermogen, verhoogt de levenskwaliteit en vermindert negatieve uitkomstmaten zoals hospitalisatie. (Boeckxstaens, 2014; Pilkington, 2008) Niet alleen de oudere persoon en zijn mantelzorg (microniveau) heeft baat bij meer aandacht voor behoud van zelfredzaamheid, maar ook de professionele hulpverlener (mesoniveau) en de maatschappij (macroniveau).

- Microniveau:

In eerste instantie heeft de oudere persoon zelf baat bij behoud van de autonomie. Daarnaast weegt de zorg voor een ouder persoon zwaar op de mantelzorg, die -zoals hoger aangegeven- vaak zelf al op leeftijd is. Bevorderen van zelfzorg en advies hoe de mantelzorg de zelfzorg kwaliteitsvol mee kan ondersteunen, komt ten goede aan beide partijen (o. a. toename levenskwaliteit). (Oldenkamp et al., 2017)

- Mesoniveau:

Bij toenemen van de zelfredzaamheid kan de oudere persoon zelf een deel van de zelfzorg en bepaalde dagelijkse activiteiten terug opnemen. Hierdoor kunnen de betrokken professionele zorgverleners worden ontlast van een aantal niet-beroep specifieke taken en richter de beroep specifieke taken opnemen.

- Macroniveau:

De kosten gespaard gaande met de vergrijzing blijven toenemen en wegen zwaar op de begroting. Als de oudere persoon een hoger niveau van functioneren heeft, kunnen een aantal kosten die samengaan met de mate van beperkt zijn, worden gereduceerd.

Minstens één op drie oudere personen maakt gebruik van mantelzorg. Een mantelzorg biedt zorg aan iemand die omwille van ziekte, handicap, ouderdom een psychische kwetsbaarheid of verslavingsproblematiek ondersteuning nodig heeft. Deze hulp wordt op frequente basis verleend. Bij mantelzorg is er altijd sprake van een affectieve band met de persoon voor wie er wordt gezorgd.

(www.steunpuntmantelzorg.be)

1.1.3 Ergotherapie bij de doelpopulatie

De ergotherapeut heeft als doel personen in staat te stellen om te participeren aan activiteiten van het dagelijks leven en hun omgeving mee te empoweren. (WFOT, 2020)

Ergotherapie heeft een significante invloed op de functionaliteit, mobiliteit en participatie van fysiek kwetsbare oudere personen. (De Coninck et al., 2017) Onder functionaliteit wordt verstaan alle handelingen die de persoon stelt in het kader van zelfredzaamheid op vlak van Basale Alledaagse Levensverrichtingen (BADL) en Instrumentele Alledaagse Levensverrichtingen (IADL). Mobiliteit

wordt binnen de Internationale classificatie van het dagelijks functioneren (ICF) beschreven als 'van lichaamspositie veranderen en deze behouden, wandelen en bewegen'. Participatie wordt weergegeven als 'betrokkenheid binnen een levenssituatie'. (WHO, 2001)

Ergotherapie heeft hierdoor een impact op zowel het behoud van de autonomie, als op de levenskwaliteit van de oudere persoon én zijn mantelzorger. (WFOT, 2020; Stark et al., 2018; De Coninck et al., 2017)

Door de complexe chronische problematiek is curatie vaak niet meer mogelijk, maar is nastreven van behoud van functioneren en sociaal participeren prioritair. Ergotherapeuten werken bij de populatie oudere personen bij voorkeur preventief en dit op de drie niveaus: primair, secundair en tertiair. De oudere persoon met risico op kwetsbaarheid heeft voornamelijk baat bij primaire en secundaire preventie. Zo streeft de ergotherapeut naar het 'voorkómen' van valpartijen (primaire preventie) of naar het afnemen van herhaaldelijke valpartijen (secundaire preventie). Bij de mild kwetsbare oudere persoon (CFS 5) komt tertiaire preventie steeds meer op de voorgrond. Bij beperkingen omwille van een bepaalde aandoening, zoals blijvende verminderde mobiliteit na een totale heupprothese, gaat de ergotherapeut in samenspraak met de oudere persoon op zoek naar hulpmiddelen, aanpassingen of methodeveranderingen die het dagelijks functioneren ondanks deze beperking kunnen faciliteren (tertiaire preventie).

Ergotherapeuten werken hierbij vanuit 'betekenisvol handelen' van de oudere persoon. Ze informeren de oudere persoon over zijn functioneringsproblemen (verhogen health literacy of gezondheidsgeletterdheid) en stellen doelen op in samenspraak met de oudere persoon. Deze doelen prioriteren ze samen met de oudere persoon en/of zijn mantelzorger en doen dit vanuit een cliëntgerichte houding. Shared decision making of gedeelde besluitvorming maakt dus integraal deel uit van een ergotherapeutische aanpak. (Stark et al., 2018; De Coninck et al., 2017; Gitlin et al., 2009)

Een gelimiteerd aantal ergotherapeutische interventies kan al een positieve invloed hebben op de autonomie van de oudere persoon. (De Coninck et al., 2017) Echter, in tegenstelling tot andere Westerse zorgstructuren worden ergotherapeuten in de eerstelijnszorg in België slechts in beperkte mate erkend en in belangrijke mate onderbenut. In de eerstelijnszorg in Nederland bijvoorbeeld, wordt ergotherapie bij de kwetsbare oudere populatie terugbetaald à rato van 10 sessies per kalenderjaar. (Lammer, 2014) In Quebec heeft elke kwetsbare oudere persoon recht op gratis ergotherapie aan huis. De ergotherapeut is er, na de maatschappelijk werker, vaak de eerste contactpersoon bij deze doelpopulatie.

Voor België werden de modaliteiten voor ergotherapeutische thuisinterventies tegen terugbetaling van het RIZIV in 2010 in een KB weergegeven. De modaliteiten betreffen een dergelijk specifieke doelgroep, dat de rechthebbende populatie uitermate klein is. De doelgroep betreft twee types revalidatiepatiënten die na ontslag uit een revalidatiecentrum onder specifieke voorwaarden beroep kunnen doen op ergotherapeutische interventies. De interventies ergotherapie die recht geven op terugbetaling, zijn een observatiebilan en beschrijvend rapport, maximum 7 oefensessies van 180 min, maximum 2 informatie-, advies- en opleidingssessies en een functioneel eindbilan.

Voor de volledige populatie fysiek kwetsbare thuiswonende oudere persoon bestaat alsnog geen nomenclatuurnummer voor ergotherapie, wat de bereikbaarheid van ergotherapie in de eerstelijnszorg bemoeilijkt. De gewesten en gemeenschappen voorzien wel in beperkte mate middelen voor ergotherapie aan huis. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van ergotherapeuten varieert echter per regio.

1.1.4 Functionaliteit

(ICF, 2001; Townsend, 2007)

Het functioneren van de persoon houdt het uitvoeren van dagelijkse activiteiten in. Deze staan in relatie met zelfzorg, productiviteit en/of vrije tijd.

Zelfzorg betreft uitvoeren van basale en instrumentele alledaagse levensverrichtingen (BADL en IADL). Het zijn belangrijke levensstaken die fysiek kwetsbare oudere personen moeten beheersen om onafhankelijk thuis te kunnen wonen. Kunnen stappen, eten, zich aankleden en zich wassen zijn voorbeelden van basale activiteiten van het dagelijks leven. Instrumentele activiteiten vragen een hoger niveau van vaardigheden dan basale alledaagse levensverrichtingen. Voorbeelden van IADL zijn, inkopen doen, geld beheersen, en maaltijden bereiden.

Productiviteit betreft activiteiten of taken die uitgevoerd worden om de persoon het mogelijk te maken voor zichzelf of voor anderen te zorgen.

Vrije tijd betreft die activiteiten of taken die worden uitgevoerd om te genieten of te recupereren.

De voordelen van functioneel blijven en een autonoom leven leiden zijn divers. (Potocnik & Sonnentag, 2013) Uitvoeren van fysieke activiteiten verbetert de cardiovasculaire gezondheid en ondersteunt in het afremmen van ouderdomsaandoeningen, zoals osteoporose en sarcopenie (Warburton et al., 2010). Functioneel blijven en een autonoom leven leiden brengt structuur in het dagelijks leven en brengt essentiële aspecten van welzijn met zich mee, waaronder een positief zelfconcept, zelfwaarde gevoel en een gevoel van competentie. (Warr, Butcher, & Robertson, 2004).

1.1.5 Sociale participatie

Functioneel blijven biedt de mogelijkheid om te socialiseren en persoonlijke relaties te onderhouden. Deelnemen aan die samenleving wordt sociale participatie genoemd. Sociale participatie is een bepalende factor voor succesvol en gezond ouder worden. (WHO, 2020) Oudere personen beschouwen hun welzijn positiever als ze deelnemen aan sociale activiteiten. (Gilmour, 2012; Wahrendorf & Siegrist 2010)

Sociale participatie kan een andere invulling krijgen naargelang de het domein waarbinnen het wordt gedefinieerd. Zo krijgt sociale participatie een andere invulling wanneer het wordt gedefinieerd vanuit volksgezondheid, dan vanuit revalidatie. Ook binnen de domeinen wordt het begrip sociale participatie niet uniform omschreven. Er circuleren meer dan 40 definities over sociale participatie onder de oudere populatie. (Levasseur et al., 2010) Er is dus geen eenduidige definitie van het begrip 'sociale participatie'. De gezamenlijke componenten van de verschillende definities kunnen wel leiden tot één overkoepelende definitie.

Sociale participatie kan worden gedefinieerd als 'de betrokkenheid van de persoon bij activiteiten die interactie met anderen in de gemeenschap of samenleving mogelijk maken'. (Levasseur et al., 2010) Er zijn verschillen in de mate van betrokkenheid van de persoon met anderen. Zo kunnen zes niveaus worden geïdentificeerd: 1) bezig met een activiteit ter voorbereiding op verbinding met anderen, 2) samen zijn met anderen, 3) omgaan met anderen zonder een specifieke activiteit mee te doen hen, 4) een activiteit ondernemen met anderen, 5) anderen helpen, en 6) bijdragen aan de samenleving. (Levasseur et al., 2010) Concreet kan het gaan om het verenigingsleven, vrijwilligerswerk, culturele- of bewegingsactiviteiten, werk/bijverdienen, inspraak en politieke participatie en levenslang leren (Ouderengids, 2020).

1.2 Scope van de richtlijn

De richtlijn 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.

1.2.1 Centrale klinische vraag en PIPOH

De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt:

Waaraan moet een kwaliteitsvolle evidence-based ergotherapeutische interventie voldoen om impact te hebben op het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon?

P: Thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon

I: Kwaliteitsvolle evidence-based ergotherapeutische behandeling, al dan niet als onderdeel van een multidisciplinaire aanpak

P: Ergotherapeuten in samenwerking met andere betrokken zorgverleners (huisartsen, geriaters, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, zorgkundigen, maatschappelijk werkers)

O: Mate van functionaliteit en sociale participatie

H: Eerstelijnsgezondheidszorg, met -in kader van samenwerking- uitbreiding naar acute diensten geriatrie, geriatrie revalidatiecentra, geriatrie dagcentra, geriatrie dagziekenhuis en woonzorgcentra (in kader van kortverblijf)

1.2.2 Klinische subvragen

De centrale klinische vraag wordt opgesplitst in vijf klinische subvragen. De klinische subvragen volgen het klinisch redeneerproces en methodisch behandelplan van de gezondheidswerker, hier de ergotherapeut.

Klinische subvraag 1:

Hoe kan de fysiek kwetsbare oudere persoon worden gedetecteerd (case finding)? Hoe kan de fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn sociale context efficiënt en effectief worden doorverwezen naar een ergotherapeut?

Klinische subvraag 2:

Welke multifactoriële ergotherapeutische evaluatie is aangewezen bij de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn context?

Klinische subvraag 3:

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

Klinische subvraag 4:

Welke multifactoriële ergotherapeutische interventies zijn aangewezen bij de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn context?

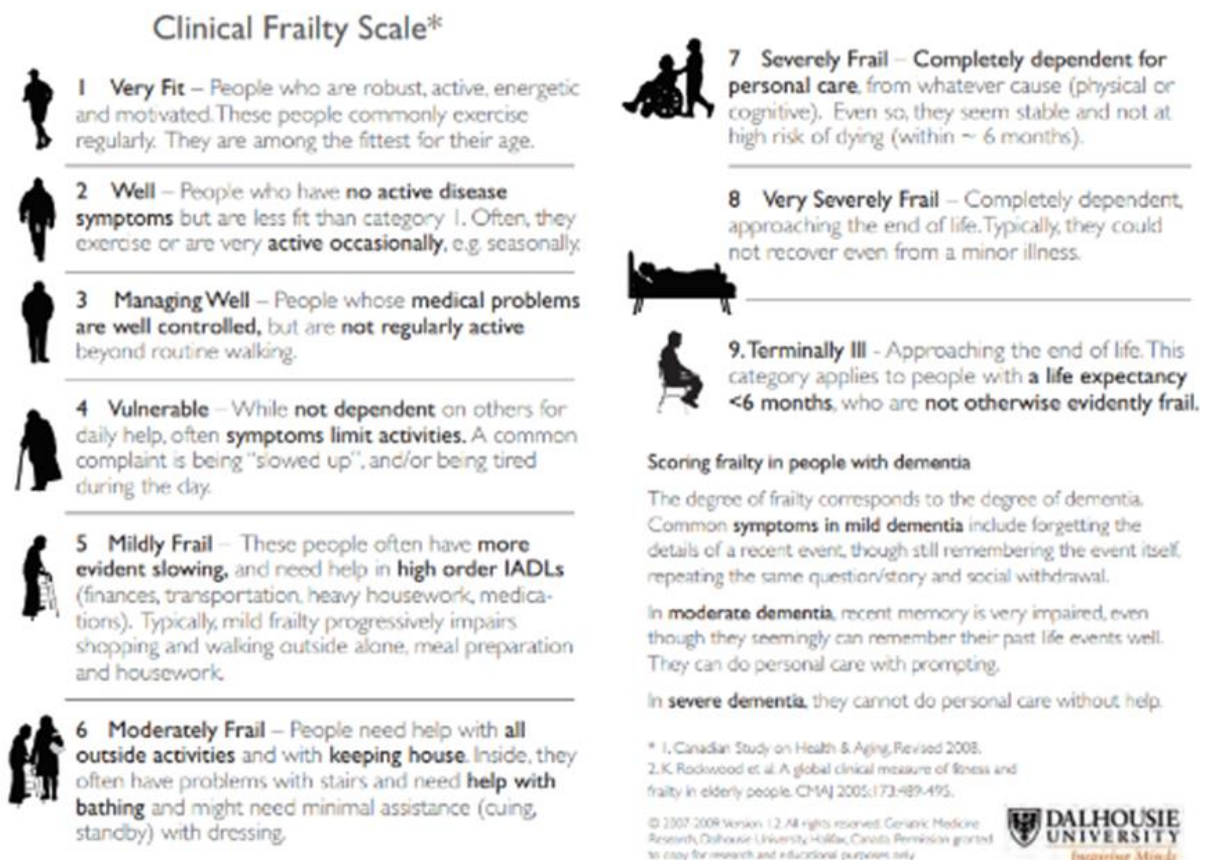
Klinische subvraag 5:

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

1.3 Doelgroep

1.3.1 Bepaling doelgroep

De doelgroep betreft thuiswonende fysiek kwetsbare oudere personen. Dit is die groep oudere personen die omwille van complexe ouderdomsaandoeningen frêle of kwetsbaar worden en een verhoogd risico hebben op functieverlies. 'Frailty' wordt gekenmerkt door een verminderde fysiologische reserve en een verminderde weerstand tegen stressoren, wat leidt tot een grotere kwetsbaarheid voor nadelige uitkomsten, zoals opname in een ziekenhuis. (Fried et al., 2001) We richten ons in eerste instantie op de 'vulnerable tot moderate frail' groep van de hierboven beschreven CFS van Rockwood (level 4 tot en met 6). De drie sterkste groepen, namelijk 'very fit tot managing well', kunnen ook baat hebben bij de geformuleerde adviezen.



Figuur 1: Clinical Frailty Scale (Rockwood et al., 2005)

Deze richtlijn includeert niet de oudere populatie met cognitieve beperkingen³. Voor deze populatie zijn specifieke behandelplannen, zoals het EDOMAH-programma voor thuiswonende personen met dementie. (Graff et al., 2007) Dit sluit niet uit dat meerder aanbevelingen binnen deze richtlijn ook bruikbaar zijn voor de populatie met cognitieve aandoeningen. Echter het geheel van aanbevelingen binnen deze richtlijn volstaat niet om deze doelgroep kwaliteitsvol te behandelen.

1.3.2 In- en exclusiecriteria

De populatie betreft zowel mannen, als vrouwen. Om leeftijdsstigmatisering tegen te gaan worden binnen deze richtlijn geen strikte leeftijdsgrenzen vooropgesteld.

Inclusiecriteria:

- Ten gevolge van ouderdomsaandoeningen voldoen aan fase 4, 5 en 6 van de CFS van Rockwood, in kader van preventie uitbreiding met fases 1, 2 en 3
- Al dan niet blijvende restletsels hebben ten gevolge van een aandoening met functieverlies (zoals blijvend krachtsverlies na een CVA)
- Geen uitgesproken cognitieve beperkingen hebben (zoals gediagnosticeerde dementie)
- Ouder persoon met specifieke aandoening (zoals Ziekte van Parkinson) wordt geïncludeerd voor het aandeel van de behandeling van de ouderdomsproblematiek
- Al dan niet gebruik maken van mantelzorg
- Thuiswonend zijn (inclusief assistentie woning of aangepaste ouderenwoning)

Exclusiecriteria:

- Zich bevinden in fases 7 tot 9 van de CFS van Rockwood
- Nog in revalidatie zijn voor één of meerdere aandoeningen met functieverlies (zoals revalideren na een CVA)
- Ouder persoon met specifieke aandoening (zoals Ziekte van Parkinson) voor wat betreft het aandeel van de behandeling van de specifieke problematiek

1.4 Beoogde eindgebruikers

De richtlijn richt zich in eerste instantie tot ergotherapeuten die in contact komen met oudere personen kwetsbare ouderen die thuis wonen en hun eventuele mantelzorg. De aanbevelingen zijn gericht naar ergotherapeuten werkzaam in diverse organisaties binnen de gezondheids- en welzijnzorg, waaronder zelfstandige ergotherapeuten, ergotherapeuten werkzaam binnen de mutualiteit, ergotherapeuten werkzaam in lokale dienstcentra en ergotherapeuten tewerkgesteld in dagverzorgingscentra. De richtlijn heeft tot doel de klinische besluitvorming binnen het ergotherapeutisch behandelingsproces (van detectie tot en met follow up) en de interprofessionele samenwerking te ondersteunen. De richtlijn heeft niet tot primair doel om beleidsbeslissingen of zorgpaden te onderbouwen, maar kan -waar relevant- hiervoor wel worden ingezet.

Daar de behandeling van kwetsbare oudere personen een multidisciplinaire aanpak vereist, kunnen andere hulpverleners die in contact komen met de doelgroep, eveneens gebruik maken van de aanbevelingen voor zover deze aansluiten bij hun taakhoud. Rechtstreeks betrokken zorg- en

³ Een MOCA-score lager dan 26 of een MMSE-score lager dan 24 wordt als afwijkend gezien.

hulpverleners zijn de huisarts, geriater, verpleegkundige, zorgkundige, kinesitherapeut en maatschappelijk werker. Ook kan de richtlijn door deze zorg- en hulpverleners worden ingezet als tool om door te verwijzen naar een ergotherapeut.

1.5 Samenwerkingsverbanden

De **Guideline Development Group (GDG)** bestaat uit methodologisch en domein-specifieke experts en is de kerngroep van de richtlijnontwikkeling. De GDG kwam acht keer samen om tussentijds feedback te geven op de inhoud en het proces van de richtlijn. (Verslaggeving bevindt zich in bijlage)

Twee richtlijn coördinatoren (Leen De Coninck en Leen Bouckaert) zijn verantwoordelijk voor het richtlijnontwikkelingsproces en de methodiek. Ze voerden het voorbereidende werk uit voor de GDG-bijeenkomsten en organiseerden de stakeholdersbijeenkomsten. Beiden zijn ergotherapeut en gerontoloog, als onderzoeker werkzaam aan het Expertisenetwerk Gezondheid en Zorg van de Arteveldehogeschool en oprichters van de vennootschap SQaQEL (Scientific Questions and Quality Evidence Linked). Leen De Coninck is lid van WOREL en CEBAM en vertegenwoordigt de doelgroep ergotherapie bij het European Forum for Primary Care (EFPC). Leen Bouckaert is expert bij het Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen.

De supervisor van het project is prof. Dr. Bert Aertgeerts, diensthoofd van het Academisch Centrum voor Huisartsengeneeskunde (ACHG) van de KU Leuven en huisarts.

Naast de supervisor en de richtlijncoördinatoren zetelen in de GDG:

- Daphne Kos, ergotherapeut en professor aan de opleiding Master in de Ergotherapeutische Wetenschap aan de KU Leuven, methodologisch expert
- Evelien Gielen, geriater en professor op de Dienst Geriatrie van UZ Leuven, methodologisch expert
- Sam Cordyn, verpleegkundige en stafmedewerker bij het Wit-Gele Kruis Vlaanderen, methodologisch expert
- Fons De Schutter, kinesitherapeut, voorzitter van de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Kinesitherapeuten (WVVK) en ondervoorzitter van WOREL en EBPnet,
- Anne Ledoux, ergotherapeut, lid van de Union Professionnelle des Ergothérapeutes (UPE) en lesgever aan VINCE hogeschool, methodologisch expert
- Marc-Eric Guisset, ergotherapeut, voorzitter van UPE, co-voorzitter van Ergotherapie België (EB) en lesgever aan VINCE hogeschool.

In de GDG zetelden eveneens een ervaringsdeskundige en een mantelzorger, Jos Lismont en Misse Martens. Deze personen namen om pragmatische redenen niet deel aan de GDG-bijeenkomsten (transfer van initiële planning om op locatie te vergaderen naar online-overleg omwille van COVID-pandemie), maar werden wel op de hoogte gehouden van het verloop en becommentarieerden de prefinale versie van de richtlijn.

De **adviescommissie** (stakeholders) is samengesteld uit vertegenwoordigers van alle relevante stakeholdersgroepen. We groepeerden de stakeholders in volgende clusters: ergotherapeuten, afgevaardigden doelpopulatie, informele zorgverleners, multidisciplinair zorgteam, welzijnswerkers, dienstverlening en andere geïnteresseerden. Op regelmatige basis werd de voortgang en de inhoud van het project afgetoetst via online bevestigingen en op vijf online overlegmomenten.

Adviescommissie (stakeholders)			
Naam	Organisatie	Expertise	Rol
Ergotherapeuten			
Anthony Louisfert	Solival Conseils en adaptation du domicile	Ergotherapie in de eerstelijnszorg	Domein-specifieke expertisedeling ergotherapie Referentiepersoon ergotherapie in de eerste lijn Franstalig landsgedeelte
Laurie Guerin	Centrale de Services à Domicile Service Ergothérapie	Ergotherapie in de eerstelijnszorg	Domein-specifieke expertisedeling ergotherapie Referentiepersoon ergotherapie in de eerste lijn Franstalig landsgedeelte
Tinneke Claes	Zelfstandig ergotherapeut Ergotherapie Vlaanderen vzw	Ergotherapie in de eerstelijnszorg Geriatrische ergotherapie Valpreventie	Domein-specifiek expert ergotherapie
Katrijn De Gendt/Jolien De Kezel	Neutraal ziekenfonds Vlaanderen	Ergotherapie in de eerstelijnszorg Valpreventie	Domein-specifiek expert ergotherapie
Stijn Debaets	EDITH-EV	Ergotherapie in de eerstelijnszorg	Domein-specifieke expertisedeling ergotherapie
Eindgebruikers			
Nils Vandenweghe	Vlaamse Ouderenraad	Doelpopulatie	Doelpopulatie
Multidisciplinair zorgteam			
Dr Hanne Cloetens	Huisarts	Eerstelijnszorg Richtlijnontwikkeling	Domein-specifieke expertisedeling huisartsengeneeskunde Eerstelijnsgezondheidszorg; Geïntegreerde zorg
Christophe Demoulin	Président de la SSFK	Kinesitherapie	Domein-specifieke expertisedeling multidisciplinaire samenwerking
Dr Benjamin Fauquard	Fédération des maisons médicale	Multidisciplinair team Geïntegreerde zorg	Domein-specifieke expertisedeling multidisciplinaire samenwerking
Dr Anne Beyen	Regionaal geriatrisch centrum Tienen	Geriatrisch dagziekenhuis	Domein-specifiek expertisedeling geriatrie en externe liaison
Jan Teissier	AXXON	Geriatrische kinesitherapie	Domein-specifiek expertisedeling geriatrie
Evelyne Van Cleynenbreughel	UZLeuven	Ergotherapie in de gerontologie Casemanagement Geïntegreerde zorg Externe liaison	Domein-specifieke expertisedeling externe liaison en casemanagement
Prof Dr Nele Vande Noortgate	UZGent	Geïntegreerde zorg Casemanagement Externe liaison	Domein-specifieke expertisedeling externe liaison en casemanagement
Sien Valy	Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen	Valpreventie Richtlijnontwikkeling Richtlijnimplementatie	Domein-specifieke expertisedeling valpreventie Methodologisch expert
Tine Hessens	Wijkgezondheidscentrum Botermarkt	Geriatrische verpleegkundige Geïntegreerde zorg Gezondheidspromotie	Domein-specifieke expertisedeling Wijkgezondheidscentra en gezondheidspromotie
Pascal Vander Meeren	ENW Gezondheid en Zorg, Arteveldehogeschool	Geriatrische verpleegkundige Geïntegreerde zorg	Domein-specifiek expertisedeling geriatrische verpleegkundige
Sofie Ferdinand	National MS Centrum	Multidisciplinair team Geïntegreerde zorg	Domein-specifiek expertisedeling oudere personen met fysieke problemen

Bart Deltour	Familiezorg West-Vlaanderen vzw	Multidisciplinair team Geïntegreerde zorg	Domein-specifieke expertisedeling samenwerking ergotherapie- gezinszorg (zorgkundigen)
Lieven Zwaenepoel	Association Pharmaceutique Belge Belgische Pharmaceutische Vereniging	Algemene farmacie Polyfarmacie	Domein-specifieke expertisedeling Polyfarmacie, therapietrouw
Sociaal werk- welzijnswerk			
Elise Pattyn	ENW Mens en Maatschappij Arteveldehogeschool	Sociaal werk Tele-hulpverlening	Domein-specifieke expertisedeling sociaal werk
Dienstverlening			
Jan Lambrecht/ Caroline Vincent	Departement ouderenzorg, Stad Gent	Zelfstandig wonen Geïntegreerde zorg	Domein-specifieke expertisedeling transmurale- en thuiszorg
Beleidsmakers en andere			
Nadine Praet	Kronkels (ondersteuningscentrum ergotherapie van de opleiding ergotherapie Arteveldehogeschool)	Geriatrische ergotherapie Disseminatie naar werkveld	Domein-specifieke expertisedeling disseminatie evidence-based materiaal en vormingen ouderenzorg
Sarah Reyntens	Lokaal Gezondheidsoverleg LOGO Gezond+	Professionele netwerking Health literacy Gezondheidsvoorlichting Valpreventie	Domein-specifieke expertisedeling gezondheidsvoorlichting
Nicky Malfait	ENW Communicatie, Media en Design Arteveldehogeschool	Mondelinge en schriftelijke communicatie Disseminatie Grafische en digitale mediakunde	Domein-specifieke expertisedeling communicatie bij implementatie en lay- out documentatie
Therese Vandurme	Verantwoordelijke perceel 2	Eerstelijnszorg FR landsgeedeelte	Link met perceel 2

Een begeleidingscomité opgericht door FOD Volksgezondheid volgde het proces en de tussentijdse resultaten op.

Een leescommissie van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen in de Eerstelijnszorg (WOREL), met name prof Paul Van Royen en mevrouw Martine Goossens, nam de prefinale versie van de richtlijn door. Op basis van hun feedback werden nog laatste aanpassingen uitgevoerd.

De finale versie van de richtlijn werd ter validatie voorgelegd bij de cel validatie van het nationale Centrum voor Evidence-based Medicine (CEBAM).

1.6 Betrokkenheid van de belanghebbenden

De belanghebbenden werden op twee niveaus betrokken, namelijk binnen de GDG en binnen de adviescommissie.

Vanuit de GDG volgden twee ervaringsdeskundigen (een oudere persoon en een mantelzorger) de richtlijnontwikkeling mee op en becommentarieerden ze de prefinale versie van de richtlijn (zie ook 1.5 Samenwerkingsverbanden), meer bepaald gaven ze feedback op de prefinale aanbevelingen.

De adviescommissie (zie ook item 1.5 Samenwerkingsverbanden) kwam 5 keer samen, verspreid over de duur van het project. De samenkomsten gingen door in de vorm van discussiefora. Aan de eerste vier bijeenkomsten ging een individuele online bevraging vooraf. Deze online bevraging bestond uit een kwantitatief deel waarbij op een 4-punts Likertschaal (gaande van helemaal oneens tot helemaal eens) een oordeel werd gegeven. De bevroegde items betroffen relevantie, haalbaarheid, ongewenste effecten en kosten verantwoording van de aanbevelingen. Als men het oneens of eerder oneens was, werd uitdrukkelijk gevraagd om narratief een motivatie te geven. Wanneer men het eens of eerder eens was, kon de score vrijblijvend worden gemotiveerd. De cutoff waarde bij deze bevraging werd vooraf door de GDG vastgelegd op 70%. Voor de meerderheid van de aanbevelingen werd deze cutoff waarde behaald. Bij de overgrote meerderheid van de aanbevelingen was er een consensus van meer dan 80%. Tijdens de discussiefora werden de motivaties en overige feedback diepgaander besproken. De laatste bijeenkomst werd advies gevraagd over de sterkte van het bewijsmateriaal voor de aanbevelingen geformuleerd bij de vijf klinische vragen (zie ook item 1.8 Waarde-toekenning aanbevelingen).

1.7 Methodiek opstellen aanbevelingen

De initiële aanbevelingen werden opgesteld op basis van de literatuurstudie en ter goedkeuring of bijsturing voorgelegd aan de GDG. Na consensus van de GDG werden de aanbevelingen in het kader van contextadaptatie voorgelegd aan de adviescommissie, die via een online bevraging kwantitatief en kwalitatief feedback gaf. Deze feedback werd na analyse op een online discussieforum met de adviescommissie besproken. De determinanten die de oudere personen zelf percipiëren als van invloed zijnde op de mate van functioneren en sociale participatie, werden mee in rekening genomen bij het formuleren van de aanbevelingen. Het artikel *“Perspectives of older adults with a chronic condition on functioning, social participation and health: a qualitative study”* (De Coninck et al., 2021) werd gebruikt om de determinanten te detecteren.

(zie 1.6 Betrokkenheid van de belanghebbenden en item 3.2.4 van het methodologisch verslag voor meer details)

1.8 Waarde-toekenning aanbevelingen

In deze richtlijn wordt de ‘Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation’ ontwikkeld door de GRADE Working Group toegepast. De GRADE-benadering omvat twee stappen, namelijk een beoordeling van de zekerheid van het wetenschappelijk bewijsmateriaal en een beoordeling van de sterkte van de aanbeveling.

De beoordeling van de zekerheid van het wetenschappelijk bewijs (voor alle uitkomsten die bepalend zijn geweest in het formuleren van de aanbeveling) wordt in deze richtlijn uitgedrukt in 3 niveaus (hoog = A, matig = B of laag = C).

De beoordeling van de sterkte van de aanbeveling, wordt uitgedrukt aan de hand van score 1 (= sterke aanbeveling) of score 2 (= zwakke aanbeveling). In de aanbevelingen valt de sterkte van de aanbeveling eveneens af te leiden uit de formulering. ‘We bevelen aan’ of ‘we bevelen niet aan’

staat voor een sterke aanbeveling. ‘We suggereren/Overweeg’ of ‘we suggereren om iets niet te doen/overweeg om iets niet te doen’ staat voor een zwakke aanbeveling. Een “good practice point” (GPP) geeft aan dat een aanbeveling die is gebaseerd op expertopinie of op literatuur die bij contextadaptatie in die mate werd aangepast dat de aanbeveling niet meer te linken is aan de initiële literatuur (info aangeleverd via adviescommissie of GDG) en als sterk werd beoordeeld.

Volgende items werden in rekening genomen bij bepalen van de sterkte van de aanbeveling: mate van prioriteit, balans voor- en nadelen, grootte effect, mate van zekerheid bereiken effect, mate van belangrijkheid te bereiken uitkomst, kosten, beschikbaarheid middelen binnen redelijke termijn, mate van evenwaardigheid, voorkomen discriminatie binnen doelgroep, mate van aanvaardbaarheid (gericht naar patiënt en zijn context) en mate van haalbaarheid (gericht naar zorgverlener, zorgstructuur en bredere context).

Per aanbeveling werd de waarde-toekenning door middel van een hiervoor door WOREL beschikbaar gestelde template bepaald. (zie bijlage bij methodesectie)

GRADE		Voordelen versus nadelen of risico's	Betekenis zekerheid van bewijs	Implicaties
1A	Sterke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	We hebben een sterk vertrouwen dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1B	Sterke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit effect dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	
1C	Sterke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs		Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt mogelijk sterk af van het geschatte effect.	
2A	Zwakke aanbeveling, hoge zekerheid van bewijs	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	We zijn sterk overtuigd dat het werkelijke effect dicht bij het geschatte effect ligt.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2B	Zwakke aanbeveling, matige zekerheid van bewijs		We hebben een behoorlijk vertrouwen in het geschatte effect. Wellicht ligt dit dicht bij het werkelijke effect, maar het is mogelijk dat dit ook behoorlijk afwijkt.	
2C	Zwakke aanbeveling, lage zekerheid van bewijs	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Ons vertrouwen in het geschatte effect is beperkt. Het werkelijke effect wijkt hiervan mogelijk sterk af.	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen even goed te verantwoorden zijn
GPP	Aanbeveling gebaseerd op expertopinie en op een formele consensusprocedure			Sterke aanbeveling zonder aanduiding van GRADE

Tabel 1: Overzicht GRADE-waarde toekenning

1.9 Randvoorwaarden, inclusief facilitators en barrières voor implementatie

1.9.1 Randvoorwaarden

Eerstelijns ergotherapie is nog niet optimaal geïntegreerd in de gezondheids- en welzijnszorg. Er zijn grote verschillen wat betreft beschikbaarheid van eerstelijns ergotherapie in Vlaanderen, Wallonië en het Brussels hoofdstedelijk gewest, en er zijn binnen een gewest ook regionale verschillen. Een beter statuut van ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg dringt zich op.

Naast een beter statuut is het wenselijk dat eerstelijns ergotherapeuten zich lokaal georganiseerd gaan profileren. Eerstelijnszones in Vlaanderen kunnen hierbij een faciliterende factor zijn.

Een derde randvoorwaarde voor welslagen van samenwerking is dat de eerstelijnszorgberoepen elkaar, waaronder ergotherapie, beter leren kennen en doorverwijzen waar relevant, dit zowel binnen de eerstelijnszorg, als tussen de eerste en tweedelijnszorg. Hierbij is het wenselijk dat alle eerstelijnszorgberoepen beschikken over de nodige beveiligde digitale software in kader van patiëntenregistratie en doorverwijzing.

Tot slot moeten de zorgverleners die hoog risicopersonen op frailty screenen voldoende zijn opgeleid om de signalen en symptomen van kwetsbaarheid te leren herkennen. Een opleiding bijvoorbeeld in de eigen zorgregio dient te worden overwogen.

1.9.2 Facilitators en barrières voor implementatie

De barrières en facilitators voor implementatie worden onderstaand weergegeven (gebruik makend van de symbolen + en -) volgens de niveaus van gezondheidszorg zoals beschreven door Grol et al. (2004).

Innovatieve niveau

- + Een procedure om hoog-risicopersonen te detecteren die in de klinische praktijk is geïntegreerd, is een eerste stap bij detectie van frailty. Een digitaal Decision Support System (DSS) gekoppeld aan het patiëntendossier is bijvoorbeeld een handige tool om systematisch personen met een valrisico te detecteren.
- Nog niet alle zorgberoepen beschikken over een digitaal patiëntendossier. Hierdoor is ook een digitaal DSS dat systematisch personen met een valrisico kan detecteren, nog niet operationeel voor deze beroepsgroepen.
- + De nieuw te implementeren aanbevelingen binnen deze richtlijn zijn aangepast aan de lokale context. Tijdens het ontwikkelingsproces van deze richtlijn werden Belgische stakeholders, experts en ervaringsdeskundigen betrokken om de aanbevelingen context te adapteren.

Individuele professionele niveau

- + Ergotherapeuten worden in de basisopleiding getraind in het werken met complexe chronische problematieken. Cliëntgericht en op maat werken zijn reguliere basishandelingen van de ergotherapeut.

- + Op de hoogte zijn van de methodiek van gezondheidsgeletterdheid is wenselijk om een duurzame impact te hebben. De kennis en vaardigheden die nodig zijn om te werken aan gezondheidsgeletterdheid maken deel uit van de basiscompetenties van de ergotherapeut. In de masteropleiding wordt verdiepend ingegaan op health literacy en op de wijze waarop evidence-based kennis best wordt verspreid.
- + Binnen alle basisopleidingen ergotherapie komt het consumeren van EBP aan bod, waardoor toepassen van klinische richtlijnen hen bekend is.
- + Binnen de masteropleiding worden studenten getraind in het omzetten van wetenschappelijke onderzoeksresultaten in evidence-based bruikbare klinische informatie, alsook in het implementeren van nieuwe kennis.

Niveau van de oudere persoon en zijn mantelzorger

- Conflict met persoonlijke verwachtingen en doelen kan de implementatie van de aanbevelingen bemoeilijken.
- Aan ergotherapeutische interventies zijn er, onder meer in het kader van woningaanpassing, vaak bijkomende kosten voor de oudere persoon. Concreet gaat dit over het aanschaffen van hulpmiddelen, of voor het installeren van aanpassingen. Deze kost kan een barrière zijn om over te gaan tot opvolgen van het advies woningaanpassing.
- Het ontkennen van potentiële gevaren (vb vallen) en gebrek aan self efficacy kan therapietrouw bemoeilijken.

Niveau van de sociale context

- De inhoud en waarde van ergotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg is nog niet door alle zorgverleners correct gekend. Doorverwijzing en communicatie wordt hierdoor bemoeilijkt.
- + Een set indicatiestellingen werd opgemaakt in het kader van het project 'ergo@home, een interactieve sensibiliseringscampagne om huisartsen vertrouwd te maken met ergotherapie. Deze zijn beschikbaar, evenals begeleidend sensibiliseringsmateriaal.

Niveau van de organisatorische context

- + Ergotherapeuten zijn in quasi alle setting van de gezondheidszorg en meerdere settings van de welzijnszorg aanwezig.
- De bekendheid van ergotherapie is in bepaalde settings echter nog onvoldoende. Dit is bijvoorbeeld het geval binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, waar ergotherapie nog ruim wordt onderbenut.
- Specifiek binnen de eerstelijnsgezondheidszorg is er een bijkomende barrière, namelijk de complexiteit van de gezondheids- en welzijnsstructuur. Ergotherapeuten kunnen onder verschillende statuten zijn tewerkgesteld, waardoor de procedure om ergotherapeuten te detecteren regionaal kan verschillen. Ergotherapeuten kunnen bijvoorbeeld in dienstverband werken binnen lokale dienstencentra, OCMW's, mutualiteiten, dagverzorgingscentra, projecten zoals protocol 3, ... of op zelfstandige basis.

Niveau van de economisch-politieke context

- + Geïntegreerde zorg kan op eerstelijnsniveau worden gefaciliteerd via eerstelijnszones.








- Onvoldoende terugbetalingsmogelijkheden voor bijvoorbeeld hulpmiddelen of aanpassingen kan een belemmerende factor zijn. Ook kan de oudere populatie omwille van de leeftijd geen beroep meer doen op het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap voor het aanschaffen van hulpmiddelen en aanpassingen.
- Er is momenteel geen nomenclatuur voor de ergotherapie bij de problematiek 'frailty',
- Eerstelijns ergotherapie is omwille van geen eenduidige financieringsstructuur niet in alle regio's van België even vlot beschikbaar.
- + De mutualiteiten bieden ergotherapie aan huis in kader van hulpmiddelenverstrekking en hulpmiddelengebruik.
- + Op gemeenschapsniveau is er in de Nederlandstalige landsgedeelte de mogelijkheid om ergotherapie te voorzien vanuit de lokale dienstencentra. Tevens zijn er impulsprojecten (zoals protocol 3) waardoor in beperkte mate ergotherapie kan worden voorzien in de eerstelijnszorg.
- + Op niveau van gemeente en provincie zijn premies voorzien om aanpassingswerken aan de woning uit te voeren.
- + Frequenter inschakelen van een ergotherapeut is een bijkomende kost op korte termijn, maar voor de maatschappij kosteneffectief op lange termijn. (Pyatak et al., 2019; Campbell et al., 2005; Davis et al., 2010)

1.10 Opvolging naleving richtlijn

Ergotherapeuten in de eerstelijnszorg maken nog niet standaard gebruik van een elektronisch registratiesysteem. Automatische data-abstractie om de navolging van de richtlijn te toetsen is hierdoor niet mogelijk.

De Wereldfederatie ergotherapie (WFOT) ontwikkelde een kwaliteit-evaluatie tool, QUEST genaamd (Quality Evaluation Strategy Tool). Meerder dimensies van deze tool kunnen worden ingezet om de navolging van de richtlijn te evalueren. QUEST identificeert in totaal zeven kwaliteitsdimensies voor de ergotherapeutische praktijk, namelijk toegankelijkheid, geschiktheid, effectiviteit, efficiëntie, persoonsgerichtheid, veiligheid en duurzaamheid.

In overeenstemming met het model van Donabedian (1966), meet QUEST de kwaliteit vanuit het perspectief van structuur, proces of uitkomst. Structuurindicatoren beoordelen omgevingsfactoren en middelen die nodig zijn om ergotherapeutische diensten van hoge kwaliteit te leveren. Procesindicatoren evalueren hoe ergotherapie wordt geleverd om kwaliteit te garanderen. Uitkomstindicatoren meten veranderingen die optreden als gevolg van ergotherapeutische interventie.

QUALITY DIMENSION	CORE QUALITY INDICATORS	SMART QUALITY INDICATORS	QUALITY PERSPECTIVE
APPROPRIATENESS	Availability of competent occupational therapists.	Percentage of occupational therapists trained in the protocol for the new intervention	 Structure
SUSTAINABILITY	Long term supply of resources.	Number of local dealers that provide equipment and supplies needed for the new intervention	 Structure
ACCESSIBILITY	Ability to access service.	Number of clients each month meeting eligibility criteria for the protocol that receive the new intervention	 Process
EFFICIENCY	Optimal use of resources.	Average number of occupational therapy sessions for each client receiving the new intervention according to protocol	 Process
EFFECTIVENESS	Success in attaining occupational therapy goals.	Average functional gains made by clients using the new intervention protocol as measured through standardised testing	 Outcome
PERSON-CENTREDNESS	Satisfaction throughout service delivery.	Percentage of clients that follow the intervention protocol	 Outcome
SAFETY	Incidents resulting in harm.	Incidence of client or staff harm associated with use of the new intervention protocol	 Outcome

Tabel 2: WFOT QUEST indicatoren om de impact van een nieuwe ergotherapeutische interventie te meten

De frequentie en het interval van de metingen hangt af van meerdere factoren. Als er in de setting waarbinnen de ergotherapeutische dienst zich situeert structureel kwaliteitsmetingen worden uitgevoerd, kan de meting het best worden ingebed in de bestaande metingen. Als er geen structurele metingen worden uitgevoerd, kan de meting worden ingezet voor interne of externe benchmarking. Opeenvolgende metingen in de loop van de tijd kunnen worden gebruikt om de impact en duurzaamheid van de richtlijnimplementatie te evalueren.

Voorbeeld:

Aanbeveling:

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

*We suggereren 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. **GPP***

Mogelijke effectindicator:

- *Kwetsbare oudere personen worden door de huisarts, verpleegkundige, kinesitherapeut of maatschappelijk werker systematisch doorverwezen voor ergotherapie.*

Mogelijke structuurindicator:

- *Er zijn flyers over de waarde van ergotherapie bij de populatie kwetsbare oudere personen aanwezig binnen de eerstelijnszone.*

Mogelijke procesindicator:

- *De aanwezige flyers worden worden door de ergotherapeuten van de eerstelijnszone verspreid.*

1.11 Herziening van de richtlijn

De richtlijn wordt 5 jaar na validatie geüpdatet, tenzij de noodzaak voor eerdere updating zich voordoet. Noodzaak voor eerdere updating kan zijn het beschikbaar zijn van nieuw, aanvullend bewijsmateriaal, of bewijsmateriaal dat eerdere aanbevelingen tegenspreekt. Ook kan een wijziging in de eerstelijnszorgstructuur een reden zijn voor vroegtijdige update van bepaalde aanbevelingen.

De coördinatoren van deze richtlijn volgen de nieuwe literatuur op door het instellen van een automatische NCBI-literatuursearch binnen PubMed. De evoluties binnen de eerstelijnszorgstructuur in Vlaanderen en Wallonië worden opgevolgd. Ook de andere leden van de GDG kunnen vanuit hun expertise adviseren tot vroegtijdig updaten.

Alle GDG-leden zullen worden uitgenodigd om deel te nemen aan de update. De update zal worden uitgevoerd in overeenstemming met de meest recente WOREL-handleiding voor updating op dat ogenblik. De recente literatuur zal worden onder de loep genomen en er zal worden nagegaan in welke mate de aanbevelingen van de richtlijn nog geldig zijn. Voor de herziening zal vertrokken worden van dezelfde zoekstrings als bij de totstandkoming van deze richtlijn. Er zal bij de leden van de GDG worden geïnformeerd of er inmiddels nieuwe relevante zoektermen moeten worden toegevoegd.

Op basis van de uitkomst van de literatuursearch zullen waar nodig de aanbevelingen worden aangepast en de graad van aanbeveling en het niveau van bewijsmateriaal zullen worden herzien. Een adviescommissie bestaande uit diverse stakeholders waaronder eindegebruikers, zal worden samengeroepen om te adviseren over de sterkte van de aanbeveling.

Om het patiënten perspectief/perspectief van de ervaringsdeskundigen voldoende mee te nemen, zullen bij de herziening van de richtlijn de aanbevelingen worden voorgelegd aan diverse stakeholders binnen de beoogde populatie, namelijk oudere personen en mantelzorgers. Voor de rekrutering zullen meerder kanalen worden gebruikt, waaronder seniorenorganisaties, advies- en inspraakorganen van oudere personen naar de overheid toe en dienstencentra. Tevens zullen zorgverleners in de eerste lijn worden aangesproken, teneinde ook de oudere populatie die minder participeert in organisaties te bereiken.

Voorwaarde voor herziening van de richtlijn is dat er financiële middelen voorhanden zijn.

1.12 Belangenvermenging

De richtlijnontwikkelingsgroep kon in alle onafhankelijkheid haar werk doen. Deze richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van de financierende instantie, FOD Volksgezondheid. Alle leden van de GDG verklaarden hun belangen. Deze documenten zijn op vraag beschikbaar bij de eerste auteur. Leen De Coninck gaf aan staflid te zijn bij CEBAM, maar is vanuit die functie in geen geval betrokken bij de validatie van deze richtlijn. Geen overige auteurs vermeldden belangenvermenging.

1.13 Validatie

De richtlijn werd op 9 maart 2023 gevalideerd door het Belgisch Centrum voor Evidence-based Medicine (Cebam).

1.14 Erkenning

We danken Prof Annemie Desoete van het ENW Gezondheid en Zorg aan de Arteveldehogeschool voor de haar advies en steun tijdens het ontwikkelingsproces van deze richtlijn.

Een woord van dank gaat tevens naar de studenten en supervisor van de opleiding onderwijs- richting secundair onderwijs van de Arteveldehogeschool. De vertaling van Nederlands naar Frans werd uitgevoerd door laatstejaarsstudenten Elien Coppens, Jana Meyskens en Madelon Vanhee, onder toezicht van de vaktitularis mevrouw Isabelle Cloquet.

1.15 Verklarende lijst termen en afkortingen

ADAPTE-procedure	Systematische procedure die werd ontwikkeld door de Adapte Collaboration voor richtlijnadaptatie en omschreven staat in de Guideline adaptation: A resource toolkit (2009). Eén of meerdere richtlijnen worden gebruikt of aangepast en waar nodig geüpdatet voor gebruik in een andere context dan diegene waarvoor ze werd(en) ontwikkeld.
Adviescommissie/ stakeholderscommissie	Selecte representatieve groep die alle stakeholdersgroepen vertegenwoordigt. De adviescommissie geeft feedback met betrekking tot relevantie en actuele nood klinische vragen, de haalbaarheid en toepasbaarheid van de aanbevelingen en levert advies over implementatie in het werkveld.

AGREE-II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II is een internationaal aanvaard instrument voor de evaluatie van de methodologische kwaliteit van een richtlijn.
BADL	Basisactiviteiten van het dagelijks leven zoals zich wassen of een maaltijd nuttigen
Begeleidingscommissie	De begeleidingscommissie is samengesteld uit vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het FAGG, de uitvoerder van de opdracht, core partners van EVIKEY, WOREL en eventuele andere experts.
Cinahl-database	De Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) is een databank van paramedische en verpleegkundige tijdschriften voor verpleegkundigen, paramedici, onderzoekers en studenten.
Cochrane Library	De Cochrane-bibliotheek is een verzameling databases die verschillende soorten onafhankelijk bewijs van hoge kwaliteit bevatten om de besluitvorming in de gezondheidszorg te informeren. De Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) noemt zich de belangrijkste bron voor systematische reviews in de gezondheidszorg.
GDG – Domein-specifieke experts	Domein specifieke experts, ook soms inhoudelijke experts genaamd, zijn professionals of eindgebruikers met een specifieke inhoudelijke expertise. Deze experts gaan de inhoud van de richtlijn kritisch beoordelen en adviseren over de haalbaarheid en toepasbaarheid van de richtlijn. Ze maken deel uit van de guideline development group (GDG).
GDG-Lay members	Personen met persoonlijke ervaring met het gebruik van gezondheids- of zorgdiensten of uit een gemeenschap die door de richtlijn wordt getroffen en hun ervaringen gebruiken om de GDG te adviseren.
GDG- Methodologisch experts	Experts in richtlijnontwikkeling en -implementatie die binnen de GDG hun expertise inzetten om de wetenschappelijke kwaliteit van de richtlijn te verzekeren. De expertise wordt zowel ingezet bij het ontwikkelen, als het kritisch beoordelen van de ontwikkelde onderdelen.
GDG-Richtlijncoördinatoren	De inhoudelijk en wetenschappelijk verantwoordelijke, en de procescoördinator van het project. Naast hun verantwoordelijke en coördinerende functie, bereiden ze de vergaderingen voor de GDG en adviescommissie voor. Ze nemen een belangrijk aandeel op van de methodologische performance.
De novo ontwikkeling	In tegenstelling tot de ADAPTE-procedure, waarbij de onderbouwing is gebaseerd op bestaande richtlijnen, is een de novo richtlijnontwikkeling gestoeld op originele studies (reviews of primaire studies). Bv NICE guidelines manual (2018)
EBPnet	EBPnet is het referentieplatform voor Evidence-based Practice voor alle Belgische zorgverleners. Op dit platform zijn alle richtlijnen en andere EBP-informatie gevalideerd door het EBP-programma terug te vinden.

ENW Gezondheid en Zorg Arteveldehogeschool	De Arteveldehogeschool heeft 5 expertisenetwerken (ENW's), waaronder Gezondheid en Zorg. Een expertisenetwerk focust zowel op onderwijs, onderzoek, als dienstverlening. Het ENW Gezondheid en Zorg omvat naast de opleiding bachelor in de ergotherapie, nog 7 andere opleidingen.
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation is een internationaal aanvaarde, systematische en transparante benadering om de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs te beoordelen en de sterkte van de aanbevelingen te bepalen.
IADL	Instrumentale activiteiten van het dagelijks leven, zoals maaltijden bereiden, gras afrijden en stofzuigen
ICF	The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (2001) is een classificatie die werd ontwikkeld door de WHO en die het faciliteert om het functioneren van de persoon op een holistische wijze gestructureerd weer te geven.
Medline-database	MEDLINE is de belangrijkste bibliografische database van de Amerikaanse National Library of Medicine® (NLM) die meer dan 25 miljoen verwijzingen bevat naar tijdschriftartikelen in de menswetenschappen met een concentratie op biomedicine. Een onderscheidend kenmerk van MEDLINE is dat de dossiers worden geïndexeerd met NLM Medical Subject Headings.
OTDbase	OTDbase is een geïndexeerde databank die meer dan 10.000 abstracts omvat van meer dan 20 ergotherapie tijdschriften. De databank bestaat sinds 1970 en is niet vrij toegankelijk (wel via lidmaatschap UPE).
PICO	Acroniem voor Patiënt, Interventie, Comparison en Outcome. PICO omschrijft de elementen van een onderzoeksvraag waarmee kan worden gezocht naar wetenschappelijke literatuur.
PIPOH	Acroniem voor Patiënt/populatie/probleem, Interventie, Professional, Outcome en Healthcare setting. PIPOH geeft de elementen van een klinische vraag weer die de scope van de richtlijn weergeeft. PIPOH kan worden gebruikt om richtlijnen op te zoeken in databanken zoals G-I-N.
Stakeholders	Alle betrokkenen bij de scope van de richtlijn, met name patiënten/cliënten, mantelzorgers, eindgebruikers, professionele zorgverleners, sociaal werkers, beleidsvoerders en andere mogelijks geïnteresseerden.
WOREL	De Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL) is een consortium van richtlijnontwikkelaars in België dat het bevorderen van de ontwikkeling, adaptatie en herziening van richtlijnen voor eerstelijns-gezondheidswerkers tot doel heeft.

1.16 Referenties situering

Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research, and medical education : a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.

Béland F, Bergman H, Lebel P et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:367–373.

Boeckxstaens P, Bekaert S, De Sutter A, De Maeseneer J. Translational research and multimorbidity: a need for a paradigm-shift. *International Public Health Journal*, 2011; 3: 207–214.

Burden of disease network project. Disability in Old Age. Final Report, Conclusions and Recommendations. Jyväskylä: Jyväskylä University Press; 2004.

Campbell AJ, Robertson MC, La Grow SJ, Kerse NM, Sanderson GF, Jacobs RJ, Sharp DM, Hale LA. (2005) Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged ≥ 75 with severe visual impairment: the VIP trial. *BMJ*. 8;331(7520):817.

Davis JC, Robertson MC, Ashe MC, Liu-Ambrose T, Khan KM, Marra CA. (2010) Does a home-based strength and balance programme in people aged ≥ 80 years provide the best value for money to prevent falls? A systematic review of economic evaluations of falls prevention interventions. *Br J Sports Med*. 44(2):80–89.

Clegg A, Young J, Iliffe S et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752–762

Collard RM, Boter H, Schoevers RA, et al. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:1487–1492.

De Coninck, L, Bekkering, GE, Bouckaert, L, Declercq, A, Graff, MJL, Aertgeerts, B (2017) Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2017 Aug;65(8):1863-1869.

De Coninck, L., Declercq, A., Bouckaert, L., Vermandere, M., Graff, M., & Aertgeert, B. (2021). Perspectives of older adults with a chronic condition on functioning, social participation and health: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 21(1), 418. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02365-w>.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146–156. 6.

Gilmour, H. (2012). Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health Reports*, 23(4), 23–32.

Gitlin, L. N., Hauck, W. W., Dennis, M. P., Winter, L., Hodgson, N., & Schinfeld, S. (2009). Long-term effect on mortality of a home intervention that reduces functional difficulties in older adults: results from a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 476–481. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02147.x>

Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: Randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:1196.

Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical journal of Australia*, 180(S6), S57–S60.

<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x>

Levasseur, M, Richard, L, Gauvin, L, Raymond, E (2010) Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med.* 2010 Dec;71(12):2141-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.041. Epub 2010

Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal.* 2001;1:323–36.

Morley JE, Vellas B, van Kan GA, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:392–397.

Nyman, S. R., & Victor, C. R. (2011). Older people's recruitment, sustained participation, and adherence to falls prevention interventions in institutional settings: a supplement to the Cochrane systematic review. *Age and ageing, 40(4), 430–436.* <https://doi.org/10.1093/ageing/afr016>

Oldenkamp M, 't Hagedoorn M, Witteke R, Stolk R, Smidt N (2017) The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPICS-MDS project. *Qual Life Res.* 26:2705–2716 DOI 10.1007/s11136-017-1606-5.

Pilkington G: Homecare re-ablement: why and how providers and commissioners can implement a service. *J Care Services Management* 2008, 2:354–367.

Potocnik, K & Sonnentag, S (2013) 'A longitudinal study of well-being in older workers and retirees: The role of engaging in different types of activities', *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 86, no. 4, pp. 497-521. <https://doi.org/10.1111/joop.12003>.

Pyatak EA, Carlson M, Vigen CLP, Blanchard J, Niemiec SS, Sideris J, Baranek GT. (2019) Contextualizing the Positive Effects of the Well Elderly 2 Trial: A Response to Schelly and Ohl (2019). *Am J Occup Ther.* 73(6):7306205100p1-7306205100p11.

Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62:722–7. 7.

Stark, S., Somerville, E., Conte, J., Keglovits, M., Hu, Y. L., Carpenter, C., Hollingsworth, H., & Yan, Y. (2018). Feasibility Trial of Tailored Home Modifications: Process Outcomes. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association, 72(1), 7201205020p1–7201205020p10.* <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.021774>

Swedish National Institute of Public Health. *Healthy Ageing: A Challenge for Europe.* Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2007.

Treacy, D., Hassett, L., Schurr, K., Fairhall, N. J., Cameron, I. D., & Sherrington, C. (2022). Mobility training for increasing mobility and functioning in older people with frailty. *The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD010494.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010494.pub2>

Wahrendorf, M., & Siegrist, J. (2010). Are changes in productive activities of older people associated with changes in their well-being? Results from a longitudinal European study. *European Journal of Aging, 7, 59–68.*

Warburton D, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin S. A systematic review of the evidence For Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010; 7: 39.

Warr, P., Butcher, V., & Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in older people. *Aging & Mental Health, 8, 172–183.* doi:10.1080/13607860410001649662

World Federation of Occupational Therapists (2020) Statement on occupational therapy [on-line]. Available at [http:// www.wfot.org](http://www.wfot.org). Accessed November 11, 2020.

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

WHO (2020) Age-friendly world- social participation Geraadpleegd op <<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-practices/social-participation/>> op 02/05/2020.

Zorgwijzer (2022) Ergotherapie, geraadpleegd op <<https://www.zorgwijzer.nl/pdf/5708.pdf?date=10-07-2022>> op 02/05/2022.

2 Aanbevelingen met onderbouwing per klinische vraag

Voor ergotherapeuten kunnen heel wat aanbevelingen worden geformuleerd in verband met valpreventie. Over dit thema is literatuur terug te vinden en ergotherapeuten in België zijn betrokken bij de aanpak van valpreventie bij oudere personen die thuis wonen. Er werd eerder een nationale ergo-richtlijn over valpreventie ontwikkeld. Deze klinische richtlijn geeft een antwoord op “Welke ergotherapeutische aanpak is doeltreffend wat betreft woningaanpassing en vermindering valangst bij oudere personen met verhoogd valrisico?”. (De Coninck et al., 2021)

In de richtlijn worden aanbevelingen geformuleerd rond vier thema's, namelijk de woonomgeving van de oudere persoon, factoren die valangst verminderen, therapietrouw binnen valpreventie en managen van valpreventie op populatieniveau. (De Coninck et al., 2021) Aangaande ergotherapie in het kader van valpreventie verwijzen we dan ook door naar [deze richtlijn](#).

2.1 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?

2.1.1 Screening algemeen

Aanbevelingen

Aanbeveling 1.1

We suggereren om frailty op te sporen bij oudere thuiswonende personen vanaf 75 jaar. **2C**
(Apóstolo et al., 2017; Mason et al., 2007)

Toelichting

Frailty evolueert langzaam waardoor het gevaar bestaat dat het ondermaats wordt gedetecteerd.

Zorgverleners die hoog risicopersonen op frailty screenen moeten een opleiding krijgen om de signalen en symptomen van kwetsbaarheid te leren herkennen. (Apóstolo et al., 2017; Mason et al., 2007)

Literatuursynthese

De vroege diagnose van frailty helpt om de impact op een gezonde, onafhankelijke en geëngageerde levensstijl te verbeteren. Toch is er geen universeel bruikbaar screeningsinstrument maar dient een keuze gemaakt te worden op basis van context en doel. Basiselementen zoals zelf-ervaren gezondheid en wandelsnelheid kunnen best gecombineerd worden met fysieke, psychologische en

situationele indicatoren. (Apóstolo et al., 2017) Getrainde hulpverleners, bijvoorbeeld ambulanciers, zijn in staat om oudere personen met acute kleine aandoeningen te evalueren en desgewenst door te verwijzen. (Mason et al., 2007)

Deze aanbeveling is gebaseerd op een narratieve review en een RCT, beide van goede methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

Stakeholders geven aan rekening te houden met het financiële aspect bij het aanbieden/volgen van opleidingen.

De stakeholders geven aan dat als de screening gebeurt door de leden van het multidisciplinaire team dat er moet afgesproken worden wie wat zal doen (medische ten opzichte van het functionele). Daarnaast blijkt de financiering van deze prestaties een belangrijke factor te zijn bij de implementatie.

Het verschil tussen Vlaanderen en Wallonië wordt daarbij aangegeven. In Vlaanderen wordt de BelRAI en BelRAI-screener sinds 1 juni 2021 verplicht gebruikt in de diensten gezinszorg voor de indicatiestelling van de Vlaamse zorgverzekering. Dit zal worden uitgebreid in de toekomst. In Wallonië wordt de BelRAI-screener gebruikt in het kader van protocol 3 en door de zorgcoördinatoren.

2.1.2 Preventieve huisbezoeken

Aanbeveling 1.2:

We suggereren dat huisartsen en alle andere eerstelijnszorgverleners een hoog risico detectie op frailty uitvoeren tijdens hun reguliere huisbezoeken. **2C**

We suggereren niet om systematisch preventieve huisbezoeken op populatieniveau uit te voeren. **2C**

(Bouman, et al., 2008; Donnelly, 2014; Fagerström et al., 2009; Kronborg et al., 2006; McIntyre, 2019; Van Kempen et al., 2015)

Toelichting

De hoog risico detectie op frailty kan jaarlijks tijdens een reguliere interventie, of eerder als er zich veranderingen in het functioneren van de persoon voordoen. Om dubbele screening te voorkomen zijn afspraken tussen de lokale zorgverleners hieromtrent wenselijk.

Literatuursynthese

Huisartsen en gezondheidswerkers kunnen een screening op het vlak van frailty uitvoeren. Uit de beschrijvende studie van Kempen et al. (2015) komt naar voor dat een huisarts in staat is om frailty bij oudere personen die thuis wonen te detecteren.

Het screenen van oudere personen kan tijdens de reguliere consultaties plaatsvinden. Huisartsen vinden dat het screenen in functie van valpreventie bij oudere personen tijdens een algemene gezondheidscontrole kan plaatsvinden. Zij vinden het vooral hun taak om te screenen op polyfarmacie en mobiliteits- en balansproblemen. (McIntyre; 2019)

De literatuur geeft weer dat preventieve huisbezoeken niet effectief zijn. Een review (Fagerström et al., 2009) geeft weer dat preventieve huisbezoeken geen nut hebben in de algemene populatie en daarom onderzocht wordt of dit wel zo zou zijn voor de populatie oudere personen. De review concludeert dat preventieve huisbezoeken een positief effect hebben op de oudere persoons gezondheid en welzijn. Toch moet deze vorm van zorg verder ontwikkeld worden zodat er meer wordt aangesloten op de individuele noden en wensen van de oudere personen. Daarnaast dienen de screening van risicofactoren en het in kaart brengen van de hulpbronnen toegevoegd te worden.

Daarnaast is er een review waaruit blijkt dat geen enkel artikel op significante wijze bewijst dat intensieve huisbezoekprogramma's voor fraile oudere personen uitgevoerd door een thuisverpleegkundige onder toezicht verpleegkundige gespecialiseerd in public health effectief zijn voor mortaliteit, gezondheidstoestand, gebruik van gezondheidszorgdiensten en kosten. (Bouman et al., 2008)

Als de huisarts en de gezondheidswerker vorming krijgen over geriatrische topics, kon het niet bewezen worden dat dit een positieve invloed heeft. Zowel de verbeteringen op vlak van functioneren van de oudere als de impact op de kosten van zorg door het preventieve huisbezoek zijn niet statistisch significant ten opzichte van het normaal uitgevoerde preventieve huisbezoeken. (Kronborg et al., 2006)

Deze aanbeveling is gebaseerd op voornamelijk observationele studies van matige kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

De stakeholders geven aan rekening te houden met de haalbaarheid voor de oudere persoon: evaluatie-instrumenten gebruiken die aanvaardbaar zijn voor oudere personen en niet te veel evaluaties op hetzelfde moment of door verschillende personen van het MDT dezelfde evaluaties. Informatiedeling tussen de verschillende partners in de zorg wordt daarbij als essentieel gezien. Daarnaast kan de belasting voor de oudere persoon geminimaliseerd worden door zoveel mogelijk gebruik te maken van al bestaande instrumenten.

2.1.3 Ergotherapie

Aanbeveling 1.3:

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

Toelichting

Het beroep ergotherapie is in de eerstelijnszorg nog niet algemeen gekend. De unieke focus van ergotherapie op de waarde van 'betekenisvol handelen' zorgt voor het bevorderen van het functionele vermogen van oudere volwassenen in zinvolle contexten en ondersteunt participatie, inclusie, respect en veiligheid. Ergotherapeuten erkennen dat actief ouder worden, met betrokkenheid bij levenslange activiteiten en sociale interactie aanzienlijk bijdragen aan het creëren en behouden van gezondheid, welzijn en levenskwaliteit.

Uit de multiple casestudie van Donnelly et al. (2014) komt naar voor dat ergotherapeuten werkzaam in een interprofessioneel team in de eerstelijnszorg zich transparant moeten profileren binnen het team waarbij ze van belang zijn voor screening en het in kaart brengen van het functioneren.

Ergotherapeuten die in de eerstelijnszorg werken moeten zich en hun functie lokaal kenbaar maken.

Stakeholdersfeedback

De stakeholders geven aan dat de beperkte erkenning van ergotherapie binnen het financieringssysteem van de nomenclatuur een barrière vormt in de profilering van het beroep in de eerstelijnszorg. Ergotherapeuten moeten om die reden extra aandacht besteden aan zich profileren binnen hun eerstelijnszone of -regio.

2.1.4 Screening op frailty

Aanbeveling 1.4A:

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. **1C**

(Abassi et al., 2018; Apóstolo et al., 2017; Metzelthin et al., 2010)

Aanbeveling 1.4B:

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. **GPP**

Toelichting

De vroege diagnose van frailty helpt om de impact op een gezonde, onafhankelijke en geëngageerde levensstijl te verbeteren. Toch is er geen universeel bruikbaar screeningsinstrument, maar dient een keuze gemaakt te worden op basis van context en doel. Basiselementen zoals zelf-ervaren gezondheid en wandelsnelheid kunnen best gecombineerd worden met fysieke, psychologische en situationele indicatoren. (Apóstolo et al., 2017)

Zelfrapportage instrumenten voor het screenen van frailty zijn onder andere de Groningen Frailty Indicator (GFI) en de Tilburg Frailty Indicator (TFI). Beide instrumenten hebben een hoge interne consistentie en begripsvaliditeit. (Metzelthin et al., 2010) De GFI wordt echter afgeraden voor gebruik in de eerstelijnszorg. (Apóstolo et al., 2017) De vijf criteria voor frailty van Fried (gewichtsverlies, lage fysieke activiteit, uitputting, vertraging en zwakte) worden in de eerstelijnszorg wel vaak toegepast vaak gebruikt om frailty te detecteren. (Fried et al., 2001)

Valide en betrouwbare instrumenten om frailty in kaart te brengen in de eerstelijnszorg zijn onder meer de Clinical Frailty Scale (CFS), Gait Speed of PRISMA-7. (Abassi et al., 2018) In België wordt de Wandelsnelheid blijkt een risicofactor te zijn met een zeer goede predictieve waarde voor frailty. Het gebruik van valide gestandaardiseerde screeningsinstrumenten wordt aangeraden. (Apóstolo et al., 2017)

Indien binnen het geïntegreerde zorgteam nog geen screeningsinstrument wordt gebruikt, zijn de Clinical Frailty Scale van Rockwood en de vijf criteria voor frailty van Fried voor ergotherapeuten haalbare instrumenten.

Stakeholdersfeedback

/

2.1.5 Profilering ergotherapeuten in kader van doorverwijzing

Aanbeveling 1.5A:

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. **GPP**

Aanbeveling 1.5B:

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. **GPP**

Toelichting

Ergotherapeuten in de eerste lijn worden gezien als generalisten in het werken rond 'functioneren'. Dit wordt gezien als het participeren in die dagelijkse activiteiten die belangrijk zijn voor de cliënten, hier de oudere personen. De toegang tot ergotherapie in de eerstelijnszorg is belangrijk. Daarbij is de link met andere dienstverleningsactoren in de thuiszorg essentieel om personen hun functioneren te ondersteunen. (Donnelly et al., 2014)

Literatuursynthese

Geen (GPP)

Stakeholdersfeedback

Stakeholders geven het belang weer om zich bij doorverwijzing te focussen op een efficiënte doorverwijzing in de eerste lijn. Momenteel is hier enkel de mogelijkheid toe op het Multidisciplinair Overleg (MDO).

Er kan ook doorverwezen worden naar de tweedelijnszorg. Daarbij zijn diensten geriatrie van belang maar ook de diensten maatschappelijk werk van de ziekenhuizen.

2.1.6 Personen die kunnen doorverwijzen (naar de ergotherapeut of elkaar)

Aanbeveling 1.6A:

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. **GPP**

Aanbeveling 1.6B:

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. **GPP**

Toelichting

Ieder contact tussen een oudere persoon en een gezondheidswerker is een opportuniteit om frailty te herkennen. Daarbij is het belangrijk om de competenties van het eerstelijnssteam hieromtrent te versterken. Detectie van frailty vereist specifieke vaardigheden. Trainingen over detectie van frailty die binnen de eerstelijnszones worden verstrekt kunnen in kader van doorverwijzing als bijkomende meerwaarde hebben dat de eerstelijnszorgverleners elkaar kennen.

Bij complexe en ernstige situaties van frailty kan het team binnen de eerste lijn beslissen om door te verwijzen naar gespecialiseerde geriatrische hulp. (Abassi et al., 2018)

Vanuit de kern van het beroep ergotherapie (betekenisvol handelen optimaliseren) bezitten ergotherapeuten de vaardigheid om oudere personen met kwetsbaarheid omtrent dit handelen te detecteren en verwijzen ze in kader van een interdisciplinaire aanpak door naar relevante zorgverleners.

Stakeholdersfeedback

De stakeholders zien enkel voordelen van het doorverwijzen naar andere zorgprofessionals. Ze geven aan dat het daarbij belangrijk is om voldoende afstemming te hebben tussen de verschillende beroepsgroepen in de verschillende lijnen.

2.1.7 Structuren in kader van doorverwijzing

Aanbeveling 1.7A:

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. **2C**

(Abassi et al., 2018)

Aanbeveling 1.7B:

We suggereren om per eerstelijnszone een coördinator aan te duiden die dit proces monitort. **2C**

(Abassi et al., 2018)

Aanbeveling 1.7C:

We suggereren dat alle gezondheids- en welzijnswerkers up-to-date zijn van de opsporings- en doorverwijzingsprocedure in hun eerstelijnszone. **2C**

(Abassi et al., 2018; McIntyre et al., 2019)

Toelichting

In de workflow die rond frailty wordt uitgewerkt is een eerste stap het selecteren van een instrument om frailty te detecteren. Daarnaast kan vorming en training nodig zijn. Vervolgens dient de multi-component aanpak aangepast te worden om alle elementen van frailty aan bod te laten komen. (Abassi et al., 2018)

In een eerstelijnszone kan een procedure worden beschreven hoe detectie en doorverwijzing verlopen. Er wordt opgelijst wie wat wanneer doet en naar wie kan doorverwezen worden. Het

monitoren van het proces houdt concreet in dat de eerstelijnscoördinator het proces opvolgt, periodisch evalueert en bijstuurt waar nodig.

Literatuursynthese

Voor personen met frailty wordt een persoonsgerichte, multidimensionele en heterogene aanpak aanbevolen. Er wordt geadviseerd om frailty in te bouwen in de workflow in de eerstelijns voor het interdisciplinaire team. (Abassi et al., 2018)

De survey van McIntyre et al. (2019) geeft aan dat er onder meer in het kader van valpreventie hiaten zijn in de doorverwijzing door huisartsen naar ergotherapeuten. Goed ontwikkelde klinische paden zou leiden tot een betere zorg voor de risicopersoon.

Deze aanbeveling is gebaseerd op studies van matige tot lage methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

De stakeholders wijzen op het verschil in eerstelijnsstructuur tussen Vlaanderen en Wallonië. In beide gewesten wordt gewerkt binnen afgebakende regio's, die onderling sterk kunnen verschillen.

2.1.8 Advies naar implementatie

Ondersteunende instrumenten

- [BelRAI - Screener](#)
- Clinical Frailty Scale ([CFS](#))
- [Frailty phenotype van Fried](#)

Ondersteunende materialen/diensten

- MDO ([Vlaanderen](#))
- Eerstelijnszones ([Vlaanderen](#))

2.2 Klinische vraag 2

Welke multifactoriële ergotherapeutische evaluatie is aangewezen bij de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon en/of zijn context?

2.2.1 Methodiek bij evaluatie

Aanbeveling 2.1:

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. **1C**

(Stewart et al., 2005)

Aanbeveling 2.2:

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. **1C**

(Jakobsson et al., 2011; Provencher et al., 2013)

Aanbeveling 2.3A:

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. **GPP**

Aanbeveling 2.3B:

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. **GPP**

Aanbeveling 2.4:

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

Aanbeveling 2.5:

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. **GPP**

Toelichting

In het kader van therapietrouw is een vlotte aaneenschakeling tussen het assessment en de interventie wenselijk.

Een niet gekende omgeving kan het handelen beïnvloeden. Als het assessment niet in de vertrouwde omgeving van de persoon kan worden uitgevoerd, is het wenselijk om de vertrouwde omgeving van

de persoon zo goed mogelijk te imiteren. Ergotherapeuten ondersteunen het optimaal kunnen uitvoeren van betekenisvol handelen. Dit betekenisvol handelen voert de persoon uit in zijn vertrouwde omgeving. Daarom is het wenselijk om ook het assessment uit te voeren in de eigen omgeving, of in een omgeving die deze biotoop optimaal simuleert.

De ergotherapeut gaat de mogelijkheden van de oudere persoon gebruiken, om de zwaktes weg te werken. Tevens is het voor het zelfvertrouwen van de persoon zinvol om niet enkel te duiden op de zwaktes, maar ook de sterktes te benoemen. Er zijn een aantal concrete instrumenten beschikbaar voor ergotherapeuten kunnen hanteren. De Occupational Identity, Occupational Competency en Occupational Behaviour Settings scale zijn drie schalen die onderdeel zijn van de tweede versie van de OPHI-II. De OPHI-II is een ergotherapeutisch beoordelingsinstrument dat is ontwikkeld om het handelen van de cliënt (in het verleden en heden) in kaart te brengen. De OPHI-II geeft een overzicht van sterke en zwakke kanten van de cliënt en een handvat voor het opstellen van behandeldoelen.

Naast kennis te hebben van het handelen op zich, wil de ergotherapeut ook zicht hebben op hoe de persoon dit handelen percipieert en wat zijn interesses, behoeften en voorkeuren zijn. Deze kennis is nodig om het behandelplan optimaal af te stemmen op de persoon. Deze kennis includeren bij het uitwerken van het behandelplan, zal een gunstige invloed hebben op de therapietrouw van de persoon.

Ergotherapeuten die werken met oudere personen in de thuiszorg kunnen assessment gebruiken tijdens alle fases van het therapeutisch proces (assessment en planning, interventie en opvolging). Er kan gebruikt gemaakt worden van vragenlijsten, checklists, schalen en observaties. In de fase van assessment in planning worden de noden, interesses en doelen van de oudere persoon geïdentificeerd. (Fischl et al., 2020).

Gestandaardiseerde beoordelingsinstrumenten zijn onder meer wenselijk om een objectief oordeel te kunnen vellen over de evolutie die een persoon doormaakt. De klinische expertise van de therapeut mag echter niet worden onderschat. Daarom kunnen bevindingen op basis van klinische expertise best ook worden geregistreerd.

Uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven kan op verschillende manieren in kaart worden gebracht. Engagement in Meaningful Activities Survey (EMAS) of de Questionnaire sur l'engagement dans des activités significatives (QESA) in het Frans, brengt de deelname aan betekenisvolle activiteiten in kaart. (Lacroix et al., 2018). De Occupational Balance Questionnaire (OBQ) omvat de Occupationele balans, welke een fundament is van ergotherapie. Het is een complex concept en omvat benodigde voldoening, niveaus van betekenisvolheid en types van occupaties. De OBQ11 kan gebruikt worden als screeningtool om cliënten te prioriteren voor ergotherapie en om interventies te plannen voor gezondheid bevorderende ergotherapie. (Håkansson, Wagman en Hagell, 2020) De Health Enhancement Lifestyle Profile (HELP) is een zelfrapportage vragenlijst van 15-items die de screening van de levensstijl doet van oudere personen. HELP is een betrouwbaar zelf-rapportage screeningsinstrument voor thuiswonende ouderen om hun levensstijl in kaart te brengen. De HELP kan deel uitmaken van het basis screeningspakket voor ergotherapeuten in de eerstelijnszorg.

Hwang (2013)

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.1

Uit de RCT van **Stewart (2004)** blijkt dat er geen duidelijk verschil is in patiëntgerichte effectiviteit bij meting door een maatschappelijk werker of een ergotherapeut. De oorzaak hiervan kan de tijd zijn die er ging over het afnemen van het ergotherapeutisch assessment en de uitvoering van de aanbevelingen. Deze studie is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.2

De plaats waar de afname van het assessment gebeurt, heeft een invloed op de score. Ten eerste geeft de beschrijvende studie van **Provencher et al. (2013)** weer, door middel van de AMPS, aan dat de mate van vertrouwd zijn binnen de omgeving waarbinnen de oudere persoon presteert, een invloed heeft op de uitvoering. En tweede komt uit de cohortstudie van **Jakobsson & Karlsson (2011)** naar voor dat het assessment ADL staircase een goede predictor is voor mortaliteit en dat er andere cutoff point dient gebruikt te worden naargelang het type huisvesting (zelfstandig thuis wonen ten opzichte van huisvesting met ondersteuning). De observationele studie van Jakobsson (2011) is van aanvaardbare en van Provencher (2013) van goede methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

De stakeholders geven aan dat de haalbaarheid voor het afnemen van de assessments steeds moet bewaakt worden want de aanbevelingen zijn veel omvattend.

Stakeholders menen dat deze fase sowieso (veel) tijd vraagt. Daarbij zijn alle facetten, alle onderdelen binnen het assessment, belangrijk. Daar moeten bewuste keuzes in gemaakt worden. De stakeholders menen dat alleen in kaart moet worden gebracht wat op dat moment relevant is.

De stakeholders duiden op het belang om persoonsgericht en doelgericht assessments af te nemen. Dit betekent echt in gesprek gaan met de oudere persoon en zijn omgeving in plaats van scoring af te nemen. Door assessments heel strikt af te nemen met een focus op de scoring, ontstaat soms ook 'afstand'. De bedoeling is om niet alleen probleemgericht te gaan werken maar doelgericht. Meten, in kaart brengen kan zeker ook zonder assessments/beoordelingsinstrumenten. Toch blijft het belangrijk om objectief zaken in kaart te brengen door gestandaardiseerde instrumenten te gebruiken. Ook belangrijk om methodisch te werk gaan in de fase van evaluatie.

Stakeholders stellen zich de vraag hoe ze rekening kunnen houden met de culturele sensitiviteit. Vele instrumenten zijn nog niet vertaald in het Nederlands/Frans en geadapteerd naar de Belgische context.

Stakeholders geven aan dat de BelRAI een vaak gebruikt instrument is in de praktijk. Op termijn zal dit instrument verplicht worden in de eerste lijn.

2.2.2 Taakverdeling bij evaluatie

Aanbeveling 2.6:

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. **1C**

(Bouman et al., 2008; Frese et al., 2012; McIntyre et al., 2019; Pighills et al., 2011)

Aanbeveling 2.7:

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. **1C**

(Avlund et al., 2002; Provencher et al., 2013)

Aanbeveling 2.8:

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. **1C**

(Brown et al., 2013)

Toelichting

Een CGA aan huis kan bestaan uit het STEP-assessment, Bartel-Index, Lambeth-disability screeningsvragenlijst, Tinetti-gangscore, Hamilton Depressie schaal, Hospital anxiety and depression scale, Mini Mental State Examination, Hierarchic Dementia Scale, clock drawing test en COOP-charts. (Frese et al., 2012)

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.6

Met de RCT van **Frese et al. (2012)** wordt de effectiviteit van een preventief geriatrisch assessment (comprehensief geriatric assessment – CGA) door getrainde medische studenten bij de oudere persoon thuis in kaart gebracht. CGA afgenomen bij thuiswonende 70-plussers door getrainde huisartsen in opleiding heeft een positief effect op mortaliteit en de tijd dat ze nog thuis kunnen blijven wonen. Binnen het evaluatieproces zijn er kansen om multidisciplinair samen te werken. De Nederlandse RCT van **Bouman et al. (2008)** evalueert de effectiviteit van een huisbezoekenprogramma bij thuiswonende oudere personen met een lage gezondheidsstatus. Bij het gebruik van de EasyCare gaat men trapsgewijs tewerk. Een eerste screening gebeurt door de huisarts waarna een eventuele doorverwijzing naar een verpleegkundige gebeurt voor een uitgebreider assessment. De huisarts kan ook doorverwijzen naar de ergotherapeut. De beschrijvende studie van **McIntyre et al. (2019)** van Engelse huisartsen gaat na of en hoe ze werken rond valpreventie en of ze doorverwijzen naar een ergotherapeut. De response rate van deze survey was zeer laag (2%). Huisartsen hebben, binnen valpreventie, een aandeel in het afnemen van assessments in functie van de risicofactor polyfarmacie. Andere beroepsgroepen zoals ergotherapie kunnen assessments afnemen over mobiliteit, ganganalyse, screening van het huis en aanpassingen en activiteiten van het dagelijks leven. Doorverwijzing is soms essentieel om beroep te doen op de specifieke expertise van bv een ergotherapeut. In een RCT (**Pighills et al., 2011**) vergelijkt men de effectiviteit van een omgevingsgerichte valpreventie interventie door ergotherapeuten, door getrainde, niet gekwalificeerde beoordelaars en standaard zorg. De Westmead Home Safety Assessment (WeHSA) kan beter afgenomen worden door een ergotherapeut dan door een getrainde beoordelaar. De ergotherapeut formuleert meer adviezen die beter worden opgevolgd.

De studies van Frese (2012) en Bouman (2008) zijn van goede methodologische kwaliteit, terwijl de observationele studies van McIntyre (2019) en Pighills (2011) van lage tot matige kwaliteit zijn.

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.7

Ergotherapeuten kunnen een rol spelen in het ontslagproces vanuit het ziekenhuis. **Avlund et al. (2002)** toont de nood aan de expertise van het interdisciplinaire geriatrische team aan bij ontslagplanning voor een specifieke groep oudere personen (bv huisbezoeken, hulpmiddelen enzovoort). Daarnaast adviseert men follow-up bezoeken. **Provencher et al. (2013)** geeft mee dat de mate van vertrouwd zijn binnen de omgeving waarbinnen de oudere persoon presteert op een assessment heeft een invloed op de uitvoering.

De gerandomiseerde studie van Avlund (2002) is van lage methodologische kwaliteit, terwijl de observationele studie van Provencher (2013) van hoge kwaliteit is.

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.8

Deze retrospectieve longitudinale studie van **Brown et al. (2013)** ging het voorspellend vermogen van drie zelfbeoordelingsinstrumenten over functionele status met betrekking tot gebruik van formele thuiszorg bij thuiswonende oudere personen: een zelfbeoordelingsinstrument van gewoontegedrag, een zelfbeoordelingsinstrument over vermogen en een observationeel instrument dat uitvoering beoordeelt, de Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS).

Gestandaardiseerde uitvoeringsinstrumenten, zoals PASS, leiden tot een betere voorspellende waarde voor formele thuiszorg dan zelfrapportage-instrumenten.

Deze observationele studie is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

Stakeholders geven aan dat het essentieel is om multidisciplinair te werken. Het biedt in de praktijk een meerwaarde voor alle partijen.

2.2.3 Inhoud evaluatie: valpreventie

Aanbeveling 2.9:

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

Aanbeveling 2.10:

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

Aanbeveling 2.11:

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. **GPP**

(Tomita et al., 2014)

Aanbeveling 2.12:

We bevelen aan dat zorgverleners doorverwijzen naar ergotherapeuten wat betreft woningaanpassing in het kader van valpreventie. **1C**

(MacKenzie et al., 2018; McIntyre et al., 2019; Pighills et al., 2011)

Toelichting

Met betrekking tot valpreventie verwijzen we ook naar de ergo-richtlijn valpreventie (De Coninck et al., 2017) Enkel zaken die niet in die richtlijn zijn opgenomen komen hier aan bod.

De Falls Behavioural Scale for older people na (FaB) is valide, betrouwbaar en nuttig in klinische situaties ter bespreking van doelen en om oudere personen bewust te maken van mogelijke valrisico's. De FaB kan in het kader van valpreventie risicovol gedrag weergeven en oudere personen bewust maken van mogelijke valrisicofactoren. (Clemson et al., 2008)

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.11

De studie van **Tomita et al. (2014)** gaat de psychometrische karakteristieken na van de Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) voor valpreventie bij thuiswonende oudere personen. De HSSAT is een betrouwbaar en valide instrument om valrisico's in een thuisomgeving te identificeren. De HSSAT-handleiding is effectief als educatief materiaal dat leidt tot verbetering van de veiligheid in huis.

Deze observationele studie is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.12

De studie van **McIntyre et al. (2019)** bij 152 Engelse huisartsen gaat na of en hoe ze werken rond valpreventie en of ze doorverwijzen naar een ergotherapeut. Huisartsen hebben, binnen valpreventie, een aandeel in het afnemen van assessments in functie van de risicofactor polyfarmacie. De huisartsen kennen ergotherapie maar verwijzen amper door. De studie van **MacKenzie** (zie hierboven) geeft de nood aan van goede bestaffing. De studie van **Pighills (2011)** geeft aan dat er significant minder valpartijen zijn in de groep die een ergotherapeutische aanpak kreeg.

De methodologische kwaliteit van de geïnccludeerde studies is verschillend, namelijk McIntyre zwak, MacKenzie goed en Pighills aanvaardbaar.

Stakeholdersfeedback

De stakeholders geven aan dat de inschatting van valrisico-factoren voor valpreventie nu ook soms gedaan wordt door de thuisverpleegkundige. Samenwerking met de ergotherapeut is van belang en kan weergegeven worden in de aanbevelingen.

2.2.4 Inhoud evaluatie: cognitie

Aanbeveling 2.13:

We bevelen aan dat de ergotherapeut naast de reguliere cognitieve beoordelingsinstrumenten ook functionele testen gebruikt om cognitie in kaart te brengen. **1C**

(Belchior et al., 2015; Harper et al., 2019)

Toelichting

Een inschatting van het executieve functioneren⁴ biedt de ergotherapeut een meer globaal beeld van het inzetten van de cognitieve mogelijkheden in het dagelijks handelen, tegenover de functies die cognitieve testen meten. Er zijn meerdere instrumenten beschikbaar om functionele problemen te detecteren, zoals de Independent Living Scale (ILS), de Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) en de Executive Function Performance Test (EFPT). Andere vaak gebruikte performance based testen zijn de Echelle de Montréal pour l'évaluation des Activités Financières (EMAF), de Kohlman evaluation of living skills (KELS), de Kettle test en de Perceive, recall, plan and perform (PRPP) test.

⁴ Cognitieve vaardigheden en proces dat instaat om een handeling tot een succesvol einde te brengen

Het meest gebruikte interview-instrument is de Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

Mogelijke zelf rapportage-instrumenten (al dan niet door mantelzorger ingevuld) zijn de Functional autonomy measurement system (SMAF) en de OARS multidimensional functional assessment questionnaire.

Mogelijke cognitieve screeningsinstrumenten zijn de Montreal cognitive assessment (MoCA), Mini-Mental State Examination (MMSE) en Cognitive assessment scale for the elderly (CASE). Een internationaal vaak gebruikt globaal cognitief assessments is de Cognitive Competency Test (CCT). Gebruikte domein specifieke cognitieve assessments zijn de Rivermead behavioural memory test (RBMT), Clock drawing, Trails making test (TMT), Executive interview (EXIT), Bells en de Motor-free visual perceptual test (MVPT). (Belchior et al., 2015)

Literatuursynthese

Uit het onderzoek van **Harper et al. (2019)** blijkt dat de Kettle Test een valide assessmentinstrument is om te screenen op cognitie en het functioneren bij oudere personen. De scores hebben een voorspellende waarde voor het functioneren na stopzetting van de therapie. **Belchior et al. (2015)** besluit dat de ergotherapeut de keuze van het instrument over beoordelen van IADL aanpast aan het type persoon en zowel observatie-instrumenten (zoals de ILS, AMPS en IFT), interview instrumenten (zoals de COPM), zelf-rapportage instrumenten (zoals de SMAF en OARS) gebruikt.

Beide observationele studies zijn van aanvaardbare kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

De stakeholders bevestigen de aanbeveling en merken op dat ermee moet worden rekening gehouden dat niet alle oudere personen het Nederlands of Frans machtig zijn.

2.2.5 Inhoud evaluatie: BADL en IADL

Aanbeveling 2.14:

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). **1C**

(Giambelluca et al., 2019)

Aanbeveling 2.15A:

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 plafondefecten⁵. **1C**

(Belchior et al., 2015; Wales et al., 2016)

Aanbeveling 2.15B:

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

⁵ vb MMSE bij personen met sterk vermoeden van cognitief deficit en MOCA bij personen met vermoeden van intacte cognitieve functies

Aanbeveling 2.15C:

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. **1C**

(Wyller et al., 1995)

Toelichting

Het is aangetoond dat de extra tijdsinvestering die nodig is voor de beoordeling nadien wordt gecompenseerd door efficiëntere diagnostiek en behandeling. (Voigt-Radloff et al., 2000)

Bij deze doelgroep kunnen bepaalde instrumenten beperkend zijn door een plafond- of vloereffect. Ter verduidelijking een alom gekend voorbeeld bij het testen van cognitie is de keuze “MOCA of MMSE?”. Het is bij cognitief intacte oudere personen beter om een MOCA af te nemen voor het in kaart brengen van het cognitief functioneren. De MOCA kan bij cognitief sterkere personen een verschil over de tijd detecteren, daar waar de MMSE mogelijks geen verschil zal detecteren door plafondeffect.

Een assessment ondergaan kan belastend zijn voor oudere personen. Daarom is het aanbevolen om desgewenst de testing te spreiden over meerdere interventies en zo de betrouwbaarheid te verhogen. Tevens dient er rekening mee te worden gehouden dat een testing een fragmentopname is waarop contextuele factoren, zoals bv pijn of doormaken van een rouwproces, een invloed kunnen hebben.

Omdat de subscores van BADL en IADL-metingen informatiever zijn en meer concrete informatie leveren over het functioneren van de persoon wordt aangeraden dat ergotherapeuten ook met deze subscores rekening houden.

De sterkte van de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in de eerstelijnszorg is de focus op functie of occupatie. De COPM kan het best gebruikt worden bij personen met multiple chronische aandoeningen waarbij de ergotherapeut verschillende keren contact heeft. Dan kan de COPM ook gebruikt worden om verschillen over de tijd te meten. (Donnelly et al., 2017)

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.14

Giambelluca (2019) geeft weer dat de Groningen Activity Restriction Questionnaire (GARS) zowel door de ouder persoon of zijn mantelzorger, als door de ergotherapeut kan worden afgenomen als basis om een individueel behandelingsplan uit te werken en de uitkomstmaten van de oudere persoon te verhogen. Het gebruik vraagt een extra tijdsinvestering, maar wordt gecompenseerd met efficiëntere diagnostiek en behandeling.

Deze observationele studie is van aanvaardbare kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.15 B/C

Wales et al. (2016) besluiten dat ergotherapeuten uit de ruime keuze aan functionele beoordelingsinstrumenten deze instrumenten die functionele prestaties vastleggen moeten gebruiken die zijn gevalideerd voor de beoogde doelgroep binnen de betreffende setting. Bij de keuze van het meetinstrument houdt de ergotherapeut rekening met mogelijk vloer- en plafondeffecten. De SMAF (Functional autonomy measurement system) en AMPS (Assessment of Motor and Process Skills) zijn beoordelingsinstrumenten waarbij geen fouten in meeteigenschappen (interne consistentie, betrouwbaarheid, validiteit, responsiviteit, interpreteerbaarheid, plafond- en vloer-effecten, en klinische bruikbaarheid) werden geïdentificeerd. De FIM (Functional Independent

Measure) en Barthel Index bleken vloer- en plafondeffecten te hebben wanneer ze werden toegepast in een oudere volwassen populatie.

Deze review is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Uit het onderzoek van **Belchior et al. (2015)** blijkt dat de ergotherapeut de keuze van het instrument over beoordelen van IADL aanpast aan het type persoon en zowel observatie-instrumenten (zoals de ILS, AMPS en IFT), interview instrumenten (zoals de COPM), zelf-rapportage instrumenten (zoals de SMAF en OARS) gebruikt.

Deze observationele studie is van lage methodologische kwaliteit.

Wyller et al. (1995) besluiten dat de som-score van de Barthel- Index, een instrument dat de uitvoering van BADL beoordeelt, bij geriatrische patiënten onvoldoende informatie geeft over de individuele scores binnen de complexiteit van de Barthel-Index. Bij de interpretatie van de Barthel-score moet niet alleen rekening worden gehouden met de som-score, maar dus ook met de subscores scores. De betrouwbaarheid van de Barthel-Index is zowel hoog bij score op basis van directe observatie, als op basis van interview.

Deze observationele studie is van lage methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

Stakeholders geven aan om bij testing voldoende rekening te houden met de moedertaal van de oudere persoon en om de expertise van de hulpverlener niet te onderschatten bij het in kaart brengen van de mogelijkheden op vlak van BADL en IADL.

2.2.6 Inhoud evaluatie: IADL - rijgeschiktheid

Aanbeveling 2.16A:

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. **2C**

(Bédard & Dickerson, 2014; Dickerson et al., 2011; Dickerson et al., 2014; Dickerson, 2014; Unsworth & Baker, 2014)

Aanbeveling 2.16B:

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. **2C**

(Dickerson et al., 2011; Bédard & Dickerson, 2014; Dickerson et al., 2014; Dickerson, 2014; Unsworth & Baker, 2014)

Aanbeveling 2.17:

We suggereren om te overwegen al dan niet gebruik te maken van een rijsimulator in kader van het voorspellen van de rijgeschiktheid. **2C**

(Dickerson et al., 2014)

Aanbeveling 2.18:

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. **GPP**

Aanbeveling 2.19:

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

Toelichting

In de praktijk onderscheiden we verschillende soorten assessment in functie van het in kaart brengen van de rijgeschiktheid van oudere personen.

- Beoordelingsinstrumenten voor geïsoleerde functies, namelijk:
 - Cognitie: TMT, MMSE, Digit Symbol Modalities Test (Wechsler, 1997), clock drawing test, block design, Rey-Osterrieth Complex Figure Test (Bennett-Levy, 1984), MOCA, maze tests, en letter of cijfers wegdoen.
 - Perceptie: UFOV, visuele attentie, MVPT, visual neglect
 - Zicht: scherpste, contrastgevoeligheid gezichtsveld en diepteperceptie
 - Fysieke en motorische componenten: bewegingsbereik, Rapid Pace Walk (Marottoli, Cooney, Wagner, Doucette, & Tinetti, 1994), manuele spiertest, vinger tikken, grijpkracht en reactietijd
- Rijsimulator, al dan niet aangevuld met individuele testen
- Testbatterijen
DHI, Assessment of Driving Related Skills (ADReS) (Carr, Barco, Wallendorf, Snellgrove en Ott, 2011), Stroke Drivers Screening
- Beoordelingsinstrumenten die meerdere vaardigheden testen
Assessment of Motor and Process Skill (AMPS) (Fisher, 2006), Driving Decisions Workbook (Eby, Molnar, Shope, Vivoda en Fordyce, 2003), DriveAble, Attention Network Test (Weaver, Bédard, McAuliffe en Parkkari, 2009), Adelaide Driving Self-Efficacy Test (George, Clark en Crotty, 2007)
- Individueel ontwikkelde testbatterijen
Incorporeren fysieke, cognitieve en perceptuele componenten van rijden. (Dickerson et al., 2014)

Vanuit een experten panel worden volgende 12 statements meegegeven om ergotherapeuten in de klinische setting te ondersteunen. (Bédard et al., 2014) Deze statements zijn:

- Vermijden van gebruik van één geïsoleerd beoordelingsinstrument
- Instrumenten gebruiken volgens het protocol waarbinnen ze getest en genormeerd zijn
- Instrumenten ontwikkeld voor een specifieke groep moeten ook voor die groep geïnterpreteerd worden
- Met resultaten van metingen moeten omzichtig worden omgesprongen om andere uitkomsten te voorspellen
- De ethische toepassing van wetenschappelijke kennis vereist een kritische beoordeling
- Evidence-based instrumenten moeten worden gebruikt
- Ergotherapeuten moeten instrumenten selecteren binnen een theoretisch kader dat best past bij de klinische setting waarbinnen ze werken

- Wanneer de ergotherapeut werkt in een generalistische setting dienen de resultaten voor doorverwijzing en aanpak, wanneer ze specialistisch werken kunnen deze instrumenten worden gebruikt in kader van besluitvorming rijgeschiktheid
- Bij ergotherapeuten die generalistisch werken moet discussie over rijden (met voldoende wetenschappelijke onderbouw) de start zijn van een proces.
- Bij oordeel dat de persoon niet rijgeschikt is, gaat de ergotherapeut hem begeleiden in alternatieve transportmiddelen
- Generalistische ergotherapeuten moeten het multifactoriële aspect van de gezondheidstoestand van een persoon en het potentieel voor verbetering in overweging nemen
- Als de persoon rijgeschikt is moet de ergotherapeut het verdere proces (veilig blijven rijden of overgaan naar niet meer rijden) blijven aanpakken

Als de ergotherapeut geen rijimulator ter beschikking heeft, kan hij zelf een testbatterij samenstellen om een inschatting te maken van de rijgeschiktheid. Deze testbatterij moet minstens bestaan uit cognitieve componenten (vb MOCA), visuele perceptie (visuele attentie) en zicht (gezichtsveld en gezichtsscherpte), fysieke en motorische componenten (bewegingsamplitudo, kracht en reactietijd). De ergotherapeut kan zelf geen uitspraak doen omtrent al dan niet rijgeschikt zijn, maar contacteert hiervoor de arts of bevoegde instanties, zoals CARA.

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.16A/B en 2.17

Ergotherapeuten kunnen bij de dienstverlening naar oudere chauffeurs toe, evaluatie van rijgeschiktheid doen, ontwikkelen van interventies om openbaar vervoer te gebruiken en het faciliteren van rijden naar niet rijden, wanneer dat om persoonlijke of gemeenschapsredenen noodzakelijk is. De evaluatiecomponent en het proces van besluitvorming wordt sterk beïnvloedt door het gebruik van screenings en beoordelingsinstrumenten. (**Bédard et al., 2014**)

Deze studie is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Ergotherapeuten kunnen hun beoordeling van complexe IADL gebruiken om risicopersonen met betrekking tot rijvaardigheid te identificeren. Ergotherapeuten met ervaring werkzaam in een generalistische praktijk moeten in staat zijn om gepaste aanbevelingen te doen over de IADL 'rijden' en gemeenschapsmobiliteit op basis van observatie van de vaardigheid in IADL's. (**Dickerson et al., 2011**)

Deze observationele studie is van lage methodologische kwaliteit.

Dickerson et al. (2014b) geeft weer dat er een uitgebreide keuze is aan beoordelingsmethodieken om rijgeschiktheid na te gaan, gaande van beoordelingsinstrumenten voor geïsoleerde functies of instrumenten die meerder vaardigheden testen, over gestandaardiseerde testbatterijen, individueel ontwikkelde testbatterijen, tot een rijimulator al dan niet aangevuld met individuele testen. Echter de gouden standaard voor het meten van rijgeschiktheid blijft het rijden zelf.

Deze review is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Unsworth et al. (2014) vinden in hun systematische review dan ook veel 'on-road assessments' weer.

Deze review is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 2.18/2.19

Geen (GPP)

Stakeholdersfeedback

Stakeholders geven het belang aan van afstemming met het CARA in verband met rijgeschiktheid voor de oudere persoon.

Ze wijzen erop dat er naast de rijgeschiktheid voor de auto, ook de rijgeschiktheid is met de fiets die belangrijk is.

Stakeholders suggereren om de impact van rijongeschiktheid op te nemen. De ergotherapeut houdt rekening met de rouwreactie omwille van het afnemen van mobiliteit. De ergotherapeut kan niet enkel zoeken naar alternatieven voor verplaatsing, maar ook in functie van belangrijke activiteiten in het dagelijks leven zoals boodschappen doen.

2.2.7 Inhoud evaluatie: IADL - technologie

Aanbeveling 2.20:

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. **2C**

(Malinowsky et al., 2011)

Toelichting

Steeds meer technologie en applicaties zijn beschikbaar, ook in kader van assessment. Het blijft wenselijk om de klinimetrische karakteristieken van deze instrumenten na te gaan.

De Management of Every day Technology Assessment (META) is een op observatie-gebaseerd beoordelingsinstrument. De META gaat de mogelijkheden na om technologie in het dagelijks leven te gebruiken. Het omvat 4 domeinen, nl het beoordelen van uitvoerende vaardigheden bij het gebruik van technologie (11 items), beoordeling van hoe omgevingskenmerken het gebruik van deze technologie beïnvloeden (2 items), globale beoordeling van de mogelijkheden van de persoon om de technologie te gebruiken gebaseerd op alle beschikbare informatie en veiligheid en de mate waarin technologie belangrijk is voor deze persoon. De META toegepast op oudere personen zonder cognitieve beperkingen heeft een aanvaardbare rating scale, intra-beoordelingsbetrouwbaarheid (consistentie) en aanvaardbare responsiviteitsvaliditeit, maar tekorten op interne validiteit (Malinowsky, 2011). De tekorten op interne validiteit dienen in rekening te worden genomen bij gebruik van dit instrument.

Literatuursynthese

De Management of Everyday Technology Assessment (META) kan personen met hogere technologische vaardigheden onderscheiden van personen met lagere technologische vaardigheden. De META kan complementair worden gebruikt op bestaande ADL beoordelingsinstrumenten. Naast het beoordelen van BADL, IADL en vrije tijd is het beoordelen van vaardigheden om technologie te gebruiken één van de taken van de ergotherapeut. **(Malinowsky, 2011)**

Deze observationele studie is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

Het evalueren van technologie gaat ook over het bv online bankieren.

2.2.8 Advies naar implementatie

Meetinstrumenten:

- Assessment of Motor and Process Skills ([AMPS](#))
- Occupational Performance History Interview II ([OPHI-II](#))
- Groningen Activiteiten Restrictie Schaal ([GARS](#))
- Belgische versie van interRAI Suite ([Bel-RAI](#))
- Montreal Cognitive Assessment ([MOCA](#))

Ondersteunende materialen/diensten:

- Rijgeschiktheidscentrum [CARA](#)

2.3 Klinische vraag 3

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

2.3.1 Algemeen

Aanbeveling 3.1:

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. **1C**

(Nielsen et. al., 2014; Stevens et. al., 2013; Yun et. al., 2019)

Toelichting

Het ergotherapeutisch proces omvat het opstellen van betekenisvolle, client-gerichte en op occupatie gebaseerde doelen (op functioneel en participatie niveau) door gezamenlijk overleg met de cliënt. Op die manier kan achterhaald worden wat de client vindt dat prioritair moet worden aangepakt. Door objectieve, meetbare doelen voorop te stellen kan de interventie geëvalueerd worden. Er kunnen assessmentinstrumenten, observaties en gesprekken met de client worden gebruikt om doelen te identificeren zoals bv de COPM. De ergotherapeut bespreekt samen met de oudere persoon de haalbaarheid van de doelen. Op basis van de doelen worden interventies op maat aangeboden. (Donnelly et al., 2017; Enemark et al., 2012 ; Kielhofner, 2001 ; Fischl et al., 2020; Fisher et al., 2007; O'Toole et al., 2013) Doelen zijn onderhevig aan een veranderende context, waardoor ook de interventies tijdens het behandelingsproces kunnen wijzigen.

Literatuursynthese

Een systematische review (Yun et al., 2019) bevestigde dat persoonsgerichte- of cliëntgerichte zorg een middel is om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Doelen bepalen is een onderdeel hiervan. Door het RCT van Nielsen et al. (2019) bleek dat het opstellen van doelen essentieel deel uitmaakt van een client gerichte ergotherapeutische interventie. Daarbij werden de doelen opgesteld door een samenwerking tussen de client en de ergotherapeut. Stevens et al. (2013) haalden in een systematische review verschillende instrumenten aan om het client-gericht doelen opstellen te faciliteren.

De reviews van Stevens (2013) en Yun (2019) zijn van lage tot matige methodologische kwaliteit. De RCT van Nielsen is van goede methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

Doorheen de interventie kunnen nieuwe prioriteiten en doelen opgesteld worden.

Een aangepaste versie van de COPM kan worden gebruikt om na te gaan of eerder opgestelde doelen binnen een client-gericht ergotherapeutisch huisaanpassingsprogramma behaald zijn. Door client gericht doelen op te stellen is er een hogere graad van therapietrouw. (Stark et. al., 2009)

Ook bij personen met een chronische aandoening en beperkte gezondheidsgeletterdheid kan cliëntgericht doelen worden opgesteld met behulp van visuele ondersteuning. (Kangovi et al., 2016)

2.3.2 Fases in doelbepaling

Aanbeveling 3.2:

We bevelen aan dat de vier fases in het doelen bepalen worden doorlopen. **1C**

(Stevens et. al., 2013)

Toelichting

De vier fases in het doelen bepalen zijn (1) Het onderhandelen over de doelen, (2) het opstellen en het prioriteren van de doelen, (3) het plannen van de doelen en (4) het evalueren van de doelen

Het onderhandelen over de doelen

Voordat cliëntgerichte doelen kunnen worden bepaald, moet de ergotherapeut zicht krijgen op de routines, het niveau van uitvoering van activiteiten, de bereidheid tot verandering en de functionele mogelijkheden van de oudere persoon. De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) kan gebruikt worden om doelen te classificeren. (Waldersen et. al., 2016)

Een geadapteerde versie van de applicatie 'aid for decision-making in occupation choice' (ADOC) kan een nuttig instrument zijn om als ergotherapeut samen met je cliënt, de noden, wensen en ervaren moeilijkheden van cliënten in kaart te brengen en prioriteiten in de doelen te bepalen. (Tomori et. al., 2012)

Het opstellen en het prioriteren van de doelen

Het opstellen en het plannen van de doelen gebeurt op basis van de prioriteiten die naar voor gekomen zijn via de COPM of mogelijke nieuwe prioriteiten die in de loop van de interventie naar voor komen. In deze fase wordt door samenwerking ook de planning gedaan van de verdere interventies op basis van betekenisvolle activiteiten. (Nielsen et al., 2014)

Als er doelen worden opgesteld dient er rekening gehouden te worden met beïnvloedende factoren zoals geloof in het nut van woningaanpassing, geloof in preventie valpartijen door woningaanpassing en eerdere positieve ervaringen met woningaanpassing. (Yuen, 2006)

Het plannen van de doelen

Het plannen van de doelen gebeurt eveneens in overleg met de cliënt en zijn context. Daarbij wordt onder meer rekening gehouden met de mogelijkheden van de cliënt en zijn context (tempo van gedragsverandering, financiële mogelijkheden...) en de mogelijkheden van de ergotherapeut (hoeveel begeleiding mogelijk te geven vanuit zijn/haar werk,...). De ervaring, de coachende vaardigheden en het klinisch oordeel van de ergotherapeut maken het mogelijk tot een realistische planning te komen.

Het evalueren van de doelen

De initieel gebruikte instrumenten kunnen een herevaluatie van de doelen in kaart brengen en dus de voortgang van de therapie weergeven. Zoals bv de ADOC die door oudere personen en ergotherapeuten kan gebruikt worden. (Tomori et. al., 2012)

Weinig bereidheid tot verandering en ernstige pijn bij de oudere persoon bemoeilijken het behalen van doelen. (Waldersen et. al., 2016)

Mogelijks zijn verschillende instrumenten nodig in de verschillende fases en deze dienen afgestemd te worden op de doelgroep. De COPM en de GAS zijn het meest onderzocht maar dienen mogelijks aangepast te worden om te gebruiken bij oudere thuiswonende personen. (Stevens et al., 2013)

Literatuursynthese

Vanuit een systematische review (Stevens et. al., 2013) worden binnen het proces van doelbepaling vier fases onderscheiden: namelijk (1) het onderhandelen over de doelen (probleem identificatie), (2) het opstellen en het prioriteren van de doelen, (3) het plannen van de doelen en (4) het evalueren van de doelen (beoordelen en feedback formuleren) desgewenst opnieuw prioriteren en/of herformuleren.

Deze review is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

Stakeholders geven aan dat doelen de sleutel tot succes zijn. SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) is een manier om doelen volledig te formuleren. Stakeholders suggereren om de doelen SMART te op te stellen om het vooropgestelde doel effectief te bereiken.

Tevens wordt opgemerkt dat het opmaken van doelen niet steeds moet gebaseerd zijn op gestandaardiseerde testen. De ergotherapeut kan ook op basis van een intake gesprek relevante informatie verzamelen.

2.3.3 Teamwerking

Aanbeveling 3.3:

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). **GPP**

Toelichting

Door te focussen op het mogelijk maken van activiteiten door de patiënten nemen ergotherapeuten een taak op in het ondersteunen van het professioneel team. Ergotherapeuten zijn getraind om vaardigheden en patronen te identificeren in het uitvoeren van activiteiten en hun relatie met occupatie te zien.

Ergotherapeuten kunnen in chronisch zorgmanagement hun unieke vaardigheden inzetten om nog niet gedetecteerde noden van patiënten mee te integreren in de teamwerking. Zelfmanagement, is een belangrijke betekenisvolle handeling bij personen met chronische aandoeningen waarop ergotherapeuten onder andere focussen. (Winship et al., 2019) Uit de studie van Provencher et al. (2020) bleek dat doelen naar ontslag toe kunnen opgesteld worden door samenwerking tussen de ergotherapeut uit het ziekenhuis en de oudere persoon die is opgenomen en zijn familie. Voorts kan de ergotherapeut de transfer tussen ziekenhuis en thuissituatie maken.

Stakeholdersfeedback

De stakeholders geven aan dat het belangrijk is om mantelzorgers te betrekken en te communiceren met het team zodat iedereen weet waar naartoe gegaan wordt.

2.3.4 Toekomstgerichtheid

Aanbeveling 3.4:

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. **2C** (Kelly et. al., 2012)

Toelichting

Als er geen familie is of als er familieconflicten zijn, prefereert men niet familieleden of huisartsen om beslissingen te nemen over hun behandeling als ze dit zelf niet meer kunnen.

Literatuursynthese

De systematische literatuurreview van **Kelly et al. (2012)** gaat over hoe volwassenen willen dat beslissingen met betrekking tot hun behandeling worden genomen in periodes van incapaciteit. De meerderheid van de respondenten wil dat dichte familieleden (echtgeno(o)t(e), kinderen) de behandelingsbeslissingen nemen in de periode dat ze daar zelf niet meer toe in staat zijn. Mensen vertrouwen erop dat hun wensen zullen toepassen maar de familie ervaart dit als moeilijk omdat ze niet altijd het gevoel hebben de wensen van hun familielid te kennen.

Deze review is van goede methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

De stakeholders geven aan dat deze aanbeveling minder prioritair is voor. Dit gebeurt niet alleen door de ergotherapeut, maar door alle zorgverleners. Behandelingswensen bespreken wordt soms geïnitieerd door de arts.

De stakeholders voegen hieraan toe dat het niet gemakkelijk is om dit op te stellen voor alle mogelijke situaties die zich kunnen voordoen in de toekomst. Desondanks is het belangrijk om hierover te praten. De meeste personen gaan ervan uit dat hun familieleden hun behandelingsvoorkeuren kennen. Dit is soms gebaseerd op eerdere gesprekken tussen de persoon en zijn familie.

De stakeholders ervaren in de praktijk dat het bij vroegtijdige zorgplanning belangrijk is om mensen erop te wijzen dat dit bestaat (vb. bij personen met degeneratieve aandoening). Dit moet ook besproken worden op een MultiDisciplinair Overleg (MDO).

Ergotherapeuten kunnen in hun cliëntgerichte aanpak oog hebben voor de behandelingswensen als de persoon zelf niet meer in staat is om behandelingsbeslissingen te nemen. De ergotherapeut kan de persoon stimuleren om dit ook te bespreken met zijn familie.

2.3.5 Advies naar implementatie

Meetinstrumenten:

- COPM: Canadian Occupational Performance Measure (meer [info](#))

Ondersteunende materialen:

- Doelzoeker (meer [info](#))
- Zorg-Esperanto (meer [info](#))
- Vroegtijdige zorgplanning (meer [info](#))

2.4 Klinische vraag 4

Welke multifactoriële ergotherapeutische interventies zijn aangewezen bij de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere en/of zijn context?

Wanneer in de aanbevelingen de term ‘*Interventies*’ wordt gebruikt, betreft dit ‘*interventies in het kader van betekenisvol dagelijks handelen en sociale participatie*’. In de aanbevelingen wordt enkel de verkorte formulering ‘*interventies*’ gebruikt om de leesbaarheid te vergroten. Als de term ‘*interventies*’ in een ander context wordt gebruikt, wordt dit bij de betreffende aanbeveling vermeld.

2.4.1 Interventies: basisprincipes

Aanbeveling 4.1:

We bevelen aan om de ergotherapeutische interventies bij fysiek kwetsbare oudere personen uit te voeren vanuit een cliëntgerichte houding met aandacht voor empowerment. **1A**

(De Coninck et al., 2017; Nielsen et al., 2017; Warner et al., 2019)

Aanbeveling 4.2:

We bevelen aan om beslissingsondersteuning toe te passen om de keuze van de interventie te bepalen. **1C**

(van Weert et al., 2016)

Aanbeveling 4.3:

We bevelen aan om de interventies op maat van de kwetsbare oudere persoon aan te bieden als onderdeel van een interprofessionele aanpak. **1B**

(Cameron et al., 2013, De Coninck et al., 2017 ; Dedeyne et al., 2017)

Aanbeveling 4.4:

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. **2A**

(Spoorenberg et al., 2018; van Lieshout et al., 2018)

Aanbeveling 4.5A:

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. **1B**

(Berger et al., 2013; Berger et al., 2018; De Coninck et al., 2017; Cochrane et al., 2016; Tessier et al., 2016; Tuntland et al., 2015; Whitehead et al., 2015; 2019; Nielsen et al., 2019)

Aanbeveling 4.5.B:

We bevelen aan om deze interventies te beperken over de tijd en af te sluiten met een follow up sessie. **1B**

(De Coninck et al., 2017; Cochrane et al., 2016; Tuntland et al., 2015)

Toelichting

Toelichting aanbeveling 4.1

Oudere personen willen meester zijn van hun leven en handelingen zelfstandig kunnen uitvoeren om zich goed te voelen. Ze willen zelf kunnen beslissen welke dagelijkse handelingen ze uitvoeren. De ergotherapeut heeft aandacht voor zowel betekenisvol handelen, als de dagstructuur van de individuele oudere persoon. (Jessen-Winge et al., 2018) Cliëntgericht werken en patiënten participatie zijn hierbij cruciaal. Ergotherapeuten werken cliëntgericht, wat inhoudt dat ze aandacht hebben voor volgende componenten: holistische zorg, respect en waarden, keuzevrijheid, persoonlijke ontwikkeling en doelgericht leven. (Kogan et al., 2016) Patiënten participatie verhoogt therapietrouw. Interventies die focussen op patiënten participatie omvatten educatieve (gezondheid bevorderende) en gedragsmatige (gedragsverandering) dimensies, en in mindere mate ook affectieve dimensies. (Menichetti et al., 2018)

Om het uitvoeren van dagelijkse activiteiten te verbeteren hebben ergotherapeuten aandacht voor zelfmanagement over het dagelijks handelen. Dit houdt onder meer in het geven van aandoening-specifieke informatie en vorming over kennis en vaardigheden (gezondheidsgeletterdheid doen toenemen), individuele op maat coaching en verbeteren van dagelijkse activiteiten. Het is namelijk aangetoond dat bevorderen van gezondheidsgeletterdheid het dagelijks handelen en de sociale participatie doet toenemen. (Arbesman et al., 2012; van Het Bolscher-Niehuis et al., 2016)

Toelichting aanbeveling 4.2

Om de oudere persoon te faciliteren in het maken van keuzes gaat de ergotherapeut een actieve geïnformeerde patiënt nastreven (cfr Chronic Care Model). De ergotherapeut informeert de oudere persoon en desgewenst zijn mantelzorger en stimuleert een actieve participatie.

Toelichting aanbeveling 4.3

Complexe chronische aandoeningen, die vaak de reden zijn voor een ergotherapeutische interventie, vereisen een interprofessionele aanpak op maat van de persoon. Ergotherapeuten werken om die reden vaak samen met andere zorgverleners om afspraken te maken over interventies op maat van de zorgvrager.

Toelichting aanbeveling 4.4

De ergotherapeut is expert in het faciliteren van betekenisvol dagelijks handelen en sociale participatie. De expertise van de ergotherapeut is dan ook essentieel binnen een interprofessioneel zorgteam dat instaat voor complexe chronische aandoeningen die een ruimere zorgnood hebben dan de medische zorgnood.

Toelichting aanbeveling 4.5

Het mogelijk maken dat personen met een beperking op een optimaal niveau functioneren ondanks beperkingen, is het kerndoel van ergotherapie. Ergotherapeuten gaan na hoe betekenisvol dagelijks handelen en sociale participatie kan worden aangepast of geoefend zodat het handelen (opnieuw) voldoet aan de noden van de persoon. Omwille van de unieke situatie van elke persoon, is een ergotherapeutische interventie op maat van de persoon noodzakelijk.

Ergotherapeuten stellen daarom multicomponent individuele interventies op rekening houdend met het functioneren van de persoon, met zijn wensen dienaangaande, en met de mogelijkheden en middelen binnen de context van de persoon.

Een beperkt aantal intensieve interventies verspreid over een korte periode worden vooropgesteld. Het aantal is afhankelijk van de persoon en zijn context en varieert tussen 2 à 3 (bijvoorbeeld bij beperkte adviesverlening) en 10 interventies (bijvoorbeeld bij adviesverlening met training of nastreven van gedragsverandering). (Stakeholdersbevraging, 2021)

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.01

Een systematische review toonde het effect aan van ergotherapie op het dagelijks handelen en de sociale participatie van fysiek kwetsbare oudere personen. De ergotherapeutische aanpak was onder meer gekenmerkt door cliëntgerichtheid en empowerment. **(De Coninck et al., 2017)**

Zelfmanagement programma's moeten helpen om oudere personen succesvol om te gaan met multiple gezondheidscondities. Ze zijn cliëntgericht en op maat van de noden van de oudere persoon ontwikkeld. **(Warner et al., 2019)** Cliëntgerichte ergotherapie aan huis, waarbij gratis hulpmiddelen konden worden ingezet of kleine woningaanpassingen werden uitgevoerd, waren op 3 en 6 maand post-baseline effectief wat betreft ervaren dagelijks functioneren. Deze RCT gaf aan dat meer interventies (N=22 ten opzichte van N=3) betere resultaten geven. **(Nielsen et al., 2017)**

De review van Warner (2019) en de RCT van Nielsen (2017) zijn van aanvaardbare kwaliteit. De review van De Coninck (2017) is van goede methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.02

De systematische review met meta-analyse van **van Weert (2016)** toont aan dat beslissingsondersteuning voor oudere personen effectief is. Beslissingsondersteuning verbetert de kennis van de oudere persoon, verhoogt hun risicoperceptie, doet conflicten aangaande besliskeuze afnemen en resulteert in hogere participatie.

Deze review is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.03

De RCT van **Cameron et al. (2013)** onderzocht het effect van op maat uitgevoerde interprofessionele multifactoriële interventies en stelde vast dat deze aanpak succesvol was voor de behandeling van kwetsbaarheid en mobiliteitsstoornissen.

De review van **De Coninck et al. (2017)** geeft aan dat bij oudere personen met multiple chronische problemen onder meer samenwerking bij een ergotherapeutische interventie en op maat uitgevoerde interventies kenmerkend zijn voor succesvolle interventies. Ook de RCT van **Dedeyne et al. (2017)** toont aan dat een behandeling van kwetsbare oudere personen die zich op meerdere domeinen richt (zoals fysieke oefeningen, voeding- en psychosociale interventies) meer effect heeft dan monodisciplinaire interventies en dit wat betreft frailty status, spiermassa en -kracht en fysiek functioneren.

De RCT van Cameron (2013) en de review van De Deyne (2017) zijn van aanvaardbare methodologische kwaliteit. De review van De Coninck is van goede methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.04

De RCT van **Spoorenberg et al. (2018)** vond bij thuiswonende oudere personen een verbetering, maar geen significant verschil wat betreft welzijn en zelfmanagement tussen patiëntgerichte zorg binnen een geïntegreerde zorgverlening aangeboden door een huisarts en een casemanager tegenover de standaardzorg. De RCT van **van Lieshout et al. (2018)** onderzocht het dagelijks functioneren de levenskwaliteit en het gebruik van zorg bij pre-fraile en fraile thuiswonende oudere personen van een multi-component programma, bestaande uit medicatie review, fysieke fitheidsoefeningen, sociale vaardigheden en voedingsadvies. Er was wel een significant verschil in perceptie met betrekking tot functionele capaciteit en IADL ten voordele van de interventiegroep. Ergotherapie maakte geen deel uit van de beide onderzochte interventies.

Beide RCT's zijn van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.05 A-B

De systematische review van **Berger et al. (2013)** geeft aan dat een probleem-oplossende aanpak en een combinatie van dienstverlening meest succesvol zijn bij het behouden van het functioneren en het verbeteren van de handelingsbekwaamheid op vlak van vrije tijd en sociale participatie.

De systematische review van **Berger et al. (2018)** toont aan dat er sterk bewijs is dat individuele interventies, groepsinterventies of een combinatie van beide effectief zijn om het dagelijks handelen te verbeteren. De ergotherapeutische interventies betreffen individuele doelbepaling, coping strategieën, probleemoplossende technieken, vaardigheden aangaande gezondheidsbevordering, zelfmanagement en onderhoudende interventies. Ergotherapeuten nemen de unieke achtergrond, sterktes en noden in rekening en werken zo op maat van de oudere persoon.

De Coninck et al. (2017) toont in haar systematische review met meta-analyse aan dat individuele ergotherapeutische interventies, als dan niet als onderdeel van een interprofessionele aanpak, effectief is wat betreft dagelijks functioneren, sociale participatie en mobiliteit. De interventies bestonden uit beoordelen van het functioneren en de sociale participatie, werken aan gezondheidsgeletterdheid, preventiestrategieën, training, gebruik van hulpmiddelen, woningaanpassing, advies over hulpmiddelen en dienstverlening, dit gevolgd door een follow-up sessie. De ergotherapeutische aanpak was gekenmerkt door cliëntgerichtheid, empowerment, informeren, ingebed in betekenisvolle activiteiten en samenwerking.

De review van **Cochrane et al. (2016)** geeft aan dat reablement sommige oudere personen kan helpen om hun functionele status te verbeteren. Reablement is een aanpak die actieve participatie van de oudere persoon vereist bij het werken naar gezamenlijke doelen en onafhankelijkheid en verhoogd zelfvertrouwen nastreeft. De reablement aanpak is een interprofessionele aanpak die over een beperkte tijdspanne wordt verstrekt (12 weken). De systematische review van **Tessier et al. (2016)** geeft aan dat reablement aanpak effectief is wat betreft gezondheid gerelateerde levenskwaliteit en dienstengebruik voor thuiswonende oudere personen met fysieke en/of mentale beperkingen. Reablement wordt hier gedefinieerd als diensten die hen helpen om zich aan te passen aan hun situatie door vaardigheden aan te leren of opnieuw aan te leren die nodig zijn om te kunnen functioneren in het dagelijks leven. Ook de RCT van **Tuntland et al. (2015)** De RCT van Tuntland geeft gelijkaardige resultaten. Een reablement programma van 10 weken resulteert in beter functioneren in en grotere tevredenheid over functioneren in dagelijkse activiteiten. Ergotherapeuten kunnen de zorgkundigen superviseren in het aanmoedigen en ondersteunen van oudere personen in het dagelijks handelen. De review van **Whitehead et al. (2015)** geeft aan dat interventies om afhankelijkheid te doen afnemen effectief en kosteneffectief zijn. Er was beperkt bewijsmateriaal dat interventies met betrekking tot ADL de kost van zorg aan huis kan reduceren. De inhoud van de interventies varieerde.

De systematische review van **van het Bolscher-Niehuys et al. (2016)** geeft aan dat er matig bewijs is dat Multi component zelfmanagement programma's het uitvoeren van dagelijkse activiteiten verhoogt als dit programma bestaat uit verstrekken van aandoening specifieke informatie, en verhogen van kennis en vaardigheden, in het bijzonder op maat coaching.

De RCT van **Nielsen et al. (2019)** toont aan dat een 11 week durende intensieve cliëntgerichte ergotherapeutische interventie bij personen met een zorgnood effectief is. Deze interventie werd aangevuld door hulpmiddelen en geringe woningaanpassingen die kosteloos werden aangereikt/uitgevoerd.

Zowel de geïncludeerde reviews, als RCT's zijn van goede methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

De stakeholderscommissie adviseert 'ergonomie' mee op te nemen als mogelijke component van een ergotherapeutische interventie.

2.4.2 Gezondheidspromotie en preventie om fysiek, sociaal, cognitief en mentaal functioneren te verbeteren

Aanbeveling 4.6A:

We suggereren om in het kader van gezondheidspromotie interventies te verstrekken die het fysieke, sociaal, cognitief en mentaal functioneren verbeteren. **2B**

(Gustafsson et al., 2017; Huguet et al., 2018)

Aanbeveling 4.6B:

We suggereren om in het kader van gezondheidspromotie aanvullend op thuisinterventies groepsinterventies te verstrekken om de sociale participatie te bevorderen. **2B**

(Berger et al., 2013; Berger et al., 2018; Apostolo et al., 2019; Ristolainen et al., 2020)

Aanbeveling 4.6C:

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. **2B**

(Juang et al., 2018)

Toelichting

Toelichting aanbeveling 4.6 A-B-C

Dagelijkse situaties zijn voor de oudere persoon hanteerbaar als hij/zij over voldoende fysieke, psychologische, materiële en psychosociale krachtbronnen beschikt, of over de vaardigheden om deze bronnen aan te spreken. Door interventies aan te bieden die focussen op motivatie, op persoonlijke verantwoordelijkheid, op fysieke activiteiten, en op sociale en omgevingsimpact zal de veerkracht en het gevoel van coherentie (verbinding, samenhang) bij de oudere persoon toenemen. Iemand met een gevoel van coherentie kan situaties begrijpen, beïnvloeden en de zin ervan inzien. (Tan et al., 2016) Deze interventies maken bij voorkeur deel uit van een interprofessionele interventie waar aandacht is voor levensstijlaspecten waaronder voeding, medicatie, beweging en psychosociale ondersteuning. Groepsactiviteiten aanvullend op individuele thuisinterventies bevorderen naast fysieke

vaardigheden ook de sociale participatie wat invloed heeft op de levenskwaliteit. Deze interventies kunnen worden aangevuld met telefonische zelfzorg ondersteunende interventies.

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.6A

De RCT van **Huguet (2018)** geeft aan dat een interdisciplinaire interventie die focust op fysieke activiteiten, voeding, medicatieherziening en beoordeling van de sociale component frailty bij een pre-frailde oudere persoon kan vertragen en de functionele capaciteiten en levenskwaliteit kan verbeteren.

De RCT van **Gustafsson (2017)** geeft aan dat preventieve huisbezoeken bestaande uit instructies over evenwichtsoefeningen, opsporen valrisicofactoren met bijhorende informatie en advies, advies over hulpmiddelen kan afname van gezondheid en ADL vertragen, Groepsinterventies uitgevoerd door een multi professioneel team hebben daarenboven een nog groter effect.

De RCT van Gustafsson (2017) is van goede methodologische kwaliteit. De overige studies zijn van aanvaardbare kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.6B

De systematische review van **Berger (2018)** geeft aan dat ergotherapeuten aandacht moeten hebben voor gezondheidspromotie individueel of in groep. Waarbij de doelen op maat worden opgesteld, er rekening wordt houdend met coping strategieën, probleemoplossende strategieën, vaardigheden specifiek in kader van gezondheidspromotie, management en onderhoudende interventies. Hierbij moet rekening worden gehouden met de eigenheid van de persoon, en zijn sterktes en noden.

De RCT van **Apostolo (2019)** bevestigt de effectiviteit van interventies om fysieke en psychische vaardigheden te versterken, indien de interventies bestaan uit zowel cognitieve, als fysieke oefeningen.

De systematische review van **Berger (2013)** gaf aan dat bij oudere personen die slechtziend zijn de sociale participatie toeneemt indien gezondheidspromotie-interventies worden aangeboden die bestaan uit: een probleemoplossende aanpak, een combinatie van diensten, specifieke vaardigheid en strategietraining en huisbezoeken en omgevingsaanpassing. Deze systematische review toont aan dat individuele gezondheidspromotie- interventies een positief effect hebben op sociale participatie.

De RCT van **Ristolainen (2020)** geeft aan dat groepsinterventies een -weliswaar beperkt- positief effect hebben in het reduceren van eenzaamheid en verhogen van vertrouwen bij alleenwonende oudere personen.

Beide studies zijn van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.6C

Een ergotherapeutische levensstijl interventie die deelname aan activiteiten en betekenisvolle faciliteert, reduceert gevoelens van depressiviteit bij oudere personen. (**Juang et al., 2018**)

Deze RCT is van zwakke methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

Elke zorgverlener moet vanuit de visie van gezondheidspromotie denken om het fysiek, sociaal, cognitief en mentaal functioneren te verbeteren. Voldoende financiële middelen moeten beschikbaar zijn.

Motiverende gespreksvoering zou aan bod moeten komen en getraind worden in het hoger onderwijs gezondheidszorg.

Het is in de thuiszorg niet steeds evident om personen samen te brengen in kader van groepstherapie.

2.4.3 Dagelijks handelen en sociale participatie

Aanbeveling 4.7:

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. **1B**

(Manini et al., 2017; Martel et al., 2018; Winzer et al., 2019)

Aanbeveling 4.8:

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 intergenerationale samenwerkingen te stimuleren. **GPP**

(Ko et al., 2015)

Aanbeveling 4.9:

We bevelen aan om een motiverende component en/of ondersteunende hulpmiddelen toe te voegen bij het trainen van het fysieke functioneren. **1B**

We suggereren niet om robotica te gebruiken om mobiliteit of zelfzorg te ondersteunen. **2C**

(Valenzuela et al., 2018; Corregidor-Sanchez et al., 2020; Suskom et al., 2011; Bedaf et al., 2015)

Aanbeveling 4.10:

We bevelen aan om gedragsveranderingsstrategieën aan te leren aanvullend op het aanbieden van evidence-based fysieke oefeningen. **1B**

(Zijlstra et al., 2011; McMahon et al., 2017)

Aanbeveling 4.11:

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. **2C**

(Borella et al., 2019)

Aanbeveling 4.12A:

We suggereren om off-road vaardigheden te trainen en/of computer gebaseerde simulatietraining, waaronder verwerkingssnelheid, te verstrekken in het kader van rijvaardigheid. **2B**

(Unsworth et al., 2014; Ross et al., 2016)

Aanbeveling 4.12B:

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. **GPP**

Toelichting

Toelichting aanbeveling 4.7

De systematische review van **Balis (2019)** toont aan dat fysieke oefeningen enkel effect hebben als ze evidence-based zijn. Evidence-based oefeningen kunnen bijvoorbeeld gebaseerd zijn op de programma's LiFE, Stepping On of OTAGO. Van het OTAGO-programma bestaat een Vlaamse versie die werd uitgewerkt door het Expertisecentrum Val-en fractuurpreventie Vlaanderen. De oefeningen worden op maat door onder andere ergotherapeuten geselecteerd en kunnen door opgeleide vrijwilligers aan de oudere persoon worden overgebracht. De interventies worden door de ergotherapeut op afstand opgevolgd. Aandacht moet worden besteed aan planning, en aan samenwerking met en opleiden van de vrijwilligers.

Toelichting aanbeveling 4.8

Om na te gaan wat voor een persoon betekenisvolle activiteiten zijn kan gebruik worden gemaakt van instrumenten zoals 'Wheel of Wellness'. De "Wheel of Wellness", ook "life balans wheel" genoemd, beschrijft een manier van leven die gericht is op optimale gezondheid en welzijn. De [Doelzoeker](#) van het Vlaamse patiëntenplatform kan hierbij een tool zijn.

Intergenerationeel werken kan het leereffect bij beide partijen vergroten en de oudere persoon het gedachtegoed 'generativiteit' laten ervaren. Met generativiteit wordt bedoeld 'het verlangen om de jongere generaties te begeleiden en hen te helpen hun plek in de wereld te vinden'.

Toelichting aanbeveling 4.9

Therapietrouw is een bepalende factor bij onder meer fysieke training. Het inzetten van motiverende componenten, zoals weerstandsbanden of flexibele stokken, of ondersteunende technologie, zoals Virtual Reality, binnen betekenisvolle activiteiten en op maat van de oudere persoon kan de therapietrouw verhogen en het effect van de oefening doen toenemen.

Toelichting aanbeveling 4.10

Het effect van fysieke oefeningen kan worden versterkt als er ook wordt gewerkt op gedragsmatige componenten zoals verhogen van de zelfcontrole, zelfeffectiviteit, realistische uitkomstverwachtingen en aangaan van sociale interacties.

Toelichting aanbeveling 4.11

Individuele cognitieve training kan invloed hebben op het dagelijks functioneren. Het is niet aangetoond dat de impact van oefenen met behulp van IT een klinisch relevante impact heeft op het cognitief functioneren. (Gates et al., 2020)

Toelichting aanbeveling 4.12

Aan het begeleiden naar de beslissing om te stoppen met rijden en het vinden van alternatieve transportmiddelen moet voldoende aandacht worden besteed. Wanneer het alternatieve transportmiddel wordt bepaald, zal de ergotherapeut nagaan of dit transportmiddel vlot kan worden gebruikt, en desgewenst trainen om obstakels weg te halen.

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.7

De RCT van **Winzer (2019)** ging bij 80 pre-fraile en fraile oudere personen na wat de impact was van fysieke activiteiten en voedingsinterventies onder begeleiding van een buddy. De studie toonde aan dat er significant meer fysieke activiteiten was bij de oudere persoon en dat de interventie efficiënt en haalbaar was.

De RCT van **Martel (2018)** toonde aan dat thuisinterventie waarbij gebruik gemaakt werd van feedback op afstand een vergelijkbaar effect had als training onder supervisie.

De single blind RCT van **Manini (2017)** toont aan dat een gestructureerd lange termijn programma bestaande uit matig intensieve fysieke activiteiten een positieve impact heeft op ernstige mobiliteitsbeperkingen en moeilijkheden bij het uitvoeren van fysieke taken. De interventie had geen impact op ADL.

Alle RCT's zijn van aanvaardbare methodologische kwaliteit. De Systematische review is van lage methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.8

De RCT van **Ko (2015)** toont een significante positieve invloed 'van zorgen voor' op het mentale welzijn van de thuiswonende oudere persoon. De interventiegroep stond in voor de zorg van insecten als huisdier.

Deze RCT is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.9

De therapietrouw neemt toe bij het inzetten van een motiverende component of ondersteunende technologie. De systematische review van **Valenzuela (2018)** geeft aan dat technologie een veilige en door de oudere persoon aanvaarde methode is om plezier en motivatie te vinden bij het uitvoeren van fysieke oefeningen. Supervisie is hierbij wenselijk. **Corregido-Sàngez (2020)** bevestigt dit in zijn systematische review die aangeeft dat virtual reality systemen innovatieve en haalbare technieken zijn om de functionele autonomie van thuiswonende oudere personen te ondersteunen en verbeteren. De RCT van **Suskom (2011)** toont aan dat het inzetten van flexibele stokken bij fysieke oefeningen de flexibiliteit en kracht verhoogt.

De systematische review van **Bedaf (2015)** toont aan dat robotica bij de populatie thuiswonende ouder personen niet effectief is in kader van zelfzorg (BADL en IADL). De huidige robotica ondersteunen voornamelijk niet fysiek gerelateerde acties (vb medicatiemonitoring). De stap naar fysieke ondersteuning brengt nieuwe technische uitdagingen met zich mee.

De review van Bedaf (2015) is van zwakke methodologische kwaliteit. De overige studies zijn van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.10

De RCT van **Zijlstra (2011)** geeft aan dat multicomponent cognitieve gedragsinterventies het geloof in controle, zelfeffectiviteit, uitkomstverwachtingen en sociale interacties verbeteren en hebben een gunstige invloed op de dagelijkse activiteiten van de thuiswonende oudere persoon.

De RCT van **McMahon (2017)** bevestigt dat multicomponent gedragsveranderingsstrategieën gecombineerd met fysieke oefeningen matige, maar significante en klinisch relevante impact heeft op de fysieke activiteit van de oudere persoon, en zijn functionele kracht en evenwicht.

Beide studies zijn van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.11

De RCT van **Borella (2019)** toont aan dat een individuele training van het werkgeheugen (zoals kortetermijngeheugen oefeningen, concentratietraining aan de hand van auditieve prikkels) effectief zijn bij de thuiswonende oudste oudere populatie en dit wat betreft cognitieve vaardigheden en probleemoplossend vermogen in het dagelijks leven. Training van het werkgeheugen kan het behouden van vaardigheden die gerelateerd zijn aan het dagelijks functioneren onderhouden.

Deze RCT is van zwakke methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.12

De systematische review van **Unsworth (2014)** geeft aan dat er enig bewijs is dat zowel of-road vaardigheidstraining, als computergestuurde rijsimulatietraining waardevol kan zijn voor oudere personen. De review van **Ross (2016)** toont aan dat een gecomputeriseerd programma over cognitieve training van snelheidsverwerking impact heeft op de rijfrequentie en dit voornamelijk bij risicovolle oudere volwassen bestuurders met een slechte basisverwerkingssnelheid.

De review van Unsworth (2014) is van aanvaardbare methodologische kwaliteit. De RCT van Ross (2016) is van goede methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

Robotica kan ter ondersteuning van ergotherapeutische interventies worden ingeschakeld. In het kader van robotica en speltechnologie moet de kostprijs in overweging worden genomen.

Wanneer ergotherapeuten vrijwilligers coachen in het kader van bewegingsstimulatie mag het niet de indruk geven dat ergotherapie wordt overgenomen door de vrijwilligers.

2.4.4 Samenwerking

Aanbeveling 4.13:

We bevelen aan om in kader van beslissingsondersteuning met de mantelzorg of familie van de kwetsbare oudere persoon te overleggen, als deze dit wenst. **1C**

(Lamore et al., 2017)

Aanbeveling 4.14:

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. **1C**

(Behrndt et al., 2019; Hu et al., 2015)

Aanbeveling 4.15:

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. **1C**

Provencher (2020)

We bevelen aan om hierbij voldoende aandacht te hebben voor planning en voor communicatie, informatie en educatie van de oudere persoon en zijn mantelzorg. **1C**

(Provencher et al., 2020; Eklund et al., 2013)

Toelichting

Toelichting aanbeveling 4.13

Beslissingsondersteuning (keuzehulpen) verhoogt de participatie van de kwetsbare oudere persoon in de keuze van de interventie, de kennis over gezondheidswinst en risico's van de interventie en doen mogelijk conflicten over besluitvorming afnemen. Beslissingsondersteuning is een interventie die is ontworpen om mensen te helpen specifieke en weloverwogen keuzes te maken tussen opties

(inclusief de status quo) door de beslissing expliciet te maken, en door informatie te verstrekken over de opties en uitkomsten die relevant zijn voor iemands gezondheidstoestand.

Toelichting aanbeveling 4.14

De finale beslissing over een zorginterventie neemt de oudere persoon vaak na consult van de familie/mantelzorger. Daarom moet de ergotherapeut, na toestemming van de oudere persoon en de familie/mantelzorger, de familie/mantelzorger includeren bij het nemen van beslissingen over een behandeling.

Een vroegtijdige opname in de residentiële setting is vaak het gevolg van overbelasting van de mantelzorger. De ergotherapeut heeft tot taak de mantelzorger te ondersteunen om met als doel de fysieke en mentale draagkracht optimaal te maken en op deze manier een vroegtijdige opname te voorkomen.

Toelichting aanbeveling 4.15

Beperkte aanvullende telefonische of synchrone digitale ondersteuning van de informele zorgverlener kan de empowerment van de zorgverlener doen toenemen. Dergelijke aanvullende telepractice is weinig tijdsintensief daar ze op afstand wordt uitgevoerd.

Ook als er geen significant verschil wordt vastgesteld op vlak van functionaliteit, is het ondersteunen van de ouder persoon en zijn mantelzorger na ontslag van de oudere persoon uit het ziekenhuis klinisch relevant in het kader van het voorkomen van vroegtijdige heropname in het ziekenhuis. Ondersteuning van de oudere persoon kan namelijk opname in het ziekenhuis uitstellen.

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.13

De systematische review van **Lamore (2017)** geeft aan dat familie een essentieel is bij het nemen van beslissingen. Familie kan zowel de patiënt, als het begeleidende team ondersteunen en daardoor het zorgproces faciliteren.

De studie van Lamore (2017) is van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.14

De RCT van **Behrndt (2019)** geeft aan dat al een lage dosis psycho-educatieve telefonische interventies met als doel de empowerment van de informele zorgverleners te verhogen effectief is.

De review van **Hu (2015)** toont het effect aan van op internet gebaseerde interventies op stressreductie van de informele zorgverlener en op toename van het algemeen welbevinden. Dit effect werd aangetoond in 18 van de 26 geïncludeerde studies. Zes studies registreerden geen effect, maar ook geen bijkomende nevenwerkingen.

Beide studies zijn van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 4.15

De RCT van **Provencher (2020)** geeft aan dat gehospitaliseerde oudere personen met MCI baat hebben bij een thuisinterventie na ontslag uit het ziekenhuis. Een ergotherapeutische interventie kan leiden tot verbeterde zorgverlening en afname van heropname.

De RCT van **Eklund (2013)** geeft aan dat ADL afhankelijkheid afneemt bij geïntegreerde zorg en bij continuüm van zorg van tweede naar eerste lijn.

Beide studies zijn van aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

De GDG en stakeholderscommissie geven aan dat de ergotherapeut ook de mantelzorgster ondersteunt om de stress te doen afnemen en draagkracht te vergroten.

In het kader van beslissingsondersteuning is kennis van motiverende gespreksvoering een voorwaarde. Dit moet voldoende aan bod komen in het onderwijs gezondheidszorg.

Om de communicatie tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg te bewerkstelligen, moet gezocht worden naar een structureel ingebed en duurzaam communicatiekanaal. Daarvoor is een tweerichtingscommunicatie essentieel.

2.4.5 Advies naar implementatie

Evidence-based bewegingsprogramma's:

- [Rust Roest](#)
- [Stepping on](#)
- [Vlaams Ottago programma](#)

Tools in kader van shared decision making:

- [Doelzoeker](#)
- [Beslis mee*](#)

* Brochure ontwikkeld in kader van het bachelorproject van Norah Slabinck, Aster De Busschere, Gwyneth Huyghebaert en Camille Van Goethem, laatstejaarsstudenten bachelor in de ergotherapie aan de Arteveldehogeschool.

2.5 Klinische vraag 5

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

2.5.1 Zorgcoördinatie

Aanbeveling 5.1 A:

We bevelen aan om in complexe situaties een zorgcoördinator aan te stellen. **1C**

(You et al., 2012)

Aanbeveling 5.1 B:

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. **1C**

(Carrier, 2012)

Aanbeveling 5.1 C:

We bevelen aan dat -indien zorgcoördinatie wordt toegepast- de zorgcoördinator een lid is van het behandelend team van de oudere persoon. **1B**

(Balard et al., 2016)

Aanbeveling 5.2:

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, ...). **GPP**

Toelichting

Aanbeveling 5.1A-B-C

Zorgcoördinatie leidt tot het detecteren van niet ingewilligde noden. Vanuit zijn holistische blik is de ergotherapeut een geschikt persoon om zorgcoördinatie op te nemen. Een systematische review (You et al., 2012) vormt de basis voor deze aanbeveling. Aanvullend op de review van You geeft de studie van Duke (2005) aan dat een langdurig zorgcoördinatieprogramma voor fraile personen ouder dan 65 jaar die een samenwerking tussen de eerstelijns en het ziekenhuis omvat, zorgt voor een vermindering van ziekenhuisopnames. De opbouw van een nauwe samenwerking, intensieve monitoring van de oudere personen en een vlotte informatiedeling zijn essentiële onderdelen van een dergelijk programma. De studie van Browne (2001) geeft aan dat stopzetten van zorgcoördinatie resulteert in een afname van de gezondheid van de zorgvrager en de mantelzorgers en een toename van de emotionele vermoeidheid van de mantelzorgers.

Zorgcoördinatie kan best structureel deel uitmaken van de geïntegreerde zorgstructuur binnen een bepaalde regio.

Aanbeveling 5.2

De mantelzorger is een cruciale component in het al dan niet thuis kunnen blijven wonen van de oudere persoon. Vanuit zijn holistische visie en aandacht voor ergonomie kan de ergotherapeut de noden van de mantelzorger detecteren en de mantelzorger voorzien in een gepaste ondersteuning.

De study van **Yu (2016)** toont het nut aan van een effectieve samenwerking binnen zorg en sociale diensten en van zorgcoördinatie als cruciale factor om mantelzorgers te ondersteunen. Mantelzorg is namelijk een waardevolle bron om te voorkomen dat oudere personen vroegtijdig worden opgenomen.

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 5.1 A

De systematische review van RCT's van **You (2005)** geeft aan dat zorgcoördinatie een positieve invloed heeft op de geestelijke gezondheid van de oudere persoon en doet tegemoetkomen aan niet ingewilligde noden.

Deze studie is van goede methodologische kwaliteit

Literatuursynthese bij aanbeveling 5.1 B

De exploratieve studie van **Carrier (2012)** geeft aan dat zorgcoördinatie moet deel uitmaken van een meer algemene geïntegreerde zorgstructuur om te zorgen voor een grotere structurele continuïteit op het vlak van coördinatie, met alle personen uit het lokale dienstennetwerk, inclusief particuliere instellingen, maatschappelijke organisaties en het informele diensten netwerk.

Deze studie heeft een aanvaardbare methodologische kwaliteit.

Literatuursynthese bij aanbeveling 5.1 C

De kwalitatieve exploratieve studie van **Balard (2016)** suggereert dat bij complexe zorgsituaties een zorgcoördinator die lid is van het team door de mantelzorger kan worden gezien als een partner en ondersteunend in de zorg voor de oudere persoon. De oudere persoon zelf focust op de persoonlijke relatie die ontstaat met de zorgcoördinator.

Deze studie heeft een goede methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

Zorgcoördinatie moet op vlak van de eerstelijnszones worden bekeken en enkel zorg overstijgen, ook dienstverlening moet worden meegenomen.

2.5.2 Transmurale samenwerking

Aanbeveling 5.3A:

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. **1C**

(Clemson et al., 2016; Lockwood et al., 2015)

Aanbeveling 5.3.B:

We bevelen niet aan om ziekenhuisergotherapeuten thuisinterventies te laten uitvoeren voor ontslag. **1C**

(Clemson et al., 2016; Patterson et al., 1999)

Toelichting

Een structurele en vlotte samenwerking tussen ziekenhuis en eerstelijnszorg in kader van een ergotherapeutische thuisinterventie op maat is wenselijk. Zowel ziekenhuisergotherapeuten, als eerstelijns ergotherapeuten moeten daarom zichzelf profileren om hun meerwaarde kenbaar te maken binnen het interprofessionele team. Zo kunnen loophulpmiddelen reeds geadviseerd worden vanuit het ziekenhuis en getraind worden binnen de eerste lijn.

Literatuursynthese

De RCT van **Clemson (2016)** toont aan dat samenwerking tussen het ziekenhuis en eerstelijns ergotherapie effectief is wat betreft woningaanpassing in het kader van ergotherapeutisch advies. Ergotherapeutische adviezen door een eerstelijns ergotherapeut werden dubbel zoveel geïmplementeerd als de adviezen die verstrekt werden in het ziekenhuis. Het onderzoek gaf geen betere uitkomsten in algemene ADL of sociale participatie. Daarom moeten thuisinterventies niet routinematig, maar gericht worden uitgevoerd.

De review met meta-analyse van **Lockwood (2015)** geeft aan dat ergotherapeutische thuisinterventies een gering tot matig effect hebben op valreductie, sociale participatie en heropname.

Beide studies hebben een aanvaardbare methodologische kwaliteit.

De review van **Patterson (1999)** geeft aan dat bij ontslag het effect van huisbezoeken door een ziekenhuis ergotherapeut niet is aangetoond.

Deze review heeft een zwakke methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

De samenwerking tussen eerste lijn en ziekenhuis moet structureel en duurzaam worden ingebed.

2.5.3 Vertrouwelijkheid

Aanbeveling 5.4:

We bevelen aan dat afspraken over het delen van vertrouwelijke informatie schriftelijk worden vastgelegd. **1B**

(Marschall et al., 2004)

Toelichting

Aanbeveling 5.4

Het vastleggen van welke vertrouwelijke informatie kan gedeeld worden en met wie kan wantrouwen over informatiedeling voorkomen en de relatie met de ergotherapeut vergroten.

Literatuursynthese

Gebrekkelijk vertrouwelijkheidsbeleid vormt een belemmering voor samenwerking tussen zorgverstreker, gebruiker en mantelzorger. De studie van **Marschall (2004)** toont aan dat een doeltreffend beleid over verduidelijking van de vertrouwelijkheid over het vrijgeven van bepaalde informatie significant is geassocieerd met alle aspecten van verbeterde samenwerking.

Deze observationele studie heeft een matige methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

/

2.5.4 Gezondheidsinformatietechnologie

Aanbeveling 5.5:

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

Aanbeveling 5.6:

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. **2C**
(Noblin et al., 2021)

Toelichting

Aanbeveling 5.5

Een beveiligd digitaal informatiecommunicatie systeem bevordert een efficiënte communicatie overdracht en verzekert de vertrouwelijkheid.

Aanbeveling 5.6

Gezondheidsinformatietechnologie kan de interventie ondersteunen, indien ze vlot bruikbaar is en de gebruiker (oudere persoon of mantelzorger) deze vlot kan hanteren en als veilig ervaart.

Literatuursynthese

Literatuursynthese bij aanbeveling 5.5

Geen (GPP)

Literatuursynthese bij aanbeveling 5.6

De systematische review van **Noblin (2021)** bestudeerde het vertrouwen van mantelzorgers en familie in gezondheidsinformatietechnologie die als doel heeft om de zorg voor de patiënt te ondersteunen. De gezondheidsinformatietechnologie betrof het persoonlijke gezondheidsdossier, tele-thuiszorg en mobile gezondheids-apps. Noblin detecteerde vier topics voor vertrouwen in gezondheidsinformatietechnologie namelijk gepercipieerde vertrouwelijkheid, gepercipieerde veiligheid, technologische tekorten en betrouwbaarheid.

Deze studie heeft een zwakke methodologische kwaliteit.

Stakeholdersfeedback

Gezondheidsinformatietechnologie kan nog weerstand uitlokken, maar zal in de toekomst steeds meer ingeburgerd geraken.

2.5.5 Advies naar implementatie

Mogelijke tools om ergotherapie meer bekendheid te geven:

- bij de oudere persoon [‘Ergotherapie, iets voor u?’](#)*
- bij collega zorgverleners [‘Ergotherapie bij fysiek kwetsbare thuiswonende oudere personen’](#)*

* Brochures ontwikkeld in kader van het bachelorproject van Norah Slabinck, Aster De Busschere, Gwyneth Huyghebaert en Camille Van Gothem, laatstejaarsstudenten bachelor in de ergotherapie aan de Arteveldehogeschool.be.

3 Referenties

3.1 Referenties klinische subvraag 1

Abbasi M et al. Identification and Management of Frailty in the Primary Care Setting. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 190, no. 38, 2018, pp. E1134–E1140.

Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, Vollenbroek-Hutten M, Germini F, Holland C. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017 Apr;15(4):1154-1208. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003018. PMID: 28398987; PMCID: PMC5457829.

Bouman A et al. Effects of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: A Randomized, Clinical Trial in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, vol. 56, no. 3, 2008, pp. 397–404.

Bouman A et al. Effects of Intensive Home Visiting Programs for Older People with Poor Health Status: A Systematic Review. *BMC Health Services Research*, vol. 8, no. 1, 2008, p. 74.

Donnelly CA, et al. The Emerging Role of Occupational Therapy in Primary Care. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 81, no. 1, 2014, pp. 51–61.

Fagerström L et al. An Integrative Research Review of Preventive Home Visits among Older People – Is an Individual Health Resource Perspective a Vision or a Reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 23, no. 3, 2009, pp. 558–568.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56: M146–156.

Kronborg C et al. Cost Effectiveness of Preventive Home Visits to the Elderly: Economic Evaluation Alongside Randomized Controlled Study. *The European Journal of Health Economics*, vol. 7, no. 4, 2006, pp. 238–246.

Mason S et al. Effectiveness of Paramedic Practitioners in Attending 999 Calls from Elderly People in the Community: Cluster Randomised Controlled Trial. *BMJ*, vol. 335, no. 7626, 2007, pp. 919–922.

McIntyre A et al. Engagement of General Practitioners in Falls Prevention and Referral to Occupational Therapists. *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 82, no. 2, 2018, pp. 71–79.

Metzelthin SF et al. The Psychometric Properties of Three Self-Report Screening Instruments for Identifying Frail Older People in the Community. *BMC Public Health*, vol. 10, no. 1, 2010, p. 176.

van Kempen JA, Melis RJ, Perry M, Schers HJ, Rikkert MG. Diagnosis of frailty after a Comprehensive Geriatric Assessment: differences between family physicians and geriatricians. *J Am Board Fam Med*. 2015 Mar-Apr;28(2):240-8. doi: 10.3122/jabfm.2015.02.130081. PMID: 25748765.

3.2 Referenties klinische subvraag 2

Andreassen M, Öhman A, Larsson Ranada Å. Assessing occupational performance in special housing in Sweden. *Scand J Occup Ther.* 2018 Nov;25(6):428-435. doi: 10.1080/11038128.2017.1367415. Epub 2017 Aug 23. PMID: 28830285.

Avlund, Kirsten et al., 2002. Effects of Comprehensive Follow-up Home Visits after Hospitalization on Functional Ability and Readmissions among Old Patients. A Randomized Controlled Study. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 9(1), pp.17–22.

Bédard M, Dickerson AE; National Highway Traffic Safety Administration; American Occupational Therapy Association. Consensus statements for screening and assessment tools. *Occup Ther Health Care.* 2014 Apr;28(2):127-31. doi: 10.3109/07380577.2014.903017. PMID: 24754760.

Belchior P, Korner-Bitensky N, Holmes M, Robert A. Identification and assessment of functional performance in mild cognitive impairment: a survey of occupational therapy practices. *Aust Occup Ther J.* 2015 Jun;62(3):187-96. doi: 10.1111/1440-1630.12201. Epub 2015 May 7. PMID: 25950462.

Bouman A et al. Effects of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: A Randomized, Clinical Trial in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, vol. 56, no. 3, 2008, pp. 397–404.

Bouman A et al. Effects of Intensive Home Visiting Programs for Older People with Poor Health Status: A Systematic Review. *BMC Health Services Research*, vol. 8, no. 1, 2008, p. 74.

Brown CL, Finlayson ML. Performance measures rather than self-report measures of functional status predict home care use in community-dwelling older adults. *Can J Occup Ther.* 2013 Dec;80(5):284-94. doi: 10.1177/0008417413501467. PMID: 24640643.

Clemson L, Bundy AC, Cumming RG, Kay L, Lockett T. Validating the Falls Behavioural (FaB) scale for older people: a Rasch analysis. *Disabil Rehabil.* 2008;30(7):498-06. doi: 10.1080/09638280701355546. PMID: 17852314.

Dickerson AE, Reistetter T, Davis ES, Monahan M. Evaluating driving as a valued instrumental activity of daily living. *Am J Occup Ther.* 2011 Jan-Feb;65(1):64-75. doi: 10.5014/ajot.2011.09052. PMID: 21309373.

Dickerson AE. Screening and assessment tools for determining fitness to drive: a review of the literature for the pathways project. *Occup Ther Health Care.* 2014a Apr;28(2):82-121. doi: 10.3109/07380577.2014.904535. PMID: 24754758.

Dickerson AE, Meuel DB, Ridenour CD, Cooper K. Assessment tools predicting fitness to drive in older adults: a systematic review. *Am J Occup Ther.* 2014b Nov-Dec;68(6):670-80. doi: 10.5014/ajot.2014.011833. PMID: 25397762.

Donnelly, Catherine A, et al. The Emerging Role of Occupational Therapy in Primary Care. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 81, no. 1, 2014, pp. 51–61.

Donnelly, C., O'Neill, C., Bauer, M., & Letts, L. (2017). Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in primary care: A profile of practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 71, 7106265010. <https://doi.org/>.

- Enemark Larsen, Anette, and Carlsson, Gunilla. "Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an Admission and Outcome Measure in Interdisciplinary Community-Based Geriatric Rehabilitation." *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 19, no. 2, 2012, pp. 204–213.
- Fagerström L et al. An Integrative Research Review of Preventive Home Visits among Older People – Is an Individual Health Resource Perspective a Vision or a Reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 23, no. 3, 2009, pp. 558–568.
- Fischl, C., Blusi, M., Lindgren, H., & Nilsson, I. (2020). Tailoring to support digital technology-mediated occupational engagement for older adults—a multiple case study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(8), 577–590. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1760347>.
- Frese, Thomas, et al. "In-Home Preventive Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) Reduces Mortality—A Randomized Controlled Trial." *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 55, no. 3, 2012, pp. 639–644.
- Giambelluca E, Panigazzi M, Saade A, Imbriani M. Assessment of functional status and rehabilitative strategies in occupational therapy: role of the Groningen Activity Restriction Questionnaire. *G Ital Med Lav Ergon*. 2019 Mar;41(1):52-57. PMID: 30946549.
- Harper KJ, Llewellyn K, Jacques A, Ingram K, Pearson S, Barton A. Kettle test efficacy in predicting cognitive and functional outcomes in geriatric rehabilitation. *Aust Occup Ther J*. 2019 Apr;66(2):219-226. doi: 10.1111/1440-1630.12540. Epub 2018 Oct 9. PMID: 30298936.
- Hwang, J. E. (2010). Promoting healthy lifestyles with aging: Development and validation of the Health Enhancement Lifestyle Profile (HELP) using the Rasch measurement model. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 786–795. doi: 10.5014/ajot.2010.09088.
- Jakobsson, Ulf & Karlsson, Staffan, 2011. Predicting Mortality With the ADL-Staircase in Frail Elderly. *Physical & occupational therapy in geriatrics*, 29(2), pp.136–147.
- Kielhofner G, Mallinson T, Forsyth K, Lai JS. Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *Am J Occup Ther*. 2001 May-Jun;55(3):260-7. doi: 10.5014/ajot.55.3.260. PMID: 11723966.
- Mackenzie, Lynette & Clifford, Amanda. (2018). Perceptions of primary health staff about falls prevention in primary care settings in the west of Ireland. *British Journal of Occupational Therapy*. 81. 030802261876175. 10.1177/0308022618761759.
- Maggi P, de Almeida Mello J, Delye S, Cès S, Macq J, Gosset C, Declercq A. Fall determinants and home modifications by occupational therapists to prevent falls: Facteurs déterminants des chutes et modifications du domicile effectuées par les ergothérapeutes pour prévenir les chutes. *Can J Occup Ther*. 2018 Feb;85(1):79-87. doi: 10.1177/0008417417714284. PMID: 29506411.
- Malinowsky C, Nygård L & Kottorp A(2011) Psychometric evaluation of a new assessment of the ability to manage technology in everyday life, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18:1, 26-35, DOI: 10.3109/11038120903420606.
- Mallinson, Trudy, et al. "Development and Validation of the Activity Significance Personal Evaluation (ASPE) Scale." *Australian Occupational Therapy Journal*, vol. 61, no. 6, 2014, pp. 384–393.

McIntyre, Anne, et al. Engagement of General Practitioners in Falls Prevention and Referral to Occupational Therapists. *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 82, no. 2, 2018, pp. 71–79.

Pighills AC, Torgerson DJ, Sheldon TA, Drummond AE, Bland JM. Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jan;59(1):26-33. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03221.x. Erratum in: *J Am Geriatr Soc*. 2011 Apr;59(4):776. PMID: 21226674.

Provencher V, Demers L, Gélinas I & Giroux F (2013) Cooking task assessment in frail older adults: who performed better at home and in the clinic?, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20:5, 374-383, DOI: 10.3109/11038128.2012.743586

Stewart S, Harvey I, Poland F, Lloyd-Smith W, Mugford M, Flood C. Are occupational therapists more effective than social workers when assessing frail older people? Results of CAMELOT, a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2005 Jan;34(1):41-6. doi: 10.1093/ageing/afh230. Epub 2004 Nov 3. PMID: 15525654.

Tomita MR, Saharan S, Rajendran S, Nochajski SM, Schweitzer JA. Psychometrics of the Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) to prevent falls in community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther*. 2014 Nov-Dec;68(6):711-8. doi: 10.5014/ajot.2014.010801. PMID: 25397766.

Unsworth CA. Using social judgment theory to study occupational therapists' use of information when making driver licensing recommendations for older and functionally impaired adults. *Am J Occup Ther*. 2007 Sep-Oct;61(5):493-502. doi: 10.5014/ajot.61.5.493. PMID: 17944286.

Wales K, Clemson L, Lannin N, Cameron I. Functional Assessments Used by Occupational Therapists with Older Adults at Risk of Activity and Participation Limitations: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016 Feb 9;11(2):e0147980. doi: 10.1371/journal.pone.0147980. PMID: 26859678; PMCID: PMC4747506.

Wyller TB, Sveen U, Bautz-Holter E. The Barthel ADL index one year after stroke: comparison between relatives' and occupational therapist's scores. *Age Ageing*. 1995 Sep;24(5):398-401. doi: 10.1093/ageing/24.5.398. PMID: 8669342.



3.3 Referenties klinische subvraag 3

Kelly, B., Rid, A., & Wendler, D. (2012, May). Systematic review: Individuals' goals for surrogate decision-making. *Journal of the American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03937.x>

Nielsen TL, Andersen NT, Petersen KS, Polatajko H, Nielsen CV. Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther*. 2019 Jul;26(5):325-342. doi: 10.1080/11038128.2018.1424236. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29325486

Provencher, V., Clemson, L., Wales, K., Cameron, I. D., Gitlin, L. N., Grenier, A., & Lannin, N. A. (2020). Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: Who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1494->

Stevens, A., Beurskens, A., Köke, A., & van der Weijden, T. (2013). The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility. *Clinical rehabilitation*, 27(11), 1005–1019. <https://doi.org/10.1177/0269215513490178>.

Winship, J. M., Ivey, C. K., & Etz, R. S. (2019). Opportunities for occupational therapy on a primary care team. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.030841>.

Yun D, Choi J. Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 2019 May;93:74-83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.02.012. Epub 2019 Feb 26. PMID: 30870614.

versiteit

3.4 Referenties klinische subvraag 4

Apóstolo J, Dixe MDA, Bobrowicz-Campos E, Areosa T, Santos-Rocha R, Braúna M, Ribeiro J, Marques I, Freitas J, Almeida ML, Couto F. Effectiveness of a Combined Intervention on Psychological and Physical Capacities of Frail Older Adults: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Aug 28;16(17):3125. doi: 10.3390/ijerph16173125. PMID: 31466229; PMCID: PMC6747215.

Balis LE, Strayer T, Ramalingam N, Wilson M, Harden SM. Open-Access Physical Activity Programs for Older Adults: A Pragmatic and Systematic Review. *Gerontologist*. 2019 Jul 16;59(4): e268-e278. doi: 10.1093/geront/gnx195. PMID: 29329395.

Bedaf S, Gelderblom GJ, De Witte L. Overview and Categorization of Robots Supporting Independent Living of Elderly People: What Activities Do They Support and How Far Have They Developed. *Assist Technol*. 2015 Summer;27(2):88-100. doi: 10.1080/10400435.2014.978916. PMID: 26132353.

Behrndt EM, Straubmeier M, Seidl H, Vetter C, Luttenberger K, Graessel E. Brief telephone counselling is effective for caregivers who do not experience any major life events - caregiver-related outcomes of the German day-care study. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jan 9;19(1):20. doi: 10.1186/s12913-018-3853-8. PMID: 30626439; PMCID: PMC6325874.

Berger S, McAteer J, Schreier K, Kaldenberg J. Occupational therapy interventions to improve leisure and social participation for older adults with low vision: a systematic review. *Am J Occup Ther*. 2013 May-Jun;67(3):303-11. doi: 10.5014/ajot.2013.005447. PMID: 23597688.

Berger S, Escher A, Mengle E, Sullivan N. Effectiveness of Health Promotion, Management, and Maintenance Interventions Within the Scope of Occupational Therapy for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 2018 Jul/Aug;72(4):7204190010p1-7204190010p10. doi: 10.5014/ajot.2018.030346. PMID: 29953825.

Borella E, Cantarella A, Carretti B, De Lucia A, De Beni R. Improving Everyday Functioning in the Old-Old with Working Memory Training. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019 Sep;27(9):975-983. doi: 10.1016/j.jagp.2019.01.210. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30878190

Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, Sherrington C, Lord SR, Kurrle SE. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Med*. 2013 Mar 11;11:65. doi: 10.1186/1741-7015-11-65. PMID: 23497404; PMCID: PMC3751685.

Cochrane A, Furlong M, McGilloway S, Molloy DW, Stevenson M, Donnelly M. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 11;10(10):CD010825. doi: 10.1002/14651858.CD010825.pub2. PMID: 27726122; PMCID: PMC6457975.

Corregidor-Sánchez AI, Segura-Fragoso A, Criado-Álvarez JJ, Rodríguez-Hernández M, Mohedano-Moriano A, Polonio-López B. Effectiveness of Virtual Reality Systems to Improve the Activities of Daily Life in Older People. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 28;17(17):6283. doi: 10.3390/ijerph17176283. PMID: 32872313; PMCID: PMC7504692.

De Coninck L, Bekkering GE, Bouckaert L, Declercq A, Graff MJL, Aertgeerts B. Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic

Review. *J Am Geriatr Soc.* 2017 Aug;65(8):1863-1869. doi: 10.1111/jgs.14889. Epub 2017 Apr 3. PMID: 28369719.

Dedeyne L, Deschodt M, Verschueren S, Tournoy J, Gielen E. Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: a systematic review. *Clin Interv Aging.* 2017 May 24;12:873-896. doi: 10.2147/CIA.S130794. PMID: 28579766; PMCID: PMC5448695.

Eklund K, Wilhelmson K, Gustafsson H, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S. One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial: "Continuum of care for frail older people". *BMC Geriatr.* 2013 Jul 22;13:76. doi: 10.1186/1471-2318-13-76. PMID: 23875866; PMCID: PMC3750658.

Gustafsson S, Wilhelmson K, Eklund K, Gosman-Hedström G, Zidén L, Kronlöf GH, Højgaard B, Slinde F, Rothenberg E, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S. Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term--results from the randomized and three-armed Elderly Persons in the Risk Zone study. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Mar;60(3):447-54. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03861.x. PMID: 22409735.

Hu C, Kung S, Rummans TA, Clark MM., & Lapid MI (2015). Reducing caregiver stress with internet-based interventions: a systematic review of open-label and randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 22(e1), e194–e209. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2014-002817>

Huguet G L, Navarro González M, Kostov B, Ortega Carmona M, Colungo Francia C, Carpallo Nieto M, Hervás Docón A, Vilarrasa Sauquet R, García Prado R, Sisó-Almirall A. Pre Frail 80: Multifactorial Intervention to Prevent Progression of Pre-Frailty to Frailty in the Elderly. *J Nutr Health Aging.* 2018;22(10):1266-1274. doi: 10.1007/s12603-018-1089-2. PMID: 30498836.

Juang C, Knight BG, Carlson M, Schepens Niemiec SL, Vigen C, Clark F. Understanding the Mechanisms of Change in a Lifestyle Intervention for Older Adults. *Gerontologist.* 2018 Mar 19;58(2):353-361. doi: 10.1093/geront/gnw152. PMID: 28329863; PMCID: PMC5946910.

Ko HJ, Youn CH, Kim SH, Kim SY. Effect of Pet Insects on the Psychological Health of Community-Dwelling Elderly People: A Single-Blinded, Randomized, Controlled Trial. *Gerontology.* 2016;62(2):200-9. doi: 10.1159/000439129. Epub 2015 Sep 18. PMID: 26383099.

Lamore K, Montalescot L, Untas A. Treatment decision-making in chronic diseases: What are the family members' roles, needs and attitudes? A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2017 Dec;100(12):2172-2181. doi: 10.1016/j.pec.2017.08.003. Epub 2017 Aug 14. PMID: 28838630

Manini TM, Beavers DP, Pahor M, Guralnik JM, Spring B, Church TS, King AC, Folta SC, Glynn NW, Marsh AP, Gill TM; LIFE study investigators. Effect of Physical Activity on Self-Reported Disability in Older Adults: Results from the LIFE Study. *J Am Geriatr Soc.* 2017 May;65(5):980-988. doi: 10.1111/jgs.14742. Epub 2017 Feb 7. PMID: 28168689; PMCID: PMC5435532.

Martel D, Lauzé M, Agnoux A, Fruteau de Laclous L, Daoust R, Émond M, Sirois MJ, Aubertin-Leheudre M. Comparing the effects of a home-based exercise program using a gerontechnology to a community-based group exercise program on functional capacities in older adults after a minor injury. *Exp Gerontol.* 2018 Jul 15;108:41-47. doi: 10.1016/j.exger.2018.03.016. Epub 2018 Mar 22. PMID: 29577975.

McMahon SK, Lewis B, Oakes JM, Wyman JF, Guan W, Rothman AJ. Assessing the Effects of Interpersonal and Intrapersonal Behavior Change Strategies on Physical Activity in Older Adults: a Factorial Experiment. *Ann Behav Med*. 2017 Jun;51(3):376-390. doi: 10.1007/s12160-016-9863-z. PMID: 28188585; PMCID: PMC5634530.

Nielsen TL, Andersen NT, Petersen KS, Polatajko H, Nielsen CV. Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther*. 2019 Jul;26(5):325-342. doi: 10.1080/11038128.2018.1424236. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29325486.

Provencher V, Clemson L, Wales K, Cameron ID, Gitlin LN, Grenier A, Lannin NA. Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatr*. 2020 Mar 2;20(1):84. doi: 10.1186/s12877-020-1494-3. PMID: 32122311; PMCID: PMC7053102.

Ristolainen H, Kannasoja S, Tiilikainen E, Hakala M, Närhi K, Rissanen S. Effects of 'participatory group-based care management' on wellbeing of older people living alone: a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020 Jul-Aug;89:104095. doi: 10.1016/j.archger.2020.104095. Epub 2020 May 7. PMID: 32446172

Ross LA, Edwards JD, O'Connor ML, Ball KK, Wadley VG, Vance DE. The Transfer of Cognitive Speed of Processing Training to Older Adults' Driving Mobility Across 5 Years. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016 Jan;71(1):87-97. doi: 10.1093/geronb/gbv022. Epub 2015 Apr 15. PMID: 25878053; PMCID: PMC4701127.

Spoorenberg SLW, Wynia K, Uittenbroek RJ, Kremer HPH, Reijneveld SA. Effects of a population-based, person-centred and integrated care service on health, wellbeing and self-management of community-living older adults: A randomised controlled trial on Embrace. *PLoS One*. 2018 Jan 19;13(1):e0190751. doi: 10.1371/journal.pone.0190751. PMID: 29351295; PMCID: PMC5774687.

Suksom D, Siripatt A, Lapo P, Patumraj S. Effects of two modes of exercise on physical fitness and endothelial function in the elderly: exercise with a flexible stick versus Tai Chi. *J Med Assoc Thai*. 2011 Jan;94(1):123-32. PMID: 21425738.

Tessier A, Beaulieu MD, Mcginn CA, Latulippe R. Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthc Policy*. 2016 May;11(4):49-59. PMID: 27232236; PMCID: PMC4872552.

Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2015 Nov 4;15:145. doi: 10.1186/s12877-015-0142-9. PMID: 26537789; PMCID: PMC4634595.

Unsworth CA, Baker A. Driver rehabilitation: a systematic review of the types and effectiveness of interventions used by occupational therapists to improve on-road fitness-to-drive. *Accid Anal Prev*. 2014 Oct;71:106-14. doi: 10.1016/j.aap.2014.04.017. Epub 2014 Jun 2. PMID: 24906164.

Valenzuela T, Okubo Y, Woodbury A, Lord SR, Delbaere K. Adherence to Technology-Based Exercise Programs in Older Adults: A Systematic Review. *J Geriatr Phys Ther*. 2018 Jan/Mar;41(1):49-61. doi: 10.1519/JPT.000000000000095. PMID: 27362526.

van Het Bolscher-Niehuys MJ, den Ouden ME, de Vocht HM, Francke AL. Effects of self-management support programmes on activities of daily living of older adults: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016 Sep;61:230-47. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.06.014. Epub 2016 Jun 30. PMID: 27400029.

van Lieshout MRJ, Bleijenberg N, Schuurmans MJ, de Wit NJ. The Effectiveness of a PROactive Multicomponent Intervention Program on Disability in Independently Living Older People: A Randomized Controlled Trial. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(9):1051-1059. doi: 10.1007/s12603-018-1101-x. PMID: 30379302.

van Weert JC, van Munster BC, Sanders R, Spijker R, Hooft L, Jansen J. Decision aids to help older people make health decisions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016 Apr 21;16:45. doi: 10.1186/s12911-016-0281-8. PMID: 27098100; PMCID: PMC4839148.

Warner G, Packer TL, Kervin E, Sibbald K, Audulv Å. 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*. 2019 Dec;102(12):2162-2182. doi: 10.1016/j.pec.2019.07.002. Epub 2019 Jul 2. PMID: 31301922.

Whitehead PJ, Worthington EJ, Parry RH, Walker MF, Drummond AE. Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. *Clin Rehabil*. 2015 Nov;29(11):1064-76. doi: 10.1177/0269215514564894. Epub 2015 Jan 13. PMID: 25587088; PMCID: PMC4607918.

Winzer E, Dorner TE, Grabovac I, Haider S, Kapan A, Lackinger C, Schindler K. Behavior changes by a buddy-style intervention including physical training, and nutritional and social support. *Geriatr Gerontol Int*. 2019 Apr;19(4):323-329. doi: 10.1111/ggi.13616. Epub 2019 Feb 5. PMID: 30724012; PMCID: PMC6849832.

Zijlstra GA, van Haastregt JC, van Eijk JT, de Witte LP, Ambergen T, Kempen GI. Mediating effects of psychosocial factors on concerns about falling and daily activity in a multicomponent cognitive behavioral group intervention. *Aging Ment Health*. 2011 Jan;15(1):68-77. doi: 10.1080/13607863.2010.501054. PMID: 20924813.



3.5 Referenties klinische subvraag 5

Balard F, Somme D, Gély-Nargeot MC, Corvol A, and Saint-Jean O (2016) Case Management for the Elderly with Complex Needs: Cross-linking the Views of Their Role Held by Elderly People, Their Informal Caregivers and the Case Managers. *BMC Health Services Research*.

Browne CV, and Braun KL (2001) When a Case Management Program Closes: Impact as Perceived by Frail Elders and Their Family Caregivers. *Journal of Applied Gerontology* 20, no. 3: 338-55.

Carrier S (2012) Service Coordination for Frail Elderly Individuals: An Analysis of Case Management Practices in Québec. *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 55, no. 5, pp. 392–408.

Clemson L et al. "Occupational Therapy Predischarge Home Visits in Acute Hospital Care: A Randomized Trial." *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, vol. 64, no. 10, 2016, pp. 2019–2026.

Duke C (2005) The Frail Elderly Community-Based Case Management Project. *Geriatr Nurs*. Mar-Apr;26(2):122-7. doi: 10.1016/j.gerinurse.2005.03.003. PMID: 15824728.

Lockwood J, et al. "Pre-Discharge Home Assessment Visits in Assisting Patients' Return to Community Living: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 47, no. 4, 2015, pp. 289–299.

Marshall, Tina, and Phyllis Solomon. "Confidentiality Intervention: Effects on Provider-Consumer-Family Collaboration." *Research on Social Work Practice* 14, no. 1 (2004): 3-13.

Noblin A, Hewitt B, Moqbel M, Sittig S, Kinnerson L & Rulon V(2021) Can caregivers trust information technology in the care of their patients? A systematic review, *Informatics for Health and Social Care*, 46:1, 29-41, DOI: 10.1080/17538157.2020.1834399

You EC, Dunt D, Doyle C, and Hsueh A (2012). "Effects of Case Management in Community Aged Care on Client and Carer Outcomes: A Systematic Review of Randomized Trials and Comparative Observational Studies." *BMC Health Services Research* 12, no. 1 (2012): 395.

Yu DSF (2016) Effects of a Health and Social Collaborative Case Management Model on Health Outcomes of Family Caregivers of Frail Older Adults: Preliminary Data from a Pilot Randomized Controlled Trial." *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)* 64, no. 10 (2016): 2144-148.

3.6 Referenties toelichting

Abbasi M et al. Identification and Management of Frailty in the Primary Care Setting. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 190, no. 38, 2018, pp. E1134–E1140.

Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, Vollenbroek-Hutten M, Germini F, Holland C. Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of frailty screening tools. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017 Apr;15(4):1154-1208. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003018. PMID: 28398987; PMCID: PMC5457829.

Arbesman M, Mosley LJ. Systematic review of occupation- and activity-based health management and maintenance interventions for community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther.* 2012 May-Jun;66(3):277-83. doi: 10.5014/ajot.2012.003327. PMID: 22549592.

Bédard M, Dickerson AE; National Highway Traffic Safety Administration; American Occupational Therapy Association. Consensus statements for screening and assessment tools. *Occup Ther Health Care.* 2014 Apr;28(2):127-31. doi: 10.3109/07380577.2014.903017. PMID: 24754760.

Belchior P, Korner-Bitensky N, Holmes M, Robert A. Identification and assessment of functional performance in mild cognitive impairment: a survey of occupational therapy practices. *Aust Occup Ther J.* 2015 Jun;62(3):187-96. doi: 10.1111/1440-1630.12201. Epub 2015 May 7. PMID: 25950462.

Carr, D. B., Barco, P. P., Wallendorf, M. J., Snellgrove, C. A., & Ott, B. R. (2011). Predicting road test performance in drivers with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 59(11), 2112–2117.* <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03657.x>

De Coninck L, Bouckaert L, Gielen E, Milisen K, Vlaeyen E, Despriet D, Tessier J, Geeraerts A, Verstraeten L, Adriaenssen J, Callens J, De Jaegere J, Demeulenaere J, Deryckere V, Haverals R, Huyghe A, Kerckx A, Moreels T, Peeters N, Robyns L, Kos D. Ergotherapeutische richtlijn: Valpreventie bij oudere personen met een verhoogd valrisico. Omgevingsrisico's- Valangst - Therapietrouw – Management en aanpak op populatieniveau. Samenwerkingsverband SqaQel, KU Leuven en WOREL 2021.

Dickerson AE, Meuel DB, Ridenour CD, Cooper K. Assessment tools predicting fitness to drive in older adults: a systematic review. *Am J Occup Ther.* 2014 Nov-Dec;68(6):670-80. doi: 10.5014/ajot.2014.011833. PMID: 25397762.

Donnelly CA, et al. The Emerging Role of Occupational Therapy in Primary Care. *Canadian Journal of Occupational Therapy, vol. 81, no. 1, 2014, pp. 51–61.*

Donnelly, C., O'Neill, C., Bauer, M., & Letts, L. (2017). Canadian Occupational Performance Measure (COPM) in primary care: A profile of practice. *American Journal of Occupational Therapy, 71, 7106265010.* <https://doi.org/>

Eby, D. W., Molnar, L. J., Shope, J. T., Vivoda, J. M., & Fordyce, T. A. (2003). Improving older driver knowledge and self-awareness through self-assessment: the driving decisions workbook. *Journal of safety research, 34(4), 371–381.* <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2003.09.006>

Enemark Larsen, Anette, and Carlsson, Gunilla. "Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an Admission and Outcome Measure in Interdisciplinary Community-Based Geriatric Rehabilitation." *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, vol. 19, no. 2, 2012, pp. 204–213.*

Fischl, C., Blusi, M., Lindgren, H., & Nilsson, I. (2020). Tailoring to support digital technology-mediated occupational engagement for older adults—a multiple case study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 27(8), 577–590.* <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1760347>

Fisher, A. G., Adler, K., & Potts, A. (2007). Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults. *Scandinavian journal of occupational therapy, 14(4), 240–249.* <https://doi.org/10.1080/11038120601182958>

Frese, Thomas, et al. "In-Home Preventive Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) Reduces Mortality—A Randomized Controlled Trial." *Archives of Gerontology and Geriatrics, vol. 55, no. 3, 2012, pp. 639–644.*

- Gates NJ, Rutjes AW, Di Nisio M, Karim S, Chong LY, March E, Martínez G, Vernooij RW. Computerised cognitive training for 12 or more weeks for maintaining cognitive function in cognitively healthy people in late life. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Feb 27;2(2):CD012277. doi: 10.1002/14651858.CD012277.pub3. PMID: 32104914; PMCID: PMC7045394.
- George, S., Clark, M., & Crotty, M. (2007). Development of the Adelaide driving self-efficacy scale. *Clinical rehabilitation*, 21(1), 56–61. <https://doi.org/10.1177/0269215506071284>
- Håkansson, C., Wagman, P., & Hagell, P. (2020). Construct validity of a revised version of the Occupational Balance Questionnaire. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 27(6), 441–449. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1660801>
- Jessen-Winge C, Petersen MN, Morville AL. The influence of occupation on wellbeing, as experienced by the elderly: a systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2018 May;16(5):1174-1189. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003123. PMID: 29762312.
- Kielhofner G, Mallinson T, Forsyth K, Lai JS. Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *Am J Occup Ther*. 2001 May-Jun;55(3):260-7. doi: 10.5014/ajot.55.3.260. PMID: 11723966.
- Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Jan;64(1):e1-7. doi: 10.1111/jgs.13873. Epub 2015 Dec 2. PMID: 26626408.
- Lacroix PA, Pelletier AJ, Blondin MP, Dugal A, Langlois C, Levasseur M, Larivière N. Traduction et validation du Questionnaire sur l'engagement dans les activités significatives: Translation and validation of the Engagement in Meaningful Activities Survey. *Can J Occup Ther*. 2018 Feb;85(1):11-20. French. doi: 10.1177/0008417417702925. PMID: 29506410
- Malinowsky C, Nygård L & Kottorp A(2011) Psychometric evaluation of a new assessment of the ability to manage technology in everyday life, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18:1, 26-35, DOI: 10.3109/11038120903420606
- Mason S et al. Effectiveness of Paramedic Practitioners in Attending 999 Calls from Elderly People in the Community: Cluster Randomised Controlled Trial. *BMJ*, vol. 335, no. 7626, 2007, pp. 919–922.
- Menichetti J, Graffigna G, Steinsbekk A. What are the contents of patient engagement interventions for older adults? A systematic review of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2018 Jun;101(6):995-1005. doi: 10.1016/j.pec.2017.12.009. Epub 2017 Dec 12. PMID: 29246493.
- Metzelthin, Silke F, et al. "The Psychometric Properties of Three Self-Report Screening Instruments for Identifying Frail Older People in the Community." *BMC Public Health*, vol. 10, no. 1, 2010, p. 176.
- Nielsen TL, Andersen NT, Petersen KS, Polatajko H, Nielsen CV. Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther*. 2019 Jul;26(5):325-342. doi: 10.1080/11038128.2018.1424236. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29325486
- O'Toole, L., Connolly, D., & Smith, S. (2013). Impact of an occupation-based self-management programme on chronic disease management. *Australian occupational therapy journal*, 60(1), 30–38. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12008>

- Stevens, A., Beurskens, A., Köke, A., & van der Weijden, T. (2013). The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility. *Clinical rehabilitation*, 27(11), 1005–1019. <https://doi.org/10.1177/0269215513490178>
- Tomori, K., Saito, Y., Nagayama, H., Seshita, Y., Ogahara, K., Nagatani, R., & Higashi, T. (2013). Reliability and validity of individualized satisfaction score in aid for decision-making in occupation choice. *Disability and Rehabilitation*, 35(2), 113–117. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.689919>
- van Het Bolscher-Niehuys MJ, den Ouden ME, de Vocht HM, Francke AL. Effects of self-management support programmes on activities of daily living of older adults: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016 Sep;61:230-47. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.06.014. Epub 2016 Jun 30. PMID: 27400029
- Voigt-Radloff S, Ruf G, Vogel A, van Nes F, Hüll M. Occupational therapy for elderly. Evidence mapping of randomised controlled trials from 2004-2012. *Z Gerontol Geriatr*. 2015 Jan;48(1):52-72. doi: 10.1007/s00391-013-0540-6. PMID: 24127052.
- Waldersen BW, Wolff JL, Roberts L, Bridges AE, Gitlin LN, Szanton SL. Functional Goals and Predictors of Their Attainment in Low-Income Community-Dwelling Older Adults. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017 May;98(5):896-903. doi: 10.1016/j.apmr.2016.11.017. Epub 2016 Dec 19. PMID: 28007445; PMCID: PMC5403585.
- Weaver, B., Bédard, M., McAuliffe, J., & Parkkari, M. (2009). Using the Attention Network Test to predict driving test scores. *Accident; analysis and prevention*, 41(1), 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2008.09.006>
- Winship, J. M., Ivey, C. K., & Etz, R. S. (2019). Opportunities for occupational therapy on a primary care team. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(5). <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.030841>.
- Yuen HK, Carter RE. A Predictive Model for the Intention to Implement Home Modifications: A Pilot Study. *Journal of Applied Gerontology*. 2006;25(1):3-16. doi:10.1177/0733464805280751

versie legging metis WPREL