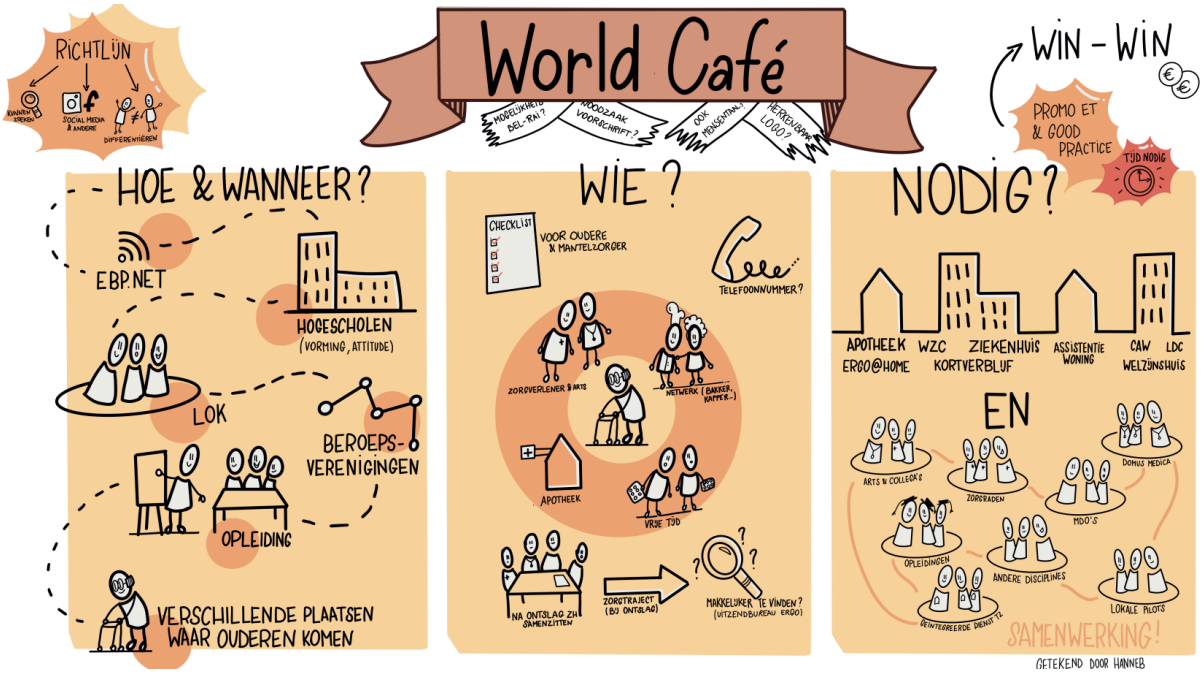
Eindrapport
Opmaken van een plan van aanpak voor de implementatie van de richtlijn ergotherapie voor het behoud van de functionaliteit en de sociale participatie van de thuiswonende fysiek kwetsbare oudere persoon.



Stijn De Baets (UGent) – Anne Ledoux (UCLouvain)

Promotoren:
Thérese Van Durme (UCLouvain)
Patricia De Vriendt (VUB)
Dominique Van de Velde (UGent)

Inhoudstafel

Introductie 4

Kwetsbare ouderen 4

Ergotherapie 4

De focus van de richtlijn: functionaliteit en sociale participatie 5

De eerste lijn 5

Gebruik van richtlijnen en evidentie in de praktijk 5

Organisatie van ergotherapie in België: onderwijs en tewerkstelling 6

Ergotherapie in de Eerste Lijn 6

Methodologie 8

Deel 1: Grondige analyse van de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van de richtlijn in de Belgische eerste lijn, volgens de stakeholders. 10

Deel 2 : Identificatie van strategieën om de in deel 1 vastgestelde belemmerende factoren te overwinnen en de bevorderende factoren te ondersteunen. 12

Deel 3. Prioritering en formulering voor het strategisch plan om de uitvoering van de richtlijn te vergemakkelijken. 13

Resultaten 14

Resultaten uit de kwalitatieve analyses 14

Thema 1: Facilitators en barrières op het microniveau 16

Thema 2: Facilitators en barrières op het mesoniveau 17

Thema 3: Facilitators en barrières op het macroniveau 18

Thema 4: Facilitators en barrières op het niveau van de richtlijn zelf of overkoepelend voor micro- meso- en macroniveau. 21

Resultaten van de Delphi-studie 25

De eerste ronde van de Delphi-studie 25

Resultaten van alle respondenten 25

Resultaten per type respondent (per beroep) 27

De tweede Delphi-ronde 31

De 12 prioriteiten die na de tweede Delphi ronde als "hoog" werden gescoord, zijn: 32

Na de twee Delphi-rondes: opstelling van een logisch model dat de strategieën, de determinanten van de uitvoering, koppelt aan de resultaten. 34

Besluit en discussie 36

Korte samenvatting van de resultaten. 36

Discussie 37

Sterktes en beperkingen van de studie. 39
Algemeen besluit: 41

Lijst annexes, tabellen en figuren 42

Referenties 43

Annex 1: Profiel van de verschillende stakeholders tijdens het volledige proces 48
Annex 2: Interviewgids voor de individuele interviews en voor de focusgroepen 49
Annex 3: De 7 thema's en bijhorende subthema's. 51
Annex 4: Berekende prioriteiten voor elke strategie op basis van de 1e Delphi ronde 54
Annex 5: Prioritering van de 1e Delphi ronde per type professional 58
Annex 6: 2e Delphi ronde: vergelijking tussen prioritering van de 1e Ronde en het uiteindelijk resultaat van de 2e Ronde. 62

Introductie

Kwetsbare ouderen

De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) promoot Active and Healthy Ageing (AHA), en definieert het als volgt: the process of optimizing opportunities for health, participation, and security in order to enhance quality of life as people age, and to prevent frailty. Frailty of kwetsbaarheid vormt het grootste risico voor AHA en won de laatste decennia aan aandacht als een belangrijk geriatrisch syndroom (WHO, 2015).

Aanvankelijk werd frailty vooral beschouwd als "a condition or syndrome which results from a multisystem reduction in reserve capacity to the extent that a number of physiological systems are close to, or passed, the threshold of symptomatic clinical failure" (Campbell & Buchner, 1997), met name fysieke kwetsbaarheid. De gouden standaard voor fysieke frailty is het "Phenotype of frailty" (Fried et al., 2001). Dit omvat de criteria: gewichtsverlies, uitputting, verminderde fysieke activiteit, verminderde loopsnelheid, verminderde handknijpkracht. De laatste jaren wordt ook een multidimensionele benadering gehanteerd, waarbij ook psychosociale elementen in rekening gebracht worden (Roppolo, Mulasso, Gobbens, Mosso, & Rabaglietti, 2015). Los hiervan hanteren onderzoekers en clinici ook een gefaseerd model waarbij prefrailty als tussenfase wordt gezien. De geringste stress factor veroorzaakt negatieve gezondheidseffecten zoals onder andere valincidenten, opnames in het ziekenhuis, verlies aan betekenisvolle activiteiten, beperkingen op vlak van zelfstandigheid, verminderde participatie, verhuis naar een woonzorgcentrum en voortijdig overleiden. Frailty heeft een impact op de levenskwaliteit van de oudere, maar bovendien dreigt ook een verhoogde mantelzorgbelasting en verminderde levenskwaliteit bij deze laatste. Dit alles samen zorgt voor verhoogde gezondheidszorgkosten en vormt bijgevolg een maatschappelijke uitdaging (Fried et al., 2001; Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010). Een identificatie van het voorstadium van frailty en een aangepaste preventieve aanpak is noodzakelijk (Walston et al, 2018; Travers et al, 2019), net zoals een aangepaste aanpak van frailty zelf.
Omwille van de verschillende benaderingen van frailty is het moeilijk om juiste prevalentiecijfers te geven. Cijfers variëren van 5 tot 58 procent afhankelijk van het meetinstrument dat gebruikt wordt (Sternberg et al, 2011). Zeker is dat de prevalentie stijgt met de leeftijd, net zoals de prevalentie van chronische aandoeningen, die vaak gepaard gaan met frailty (Statbel, 2019).

Ergotherapie

Zelfredzaamheid, zelf-management, betekenisvolle activiteiten en (sociale) participatie behoren tot de core business van de ergotherapeut. Typisch aan ergotherapie is dat het zich niet richt op "pathologie" maar op de gevolgen ervan en - in een ideale situatie - op het voorkomen ervan via preventieve programma's. Het niet meer in staat zijn om autonoom te functioneren of te participeren noemt men in het ergotherapiejargon "een handelingsprobleem". Dit is de reden van aanmelding of doorverwijzing naar een ergotherapeut. Dit probleem kan het gevolg zijn van een verstoring van het evenwicht tussen de persoon (vb ziekte, trauma of pathologie), de activiteit (vrijwilligerswerk, huishoudelijke, zelfzorg – of ontspanningsactiviteiten,…) en de omgeving (thuis, lokaal dienstencentrum,…). Ergotherapie is bijgevolg een pathologie- en leeftijdsonafhankelijke discipline die mensen (kinderen, volwassenen en ouderen) terug in staat stelt om een zo autonoom mogelijk leven te kunnen leiden (ondanks de aandoening waarmee ze geconfronteerd worden) en deel te nemen aan het sociale en maatschappelijke leven (participatie). Om dit "optimaal leven" te realiseren is er een evenwicht nodig tussen de fysieke, mentale en cognitieve mogelijkheden

van de persoon, de complexiteit van de uit te voeren activiteit en de omgeving die een ondersteunende rol moet hebben maar vaak ook een belemmerende rol heeft.

De focus van de richtlijn: functionaliteit en sociale participatie

De ontwikkelde richtlijn focust op functionaliteit en sociale participatie. Functionaliteit wordt meestal gelijkgesteld met het zelfstandig kunnen uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en traditiegetrouw opgesplitst in basale (b-)ADL, de zelfzorgactiviteiten nodig om in leven te blijven (Reuben et al, 1991) en instrumentele (i-) ADL, de activiteiten nodig om zelfstandig te kunnen leven (Reuben et al, 1991). Een vaak gebruikte term om problemen met ADL aan te duiden is 'disability'. Recent onderzoek toont echter ook aan dat de advanced (a-) ADL een rol speelt in iemands functioneren (Costenoble, 2019). Dit zijn alle activiteiten die niet behoren tot de b- en de i-ADLs en persoonlijk en cultureel gebonden zijn (Reuben et al, 1991). Sociale participatie vervolgens is volgens Levasseur et al " a very broad concept that can take many forms, including leisure activities, meeting friends, volunteering, and more" (Levasseur, Richard, Gauvin, & Raymond, 2010). Op basis daarvan definieert Duppen et al (2019) het als volgt: "social participation includes all activities where people interact with others, from socially oriented activities to society-oriented activities".

De eerste lijn

Door de demografische evoluties (meer ouderen, meer chronische aandoeningen, meer multimorbiditeit) is er de laatste jaren een shift ingezet naar de eerste lijn weg van de tweede lijn en andere. De eerste lijn vormt dus de basis van het gezondheidszorg systeem. Dit resulteerde in Vlaanderen tot een hertekening van het zorglandschap met de constructie van 60 eerste lijn zones, met bijhorende zorgraden en de oprichting van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn. Deze reorganisatie beperkt zich tot Vlaanderen, eenzelfde organisatie is er tot op heden in Wallonië niet.

Gebruik van richtlijnen en evidentie in de praktijk

Het implementeren van evidentie in de praktijk is geen sinecure. Er wordt algemeen aangenomen dat het gemiddeld 17 jaar duurt vooraleer evidentie in de routine praktijk wordt opgenomen en dat slechts de helft van alle richtlijnen ooit in de praktijk terecht komt. Men spreekt in dit verband van een 'evidence to practice gap' (Lang, 2007). Er wordt wel onderzoek gedaan en evidentie en richtlijnen gecreëerd maar nadien wordt te veel verwacht dat de professional er zijn eigen weg in vindt en uit zichzelf de evidentie zal implementeren en daarvoor oude vertrouwde routines zal opgeven. Daardoor wordt veel onderzoek onderbenut en worden veel personen met een zorg – en ondersteuningsnood de juiste zorg ontzegd. Het implementeren van richtlijnen is een complex proces dat door heel wat factoren gehinderd kan worden: op individueel (geen kennis van richtlijnen, geen tijd om ze door te nemen, weerstand tegen innovatie), organisatie (geen structurele inbedding van doornemen beschikbare evidentie, geen toegang tot databases, overdreven focus op productiviteit) en systeemniveau (geen financiering voor innovaties).

In de eerste lijn is dit nog meer een uitdaging aangezien er immers meestal getracht wordt 'complexe' interventies te implementeren aangezien de eerste lijn vooral geconfronteerd wordt met chronische aandoeningen en multimorbiditeit waarbij 'person centred care' het doel is. Nieuwe persoonsgerichte zorg introduceren is voor de eerste-lijns praktijken niet eenvoudig. Uit onderzoek blijken specifieke barrières in de eerste lijn: gebrek aan kennis, vaardigheden én motivatie bij de professionals om evidentie in de praktijk toe te passen, én weerstand om dit te doen. Evidence based practice net (ebpracticenet) probeert daar wel iets aan te doen door een team te installeren die de implementatie van richtlijnen dient te faciliteren.

Men kan verwachten dat dit voor richtlijnen met betrekking tot eerstelijns ergotherapie voor kwetsbare ouderen zeker niet anders is. Voor kwetsbare thuiswonende ouderen wordt per

definitie een complexe interventie verwacht. Bovendien is ergotherapie nog niet ten volle geïmplementeerd in de eerste lijn. In een volgende paragraaf wordt daar dieper op in gegaan. Conclusie is dat het nodig is om veel aandacht te besteden aan 'implementatie onderzoek', om evidentie zodanig in de praktijk te brengen dat het beoogde effect kan bereikt worden, terwijl de nieuwe werkvorm, of het nieuwe programma aangepast wordt aan de lokale omstandigheden. Daarvoor dient men – zoals reeds aangehaald - inzicht te verwerven in de barrières en in de faciliterende factoren die de implementatie kunnen hinderen of vergemakkelijken, maar ook in de processen en de betrokkenen. Er bestaan veel modellen en theorieën in het kader van implementatie wetenschappen, die ofwel focussen op processen, determinanten, theorieën, evaluatiemodellen of meerdere elementen te samen. Een recente review identificeerde 15 procesmodellen en 17 frameworks met determinanten, waarvan vier modellen elementen van beiden omvatten (Ine). Vanuit die vier modellen werd hier gekozen voor het 'Consolidated Framework for Implementation Research' (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2009).

Organisatie van ergotherapie in België: onderwijs en tewerkstelling

De opleiding tot ergotherapeut (voorheen arbeidstherapeut) dateert in België van 1959. Het eerste diploma werd in 1962 uitgereikt. Sinds 1996 is de opleiding een driejarige "bachelor" opleiding, zowel in Vlaanderen als in Wallonië. In Vlaanderen zijn er acht hogescholen die de opleiding aanbieden, in Wallonië zeven. Jaarlijks stromen er ongeveer 1000 nieuwe ergotherapeuten uit, 725 in Vlaanderen en 275 in Wallonië. In Vlaanderen is er sinds academiejaar 2010-2011 een masteropleiding die interuniversitair wordt aangeboden. Sindsdien zijn er 188 masters ergotherapie. Dit is in de ons omringende landen anders, zo zijn er landen met vierjarige bachelorsopleidingen, met enkel masters, zowel academische als professionele masters, en zijn er PhD's in de ergotherapie. Dit laatste bestaat in België niet, maar wel PhD in de gezondheidswetenschappen of PhD in de Gerontologie e.d;
Volgens recente cijfers van het FOD zijn er in totaal 12963 erkende ergotherapeuten in België (Licensed to practice); 8019 in het Vlaamse gewest, 2603 in het Waals gewest, en 682 in het Brussels hoofdstedelijk gewest. Van deze ergotherapeuten beschikken er 188 over een masterdiploma ergotherapie, maar een onbekend aantal beschikt bovendien over een ander masterdiploma, zoals master gerontologie, gezondheidsbevordering, gezondheidsbeleid, public health, enz. Van deze ergotherapeuten werken er 88% als werknemer (9362), 3% (313) als zelfstandige, en 9% heeft een gemengd statuut (947).
In Vlaanderen is er één beroepsvereniging die 450 à 500 leden telt, in Wallonië is er eveneens één die tussen de 300 à 400 leden telt, afhankelijk van het jaar. In de schoot van de Vlaamse beroepsvereniging werd een werkgroep 'Ergotherapeutische Dienstverlening aan Huis' (EDITH) opgericht ter ondersteuning van de eerstelijns ergotherapeuten. Ook wordt er recent werk gemaakt van ergotherapie kringen, ter ondersteuning. De Franstalige beroepsvereniging volgt de eerste lijnsprojecten op en suggereert dat er een 20-tal ergotherapeuten actief zijn in deze projecten. Ook daar ontstonden kringen.

Ergotherapie in de Eerste Lijn

Het exact aantal ergotherapeuten dat in de eerste lijn werkt is onbekend. Een rapport van de Council for Occupational Therapy for the European Countries (COTEC) daterend van 2021 maakt gewag van een 600-tal ergotherapeuten die in de eerste lijn zouden werken, maar in dit cijfer zitten ondermeer ook de ergotherapeuten die in de woon zorg centra tewerkgesteld zijn (omdat dit gelijkgesteld is met de plaats waar de persoon woont); Dat cijfer geeft dus niet exact weer hoeveel er precies in de eerste lijn werken en kan dus in twijfel getrokken worden. Tot op heden is België er namelijk nog niet in geslaagd om dit nauwkeurig in kaart te brengen.

Ergotherapie is in België nog niet ten volle ontwikkeld, dit in contrast met evoluties in andere landen. De verschillende onderzoeken in het kader van de herziening van het Koninklijk Besluit 1996 geïnitieerd door Ergotherapie België tonen de noodzaak aan voor ergotherapeuten om toegang te krijgen tot de eerstelijnszorg maar tot op heden is dit duidelijk nog niet het geval. Ook het onderzoeksproject van 2003 tot 2006 van Van de Velde & De Vriendt maakte duidelijk dat de ergotherapeut een zeer jonge discipline is en nog niet erg ingeburgerd is in de Eerste Lijn al werd de ergotherapeut door anderen wel gewaardeerd omdat hij de context van de persoon goed kan vatten, aldus geïnterviewde eerstelijns praktijken. In hetzelfde project werd ook de eerste Vlaamse interventie voor kwetsbare ouderen ontwikkeld en toonde het RCT aan dat de client centred en activiteit georiënteerde interventie positieve effecten had op zelfredzaamheid, pijn en gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit (Van de Velde, 2009; De Vriendt, 2014).

De laatste jaren wordt ergotherapie op verschillende manieren in de eerste lijn geïmplementeerd, in mutualiteiten, thuiszorgwinkels, lokale dienstencentra, diensten voor thuiszorg, ... Verschillende projecten werden gelanceerd (bv het project "Handelingsproblemen van kwetsbare personen thuis verbeteren" gefinancierd door de Koning Boudewijn Stichting). Er werd ook een beperkte nomenclatuur voor ergotherapie ontwikkeld. Ook vestigden zich meer en meer zelfstandige ergotherapeuten. Maar de afwezigheid van een eigen uitgebreide nomenclatuur maakt dat ze financieel niet overleven in het huidige gezondheidssysteem. Ergotherapie in de Eerste Lijn is bijgevolg (nog) geen standaard in België en er bestaan in de praktijk grote verschillen per regio.

Het ontwikkelen van een strategie om de richtlijn Ergotherapie voor kwetsbare ouderen in de Eerste Lijn te implementeren in het voordeel van de kwetsbare oudere persoon en zijn omgeving én rekening houdend met de context van de gezondheidszorg, is cruciaal.

Methodologie

Om te beginnen stellen wij voor om de definitie van richtlijnimplementatie volgens het KCE-verslag 2017 te gebruiken. Implementatie verwijst hier naar "het gebruik van strategieën om de integratie van richtlijnen en andere EBP gerelateerde producten in de praktijk te bevorderen". Dit houdt in dat belemmeringen voor de implementatie moeten worden opgespoord en oplossingen moeten worden voorgesteld om deze te overwinnen." (Adriaenssens et al., 2017, pagina 10). Volgens de auteurs van dit verslag is het concept van implementatie soms moeilijk te onderscheiden van disseminatie wat eerder verwijst naar "de actief gerichte verspreiding van EBP-informatie onder een specifiek publiek" (Adriaenssens et al., 2017, pagina 10). In het kader van dit onderzoek zullen de disseminatie-strategieën deel uitmaken van de analyse en van de aanbevelingen.

Gevolg gevend aan de oproep worden in dit rapport twee onderzoeksvragen beantwoordt. Hiertoe wordt enerzijds het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2009) gebruikt en anderzijds baseren we ons op de sytematische rerview van Lau's over eerstelijns innovatie-management (Lau et al., 2015):

1. Onderzoeksvraag 1 : wat zijn de **belemmeringen en bevorderende factoren** voor een succesvolle implementatie van de richtlijn? Hebben deze factoren betrekking op een van de volgende gebieden
   - op de richtlijn,
   - op de individuen (microniveau):
     - de ergotherapeuten, voorschrijvers van ergotherapie en andere eerstelijnswerkers,
     - op het niveau van de zorggebruiker, zijn of haar naaste verzorger ,
   - op het uitvoeringsproces (bv. planning, uitvoering, reflectie op de uitvoering, aanwezigheid van sleutelpersonen in het proces),
   - op de interne context van de organisatie van de ergotherapie (bijvoorbeeld op meso-professioneel niveau),
   - op de externe context waarin thuiszorg wordt verleend:
     - op meso-organisatorisch niveau,
     - op macroniveau: provinciaal, regionaal, federaal beleid, ...?

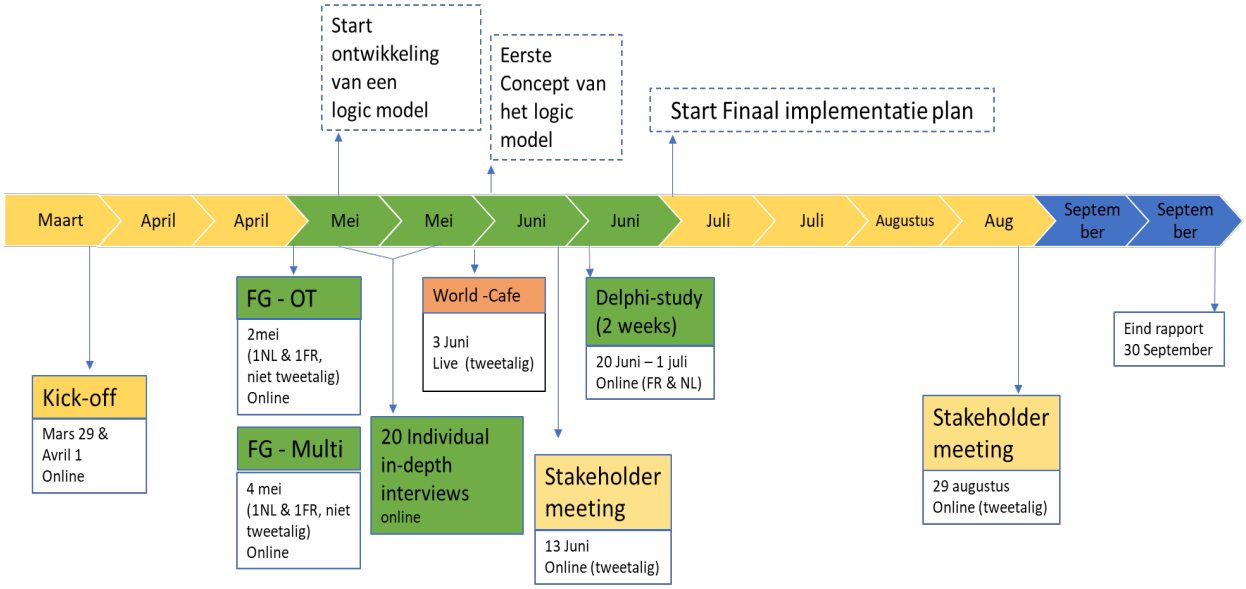
2. **Onderzoeksvraag 2 : welke tools kunnen worden verstrekt om de faciliterende factoren te ondersteunen en de belemmerende factoren te overwinnen?**

Om deze vragen te beantwoorden hebben wij verschillende methoden gebruikt die in figuur 1 zijn weergegeven. Drie grote stappen werden hierin ondernomen :

- **Een grondige analyse van de bevorderende en belemmerdende factoren** nodig voor de implementatie van de richtlijn in de Belgische context (op basis van de antwoorden op vraag 1 en de subvragen),

- **Het opmaken van een 'ontwerp-implementatieplan' (logic model)** en feedback hierop vragen aan de stakeholders (op basis van de antwoorden op vraag 2).
- **Een prioritering opmaken** van de voorgestelde stappen in het implementatieplan.

Belangrijk om mee te geven is dat het onderzoeksteam bij drie op voorhand bepaalde momenten contact heeft gehad met de **stakeholders**[1] om hun feedback te krijgen over het onderzoeksplan en de tussentijdse resultaten. Het onderzoeksteam kwam minstens één keer per maand bijeen, en in de eindfase wekelijks.



Figuur 1. *Grafische voorstelling van de verschillende stappen in het onderzoek.*

[1] De profielen van de deelnemers aan de bijeenkomsten van de stakeholdersmeetings, de interviews, de focusgroepen en het wereldcafé zijn opgenomen in het hoofdstuk Resultaten.

Deel 1: Grondige analyse van de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van de richtlijn in de Belgische eerste lijn, volgens de stakeholders.

Methode: kwalitatief onderzoek met focusgroepen en semi-gestructureerde individuele interviews.

1. **Identificatie van** relevante stakeholders. Deze stakeholders werden de deelnemers aan de focusgroep en de individuele interviews.
   - **Eindgebruikers (de kwetsbare oudere).** De stem van de eindgebruikers was essentieel om belemmeringen en faciliterende factoren te identificeren. De beschikbare tijd liet niet toe een beroep te doen op ouderen in kwetsbare situaties zelf. Daarom hebben we, via de expertise van onze respectieve netwerkpartners (uit vorige onderzoeken en projecten), een beroep gedaan op verenigingen die hen het best kunnen vertegenwoordigen. We hebben hen gevraagd relevante profielen te identificeren, met name via verenigingen van gebruikers en naaste zorgverleners (bv. Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS), Aidants proches VZW en Vlaams Patiëntenplatform (VPP) en de Vlaamse Academie voor de Eerste Lijn, Be.Hive en Belgian Ageing Studies).
   - **Gebruikers**. De gebruikersgroep omvatte een breed scala aan stakeholders. Allereerst is er de groep ergotherapeuten, maar ook collega's van andere eerstelijns-disciplines, waaronder artsen (oa die ergotherapie voorschrijven), kinesitherapeuten, logpedisten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen…. Ook hier hebben wij dezelfde netwerken gebruikt als voor de identificatie van de vertegenwoordigers van de eindgebruikers.
   - **Andere belanghebbenden**. Ten slotte was het van groot belang dat het perspectief van partners zoals de federale en nationale gezondheidsoverheden, de lokale overheden en vertegenwoordigers van universiteiten en hogescholen die verantwoordelijk zijn voor de initiële en voortgezette opleiding van eerstelijnszorgverleners, in aanmerking werd genomen. Wij kozen voor individuele gesprekken. Voor dit deel van de studie hebben wij ook een beroep gedaan op de netwerkpartners zaosl hierboven beschreven.
   - **Gegevensbronnen**: wij hebben **een zo groot mogelijke diversiteit nagestreefd wat betreft** geografische locatie, (voor beroepsbeoefenaars) discipline en wijze van uitoefening van de praktijk (zelfstandig, in een enkele of multiprofessionele groepspraktijk, in loondienst, deel uitmakend van eerdere projecten,…). Wij veronderstelden namelijk dat contextuele factoren op de diverse meso-professionele en meso-organisatorische niveaus een rijk beeld zouden geven van het scala aan bevorderende en belemmerende factoren voor de uitvoering. Bovendien maakte juist de diversiteit van deze lokale praktijkcontexten een kruisbestuiving mogelijk en de nuances die nodig zijn om een lokale realiteit te begrijpen die vaak complex is als gevolg van verschillende visies op de werkelijkheid. De lijst met profielen van belanghebbenden is opgenomen in **bijlage 1**.

- **Focusgroepen of individuele interviews?** De meeste interviews met professionals vonden plaats via focusgroepen, maar omdat sommigen een conflict in hun agenda hadden om de focusgroepen bij te wonen, werden individuele interviews aangeboden. In beide gevallen werd dezelfde interviewgids gebruikt.

2. **De interviewgids** was gebaseerd op een literatuurstudie en de CFIR-constructen. Daarnaast werd de deelnemers gevraagd de conceptversie van de aanbeveling te lezen, die eind maart 2022 ons door de Guideline Development Group werd verstuurd. De interviewgids werd vooraf getest, met name wat betreft de mate van begrip door de deelnemers, en hoefde naar aanleiding van deze voorafgaande test niet te worden aangepast. De interviewgids staat in **bijlage 2**.

3. Analyse

De individuele interviews en focusgroepen werden met instemming van de deelnemers opgenomen en verbatim getranscribeerd. Het verzamelde materiaal werd geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse op basis van de CFIR (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2009) en die van Lau (Lau et al., 2015). Tegelijkertijd werd er ruimte gelaten voor opkomende thema's. De twee eerste auteurs (SDB en AL) codeerden de data afzonderlijk van elkaar en werden uiteindelijk neergeschreven in thema's die werden besproken in wekelijkse vergaderingen met de volledige onderzoeksgroep. De thematische analyse werd uitgevoerd volgens de methode van Boyatzis (1998) (uit Braun & Clarke, 2006; Chapman et al., 2015). Deze auteurs stellen voor om in zes fasen te werk te gaan, waardoor de perceptie van de deelnemers kan worden verdiept (Braun & Clarke, 2006), of het nu gaat om gezondheidswerkers of vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, mantelzorgers of gezondheidsautoriteiten. Deze zes fasen staan in tabel 1.

Tabel 1. *De zes analysestappen volgens Boyatzis et al., 1998 (vrije vertalng)*

Fase		*Beschrijving van het proces*
1	De gegevens leren kennen	Data verbatim uitschrijven, lezen en herlezen, eerste ideeën noteren.
2	Initiële codes genereren	Codering van de interessante kenmerken van de data op een systematische manier, over de hele dataset heen, terwijl voor elke code de relevante data worden verzameld.
3	Thema's zoeken	Bundeling van de de codes in potentiële thema's en verzameling van de relevante data voor elk potentieel thema.
4	Herziening van de thema's	Nagaan of de thema's overeenstemmen met de gecodeerde uittreksels (niveau 1) en de dataset (niveau 2), zodat een thematische kaart van de analyse kan worden gemaakt.

5	De thema's definiëren en benoemen	De analyse voortzetten, de nuances van elk thema en het algemene verhaal van de analyse verfijnen, en tegelijkertijd duidelijke definities en namen voor elk thema genereren.
6	Uitschrijven in een verslag	Relevante en zinvolle uittreksels selecteren, de analyse van de uiteindelijke uittreksels voltooien en deze in verband brengen met de onderzoeksvraag en de literatuur, zodat een wetenschappelijk verslag van de uitgevoerde analyse kan worden opgesteld.

Deel 2 : Identificatie van strategieën om de in deel 1 vastgestelde belemmerende factoren te overwinnen en de bevorderende factoren te ondersteunen.

In deze fase hebben we gebruikt gemaakt van een co-creatieve met de stakeholders en bouwden we verder op de resultaten van het hierboven beschreven deel 1. Het doel was om vanuit deze resultaten strategieën (op basis van onder meer good practices) te genereren om belemmerende factoren te overwinnen en om bevorderende factoren te ondersteunen. Met de feedback van de verschillende stakeholders resulteerde dit in een 360°-beeld van mogelijke strategieën.

Methode : world café (Brown, 2010).

Deze techniek maakt het mogelijk om discussiegroepen te modereren waarbij alle stakeholders betrokken zijn. Hierdoor worden bepaalde voorstellingen van de werkelijkheid gaandeweg verdiept. Door heen en weer te gaan tussen individuele en groepsreflecties wordt een beroep gedaan op zowel individuele als collectieve intelligentie om punten van convergentie en divergentie vast te stellen over mogelijke oplossingen om de implementatie ter faciliteren.

Het Worldcafé vond plaats op 3 juni in de Koning Boudewijnstichting. Er werd gezorgd voor simultaanvertaling om uitwisselingen tussen de taalgroepen tijdens de plenaire zitting mogelijk te maken. Tijdens de tafelsessies werden de deelnemers ingedeeld op basis van hun taal.

Het Wereldcafé bestond uit vier delen.

1. Inleiding in de plenaire vergadering :
a. Het geven van een samenvatting van de bevindingen inzake belemmerende en faciliterende factoren uit deel 1
b. Het presenteren van de belangrijke eerste lijns-domeinen volgens de systematische review van Lau (Lau et al., 2015)
c. Uitleg geven over het World Café-proces
2. Presentatie van de topics die aan de verschillende tafels centraal stonden. Aan de deelnemers werd gevraagd om strategieën te identificeren om de belemmerende factoren tegen te gaan en bevorderende factoren te stimuleren **volgens 1 of 2** CFIR-domeinen

(CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2009). Elke deelnemer kon over elke topic discussiëren gezien hij/zij aan elke tafel zat gedurende het volledige verloop van het worldcafé.

3. Begin van de rondes (per tafel): Elke ronde omvatte 5 minuten inleiding gevolgd door een brainstorm van 20 minuten om mogelijke strategieën te bepalen. In de tweede ronde vatte de moderator samen wat in de vorige ronde werd gepresenteerd, gevolgd door 20 minuten discussie. Aan het einde van elke ronde kreeg de deelnemende stakeholders 5 minuten de tijd om van tafel te wisselen. In totaal werden er drie rondes gehouden.
4. Algemene feedback en plenaire afsluiting. Elke moderator vatte in drie minuten de belangrijkste ideeën van zijn of haar tafel en de drie rondes samen, met behulp van zijn of haar notities. Dit deel werd begeleid door een *visual harvester,* die met een tekening illustreerde wat de deelnemers hadden gezegd. Dit faciliteerde de discussie van de deelnemers, met name doordat zij zich konden uitspreken over de juistheid van de door ons begrepen woorden.

Drie waarnemers hebben tijdens het World Café observatie-aantekeningen gemaakt. Op basis van de tijdens het World Café verzamelde resultaten hebben de onderzoekers de tijdens het World Café vastgestelde strategieën voor uitvoering opgesomd die in deel 3 werden gebruikt als start.

Deel 3. Prioritering en formulering voor het strategisch plan om de uitvoering van de richtlijn te vergemakkelijken.

Methode: Aangepaste Delphi studie: online en in 2 rondes (Humphrey-Murto et al., 2017).

Op basis van deel 2 formuleerden de onderzoekers 40 stellingen (strategieën) die online aan de stakeholders werden voorgelegd. Deze stellingen waren onderverdeeld in 7 gebieden.

Delphi-ronde 1: Voor elke vooraf bepaalde strategie werd de respondenten gevraagd (a) commentaar te geven op de strategie en (b) een keuze te maken voor de volgende twee elementen:

a. hun **ervaren niveau van controle en verantwoordelijkheid met** betrekking tot de voorgestelde strategie ("onder mijn controle en verantwoordelijkheid", "onder mijn controle maar eerder buiten mijn verantwoordelijkheid", "buiten mijn controle").
b. hun **prioriteitsniveau** ("lage prioriteit" (te bereiken binnen 5 jaar), "gemiddelde prioriteit" (te bereiken binnen enkele maanden na de publicatie van de richtlijn), "hoge prioriteit" (te bereiken binnen enkele weken na de publicatie van de richtlijn), "hoogste prioriteit" (te bereiken vóór de publicatie van de richtlijn).

Delphi-ronde 2: dezelfde strategieën als in ronde 1 werden voorgesteld, maar met een enigszins gewijzigde formulering om de leesbaarheid te vergroten (op basis van de opmerkingen uit de eerste ronde. De resultaten van de eerste ronde waren zichtbaar en de deelnemers aan deze tweede ronde werden verzocht zich uit te spreken en alleen opmerkingen te maken over het prioriteitsniveau.

Resultaten

Resultaten uit de kwalitatieve analyses

In totaal namen 74 verschillende personen deel aan kwalitatieve datacollectie.
Hun profiel bevind zich in **Tabel 2,** samen met het type activiteit waaraan ze deelgenomen hebben. De verdeling volgens de taal was gelijklopend.

Tabel 2. *Aantal deelnemers volgens profiel en activiteit*

	Focus group	**Interviews**	**World café**
Ergotherapeuten	11	3	12
Verpleegkundingen	4	1	5
Huisartsen	3	1	3
Kinesitherapeuten	2	1	1
Apothekers	2	2	1
Psychologen	1	0	1
Logopedisten	1	1	0
Ander (zorgcoördinatoren of gelijkaardige)	3	0	2
Vertegenwoordigers - *Patiënten- en mantelzorgersverenigingen,* - *beroepsverenigingen,* - *administratie* - *ziekenfondsen*		7	6
Totaal	27	16	31

Bij het analyseren van de kwalitatieve data werd rekening gehouden met de verschillende componenten van het "Consolidated Framework for Implementation Research" (Damschroder et al., 2021, Kirk et al., 2016). Dit kader onderscheidt vijf pijlers die belangrijk zijn binnen het in kaart brengen van essentiële componenten van een implementatietraject, met name; (1) de kenmerken van de interventie, (2) de context waarbinnen de implementatie zal plaatsvinden, (3) de organisatie, (4) kenmerken van de individuele deelnemers en tenslotte (5) de specifieke elementen gelinkt aan het concrete implementatieproces (Damschroder et al., 2009; Kirk et al., 2016). Op basis van deze theoretische inzichten, in combinatie met een grondige kennis van de data, ten gevolge van het transcriberen, lezen en herlezen van de gegevens uit de interviews, de focusgroepen en het 'worldcafé', werden vier niveaus gedefinieerd waarbinnen de data gestructureerd kunnen weergegeven worden. Deze vier niveaus zijn het microniveau, het mesoniveau, het macroniveau en tenslotte de elementen die rechtstreeks gelinkt kunnen worden aan de ontwikkelde richtlijn.
Het **microniveau** bevat alle elementen die men op individueel niveau kan herkennen, met name in de onmiddellijke omgeving van de client. Verder bevat dit onderdeel ook thema's die men kan linken aan de werking van de individuele zorgverlener. Het is het niveau waar de zorgverlener in interactie gaat met de cliënt. Een voorbeeld hiervan is de kennis van ergotherapeut bij het werken met een specifieke doelgroep of de verwachtingen van de cliënt ten opzichte van de ergotherapeutische behandeling. Het gaat hier effectief over de klinische interventies die plaatsvinden binnen bijvoorbeeld een bepaalde regio (Beard et al., 2012). Het **mesoniveau** legt de focus op de implementatiethema's die men kan herkennen binnen de georganiseerde zorgverleners en zorgvoorzieners. Dit bevat bijvoorbeeld de taakverdeling binnen een multidisciplinaire samenwerking, of het gebruik en uitwisselen van informatie omtrent de cliënt. Op dit niveau kan men de overkoepelende verantwoordelijkheid voor bepaalde 'zorgzones' of 'klinische programma's' aantreffen, waarbij men ondersteuning voorziet aan een

vergelijkbare groep cliënten. Vaak gaat het hier over de werking van een grotere organisatie (vb.: een thuiszorgdienst) (Beard et al., 2012). Verder is er het **macroniveau**; dat de nadruk legt op het overkoepelende 'zorgsysteem'. Hier kunnen we bijvoorbeeld elementen omtrent financiering of wetgeving aanhalen die eveneens een belangrijke rol kunnen spelen binnen de implementatie. Dit niveau bevat het hoogste strategische niveau van het 'systeem', vergelijkbaar met een paraplu die alle sectoren, departementen, voorzieners en medewerkers overkoepelt (Beard et al., 2012). Tenslotte worden binnen het vierde topic, de elementen aangegeven die enerzijds rechtstreeks aan de **ontwikkelde richtlijn** kunnen gelinkt worden. Een voorbeeld hiervan is de perceptie van de participanten met betrekking tot de kwaliteit en de toepasbaarheid van de richtlijn, als bewijs dat de interventie de gewenste resultaten zal opleveren. Of anderzijds overkoepelend zijn voor het micro-, meso of macro-niveau. Een voorbeeld hiervan is de nood aan vorming en scholing.

Tabel 3. Geïdentificeerd thema's bij het analyseren van de data van focusgroepen, interviews en world café, afgeleid uit de domeinen van de CFIR (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2009)

Thema 1: Facilitators en barrières op het microniveau	
Subthema 1.1	De perceptie van de zorgverleners over de toegevoegde waarde van de richtlijn.
Subthema 1.2	Het gebruik van 'Evidence-Based Practice' kan een facilitator zijn bij het implementeren van de richtlijn.
Subthema 1.3	Er is onvoldoende kennis van de sociale kaart.
Subthema 1.4	Concrete samenwerking binnen de effectieve zorgcontext is een facilitator voor de uitrol van de aanbevelingen.
Thema 2: Facilitators en barrières op het mesoniveau	
Subthema 2.1	Perceptie van de toegevoegde waarde van de ergotherapie door andere zorgverleners.
Subthema 2.2	Gebrek aan rolverduidelijking binnen de eerstelijn bemoeilijkt de uitrol van de richtlijn.
Subthema 2.3	Een overzicht van alle eerstelijnsergotherapeuten met hun respectievelijke expertise is nodig.
Subthema 2.4	Ergotherapie op voorschrift.
Thema 3: Facilitators en barrières op het macroniveau	
Subthema 3.1	Er is nood aan duidelijke financieringsvormen voor ergotherapie binnen de eerstelijnszorg.
Subthema 3.2	Is de tijd rijp voor een wijziging binnen het maatschappelijke denken?
Subthema 3.3	Tekort aan communicatie over de lijnen heen.
Subthema 3.4	Gebrek aan 'centraal ingangspunt' voor screening van kwetsbare ouderen.
Subthema 3.5	Er is nood aan het inbedden van de aanbevelingen uit de richtlijn in het ergotherapie-onderwijs en levenslang leren initiatieven.
Subthema 3.6	De ergotherapeut zorgt voor de bewaking van de holistische visie aanpak binnen het zorgteam.
Thema 4: Facilitators en barrières op het niveau van de richtlijn zelf of overkoepelend voor micro-meso- en macroniveau.	
Subthema 4.1	De richtlijn creëert duidelijkheid omtrent de redenen van doorverwijzing naar een eerstelijns-ergotherapeut.
Subthema 4.2	De ontwikkelde richtlijn creëert een nood (en opportuniteit) aan opleidingen en vormingen.
Subthema 4.3	De richtlijn faciliteert het implementeren van zorgdoelen.
Subthema 4.4	Ergotherapie is een relatief nieuw beroep en de richtlijn biedt nieuwe kansen voor samenwerking.
Subthema 4.5	Overlap tussen het ergotherapeutische werkveld en de inhoud van de richtlijn zelf.
Subthema 4.6	De moeilijkheidsgraad van de interventies in de richtlijn en de complexiteit en het aantal vereiste stappen om de interventies uit te voeren.
Subthema 4.7	De rechtstreekse inkanteling van de kennis uit de richtlijn binnen onderwijs en vorming.
Subthema 4.8	De monodisciplinaire insteek van de richtlijn.
Subthema 4.9	De brede uitwerking van de aanbevelingen binnen de richtlijn is een sterkte.

Thema 1: Facilitators en barrières op het microniveau

Subthema 1.1: De perceptie van de zorgverleners over de toegevoegde waarde van de richtlijn.

Deelnemers gaven aan dat het werken op basis van een richtlijn voor de ergotherapeuten een sterke toegevoegd waarde kan hebben. Op deze wijze werkt men automatisch op basis van de beste beschikbare evidentie binnen dit specifieke vakgebied. Tevens worden er ook duidelijke handvaten aangereikt teneinde een uniforme intake, assessment en interventie uit te voeren als ergotherapeut. De richtlijn legt de nadruk op het belang van het werken met de cliënt en zijn naaste omgeving (vb.: mantelzorger), wat een essentie lijkt binnen de ergotherapeutische praktijkvoering. De benadrukking hiervan is dus een pluspunt en dit kwam zowel tot uiting binnen de focusgroepen met ergotherapeuten en andere zorgverleners, als tijdens de individuele interviews.

« La plus-value c'est, par exemple par rapport aux outils qu'on peut utiliser pour l'évaluation, d'avoir le même langage autour de des difficultés qu'une personne peut rencontrer. » (FG, ergo).

Subthema 1.2: Het gebruik van 'Evidence-Based Practice' kan een facilitator zijn bij het implementeren van de richtlijn.

Ergotherapeuten in de praktijk hebben bij het werken met deze specifieke doelgroep nood aan specifieke kennis van interventies (zoals beschreven staan in de richtlijn) maar ook over de onderliggende pathologie en de substraten van het dagelijkse functioneren. Zo is er bijvoorbeeld nood aan specifieke kennis omtrent 'frailty' en 'autorijden', naast tal van andere topics die besproken worden als onderdeel van de aanbevelingen van de richtlijn. Tevens is het lezen van een richtlijn geen evidente klus voor de zorgprofessionals binnen de focusgroepen. Hulpverleners geven aan dat men hier te weinig mee vertrouwd is, vooral bij professionals die sinds langere tijd in de praktijk werken. Tevens is er vaak te weinig tijd beschikbaar binnen de huidige werking.

"Zonder een negatief beeld te geven … maar … ergotherapeuten die afgestudeerd zijn voor 2002 hebben nooit geleerd om echt 'evidence based' te werk te gaan. Dit kan ons wel de mogelijkheid geven om ergotherapeuten te overtuigen om met richtlijnen te werken. We kunnen dit promoten en opleiding geven." (INT, ergotherapeut)

"Evidence based werken moet zeker gepromoot worden onder ergotherapeuten." (FG, ergotherapeut)

Subthema 1.3: Er is onvoldoende kennis van de sociale kaart.

Een doorgedreven en geüpdatete kennis van de buurtnetwerk is een essentieel aspect binnen het werken met de aanbevelingen uit de richtlijn. op heden is de inbedding van de ergotherapeut binnen dit informele en lokale netwerk niet vanzelfsprekend, en ook vaak niet aanwezig. Nood aan toegenomen focus op de lokale samenwerking is bijgevolg aangewezen. Er is nood aan de kennis van de context en de 'skills' om een degelijke analyse van de context te realiseren. Binnen het ergotherapeutische vakgebied kunnen we stellen dat er nood is aan een aliënatie van de verschillende componenten van het betekenisvol handelen. De persoon, de omgeving en de activiteit die men gaat uitvoeren.

"Veel mensen zouden baat hebben bij een ergotherapeut. Wij komen er zelf weinig mee in contact en weten ook niet hoe we moeten doorverwijzen. Misschien kan dit duidelijk worden met deze richtlijn. Preventie is ook heel belangrijk, nu is het vaak al te laat. Op vlak van zelfredzaamheid en autonomie dus zeker een meerwaarde." (FG, MD)

De ergotherapeut moet bijkomende ook deel uitmaken van de 'lokale community' om op een vlotte wijze interventies te kunnen uitvoeren die bijdragen aan het onderhouden van de 'sociale participatie' van de cliënt. Dit is op heden eveneens een moeilijkheid, gezien de link met de 'buurtwerking' moeilijk te realiseren is, en er ook zeker niet binnen elke buurt of lokale regio een ergotherapeut te detecteren valt die voldoende ingebed is in het lokale sociale weefsel.

Tenslotte geven de participanten van het world café aan dat een lokale samenwerking, en het aanspreken van lokale partners die de sociale participatie kunnen bevorderen (bakker, kapper, sportvereniging, sociale dienst van de gemeente,…), een aanbeveling is die zeker gerealiseerd kan worden door onder andere de ergotherapeut.
"Kenbaar maken wat ergotherapeuten doen, good practices, opmaken van de sociale kaart. Ook nadenken over de juiste communicatie." (INT, ergotherapeut)

Subthema 1.4: Concrete samenwerking binnen de effectieve zorgcontext is een facilitator voor de uitrol van de aanbevelingen.

Op het microniveau werd tevens aangegeven dat een samenwerking binnen de concrete zorgcontext in de thuissituatie de mogelijkheid schetst om zaken te bespreken met de partners die er op dat moment aanwezig zijn. Op deze wijze kan de kennis uit de richtlijn bijvoorbeeld met de andere professionals gedeeld worden, en kunnen de noden en wensen van de cliënt eveneens meegenomen worden in het volledige ergotherapeutische proces.
« Moi je suis très souvent en rendez-vous avec des aides familiales, des infirmières, des kinés donc on essaie vraiment de faire des rendez-vous groupés très régulièrement pour pouvoir échanger sur nos pratiques. Surtout avec les aides familiales parce qu'elles sont dans le quotidien des personnes et que nous on agit beaucoup sur le quotidien des personnes. Ce que je remarque c'est ce que ce travail finalement quand on fait des binômes entres professionnels ça porte beaucoup plus ses fruits que quand chacun travaille de son côté. » (FG ergo).

Thema 2: Facilitators en barrières op het mesoniveau

Thema 2.1: Perceptie van de toegevoegde waarde van de ergotherapie door andere zorgverleners.

Uit de focusgroepen blijkt duidelijk dat de ergotherapeut een onlosmakelijke schakel is binnen het eerstelijnsteam omtrent het topic van de ontwikkelde richtlijn. Voor de ergotherapeut biedt dit kansen tot een doorgedreven innovatie van het beroep en de dagelijkse praktijkvoering.
« Pour moi les ergothérapeutes c'est aussi ceux qui savent identifier toutes les capacités restantes et donc partir des besoins des gens pour rester à domicile avec une vie de qualité et donc si ça pouvait être plus mis en évidence que les ergothérapeutes puissent aller à domicile pour identifier ça. » (FG autre F, neuropsy)

Thema 2.2: Gebrek aan rolverduidelijking binnen de eerste lijn bemoeilijkt de uitrol van de richtlijn.

Evenwel treden er ook zaken op die de verdere uitrol van de richtlijn als onderdeel van de eerstelijnszorg kunnen bemoeilijken. Om de aanbevelingen vanuit de richtlijn te kunnen realiseren is er een duidelijke nood aan onderlinge kennis van de taken van de verschillende zorgprofessionals, en op heden kan men niet stellen dat dit al voldoende aanwezig is. Een bijkomend aspect is het verder uitwerken van de 'outreach-mogelijkheden' vanuit tweedelijnscentra. Op heden hebben de ergotherapeut van deze centra specifieke kennis (vb. omgaan met het grensoverschrijdende gedrag van personen met een niet aangeboren hersenletsel in de thuissituatie) die de ergotherapeut in de eerstelijnszorg zeker kan ondersteunen. Helaas is dit mogelijkheid en de samenwerking tussen deze instanties onvoldoende uitgebouwd en gekend. Evenwel ontstaat er door de aanbevelingen van de richtlijn in de praktijk te gebruiken, meer uniformiteit en afstemming, wat op zijn beurt de opvolging en kwaliteit ten goede komt. Verder is er vanuit meerdere settings die ergotherapie binnen de eerstelijnszorg aanbieden geen mogelijkheid tot een frequente opvolging van de cliënten, en is dus een langdurige therapie door een ergotherapeut in de thuissituatie onmogelijk te organiseren. Evenwel moet hierbij de vermelding gemaakt worden dat dit enkel van toepassing is voor de ergotherapeuten die vanuit een organisatie in de eerstelijnszorg tewerkgesteld zijn; volledig onafhankelijke ergotherapeut kunnen deze opvolging wel realiseren.

"Vanuit de 'farmacie' hadden wij een aantal stagedagen waarbij wij andere disciplines mee gevolgd hebben, de ergotherapeut ontbrak daar wel. Het zou nuttig zijn als zij daar ook bij zouden zitten. Je leer hier veel door bij. Dit zou in alle zorgopleidingen moeten zitten. Vanuit de gerontologie heb ik één dag mee gevolgd met een ergotherapeut en dat was een openbaring. Op die manier kan je elkaars expertise leren kennen." (FG, MD)

Thema 2.3: Een overzicht van alle eerstelijns ergotherapeuten met hun respectievelijke expertise is nodig.

Een ander aandachtspunt is de beschikbaarheid van een overzicht van de ergotherapeut werkzaam binnen de eerstelijnszorg met een expertise die aansluit bij de richtlijn. Het is voor andere professionals en cliënten op heden een uitdaging om een ergotherapeut op te sporen in de desbetreffende regio die ook de desbetreffende expertise bezit.

« Il n'y a pas de cadastre dynamique. Ce qui manque dans toutes nos professions c'est un vrai cadastre dynamique qui permet justement de pouvoir trouver la bonne personne au bon endroit et c'est pas normal qu'un médecin traitant perde un temps fou à trouver la bonne personne. » (FG autre, kiné)

Thema 2.4: Ergotherapie op voorschrift.

Verder is er ook de nood aan een voorschrift door een arts voor ergotherapeutische interventies, dat men als een faciliterende, maar ook als een belemmerende factor kan bekijken. Het voorschrift voor ergotherapie is noodzakelijk om in orde te zijn met achterliggende wetgevingen, en de link met het uitvoeren van zelfstandige prestaties als zorgverstrekker. Door het voorschrijven van ergotherapie door een arts (veelal een huisarts (HA) in de eerstelijnszorg), krijgt de HA een zicht op de taken en mogelijkheden van de ergotherapeut, en waar deze kan ingeschakeld worden. Anderzijds kan de nood aan een voorschrift door een arts ook een extra stap binnen het proces zijn, welke in specifieke situaties voor een extra drempel zorgt.

« Moi je crois que les ergothérapeutes auraient besoin de mieux se faire connaître par les autres partenaires autour du patient à commencer par le médecin traitant dans le sens où il est le prescripteur et il peut être prescripteur d'une visite ergothérapeute au domicile pour une mission déterminée et pas seulement pour améliorer son intérieur. » (FG autres, kiné)

Thema 3: Facilitators en barrières op het macroniveau

Thema 3.1: Er is nood aan duidelijke financieringsvormen voor ergotherapie binnen de eerstelijnszorg.

Evenwel is er een nood aan een duidelijke financiële incentive vanuit het gezondheidszorgbeleid indien men wenst dat de aanbevelingen zoals aangegeven in de richtlijn ook effectief in de praktijk ingezet worden. Er is er bijvoorbeeld op heden geen structurele terugbetaling van de ergotherapeutische handelingen binnen de eerstelijnszorg voor deze doelgroep voorzien binnen het budget van het verzekeringscomité van het RIZIV of andere federale en regionale overheidsinstanties. De ondersteuning van ergotherapie binnen de eerste lijn verloopt op heden enkel via tijdelijke projectfinancieringen, en voorziet geen uitzicht op een toekomstbestendige uitrol van ergotherapie zoals beschreven in deze richtlijn. Het ondersteunen van de ergotherapeutische interventies binnen de eerstelijnsgezondheidszorg is een absolute noodzaak om de aanbevelingen die gesteld worden binnen de richtlijn in de praktijk om te zetten. Concreet gaat dit bijvoorbeeld over een mogelijkheid tot het uitwerken van de nomenclatuurprestaties voor zelfstandige ergotherapie aan huis.

"Is het nu de bedoeling dat er hierdoor een terugbetaling kan volgen? Ik denk persoonlijk dat die terugbetaling zeer belangrijk zal zijn als je wilt implementeren. In de apotheek hoor ik vaak dat mensen naar de kiné stappen en niet naar een ergo, op basis van terugbetaling soms." (FG, ergotherapeut)

En tout cas, ce ne sera plus en travaillant dans les soins à domicile. Je devrai trouver un autre au boulot parce que pour l'instant c'est grâce aux prestations qui sont financées que je peux travailler dans les soins à domicile. En plus, j'exerce dans une zone où beaucoup de personnes sont dans la précarité : ils ne payeront pas des prestations à 50 ou 55€ pendant 2h, c'est certain ! Déjà les prestations d'aide familiale à 6€ c'est compliqué. » (FG ergo)

Thema 3.2: Is de tijd rijp voor een wijziging binnen het maatschappelijke denken?

Anderzijds stelden de deelnemers de vraag of 'de tijd rijp is' dat de overheid (en de daaraan gekoppelde financieringsmodaliteiten) klaar is om volop in te zetten op een thema als 'sociale participatie'? Verder kan men ook melding maken van het concept 'ageism', waarbij er nood is aan een wijziging binnen het maatschappelijk denken ten opzichte van kwetsbare ouderen. Verder ligt er ook een hindernis bij de beoogde cliëntenpopulatie. Ook zij hebben nood een extra duwtje in de rug om aan de ergotherapeutische interventies deel te nemen.

"Als je mij de vraag stelt of ons gezondheidszorgsysteem klaar is voor sociale participatie? Dan denk ik nee. Zolang 'fee for service blijft bestaan is dat de foute incentive. We moeten gaan naar 'value' creëren. (…) Als we natuurlijk altijd wachten op de overheid gaat er niets veranderen. Daarom moeten we eerst bij onszelf starten, hoe klein ons project ook is." (FG, MD)

Thema 3.3: Tekort aan communicatie over de lijnen heen.

Er is te weinig overleg tussen de 1e lijn en de 2e lijn, wat voor moeilijkheden kan zorgen bij het werken met deze specifieke populatie en de uitwisseling van informatie. Het werd voorheen ook al vermeld, maar ook hier komt de urgente nood aan een duidelijk digitaal overzicht van de eerstelijnsergotherapeuten, hun expertise en de regio waar men tewerkgesteld is, aan bod. Op deze wijze kunnen contacteren vlot gelegd worden, en kunnen samenwerkingen gefaciliteerd worden.

Verder lijkt het ook aangewezen om zorgcentra te informeren omtrent de inhoud van de richtlijn, gezien zij ook partner zijn binnen het beoogde zorgtraject van de beoogde personen.

"Een duidelijke samenwerken tussen de professionals binnen en over de lijnen heen kan de uitrol zeker faciliteren. Een centraal communicatiepunt is tevens ook aangewezen." (FG, MD)

« Je trouve qu'il y a quand même un manque de communication malheureusement assez important au niveau de la première ligne. Avec les médecins ça va maintenant, c'est vraiment cet outil qu'il faudrait essayer de développer soit via le réseau santé wallon ou d'autres plateformes pour que tout le monde ait la bonne information pour la prise en charge de patients. » (FG autres,infi)

Er is een duidelijke 'gap' tussen de eerstelijnszorg en de zorg die aangeboden wordt in de gespecialiseerde centra. Deelnemers gaven aan dat het vaak voorkomt dat een cliënt ontslaan werd uit het ziekenhuis, en dat er geen of onvoldoende opvolging is van de elementen die binnen de richtlijn aan bod komen binnen de thuissituatie. Een tekort en onbekendheid (gebrek aan overzichtskaart) van ergotherapeut met een specifieke expertise in het werken binnen het terrein van de aanbevelingen uit de richtlijn is een groot struikelblok binnen de inschakeling van de ergotherapeut. Tenslotte is er een te beperkte samenwerking tussen de verschillende dienstverleners (vb: lokale dienstencentra, mutualiteiten, ziekenhuis, CAW, apotheek,…) betrokken binnen de zorg- en ondersteuning voor de thuiswonende kwetsbare oudere persoon die beoogt wordt binnen deze richtlijn.

"De overdracht van gezondheidsgegevens van patiënten met andere beroepsbeoefenaars is problematisch, aangezien velen gebruik maken van een papieren overdracht, wanneer elektronische dossiers worden gebruikt, zijn deze niet interoperabel met de patiëntendossiers van andere beroepsbeoefenaars." (INT, ergotherapeut)

Thema 3.4: Gebrek aan 'centraal ingangspunt' voor screening van kwetsbare ouderen.

Verder werd binnen het 'worldcafé' ook aangegeven dat het gebrek aan een centraal ingangspunt voor de 'screening' van kwetsbare ouderen, moeilijkheden kan veroorzaken binnen de doorverwijzing van de cliënt met de specifieke hulpvraag naar de ergotherapeut. Er werd een pleidooi gevoerd om voor een centraal aanspreekpunt te opteren.

« Plus largement, moi je pense qu'il faudrait un guichet d'entrée unique sur un territoire déterminé pour pouvoir trouver les professionnels sur sa région, parfois ça a pris la tournure de réseau multidisciplinaire local etc. mais il faut un point d'entrée pratique et pragmatique pour la personne sur son territoire. Ca doit être organisé sur une base territoriale et que les gens puissent s'y retrouver. » (FG autres, MG)

Thema 3.5: Er is nood aan het inbedden van de aanbevelingen uit de richtlijn in het ergotherapie-onderwijs en levenslang leren initiatieven.

Op het macroniveau indiceerden de participanten eveneens elementen die de uitrol van de richtlijn in de praktijk kunnen faciliteren. Zo is er bijvoorbeeld nood aan het inbedden van de aanbevelingen van de richtlijn in het ergotherapie-onderwijs. Evenwel werd ook door de deelnemers opgemerkt dat studenten een beperkte interesse hebben in het werken met deze bijzondere doelgroep. Verder werd binnen de individuele interviews ook melding gemaakt van het maken van een mogelijke link met de assessments met de BELRAI. De eerstelijnskringen kunnen ook een belangrijke rol spelen in dit verhaal. En om de uitrol van de kennis binnen de richtlijn een 'quickstart' te kunnen geven, is er nood aan het identificeren van de 'early adopters' bij het uitrollen van de aanbevelingen van de richtlijn.

« Je pense que quelque chose qui pourrait être envisagé c'est dans les écoles. S'ils pouvaient au moins commencer à aborder le sujet des autres praticiens, expliquer qui fait quoi mais pas seulement l'ergo on pourrait mettre la logopédie… Il y a des cercles infirmiers aussi qui sont en train de se créer un peu partout, on ne parle que des cercles de médecine générale mais les cercles d'infirmiers c'est aussi une porte d'entrée pour des informations sur les autres praticiens. » (FG autres, infi)

Het inschakelen van de ergotherapieopleidingen binnen het Vlaamse en Franstalige landschap is essentieel. Eveneens andere opleidingen zijn zinvol om te informeren, dit gezien de structurele samenwerking in de dagelijkse praktijk en de nood om de krijtlijnen van elkaars rollen te kunnen identificeren. Verder is er de betrokkenheid van de ergotherapeutische beroepsverenigingen binnen de ontwikkeling, welke ongetwijfeld verdergezet moet worden binnen het implementatietraject. Tenslotte kunnen andere beroepsverenigingen eveneens ondersteunen in de uitrol.

« Au niveau des soins à domicile, il n'y a rien à faire, ce n'est pas vraiment abordé dans la formation initiale. […]dans la formation de base il y aurait moyen d'améliorer un petit peu certains points et de développer vraiment le sujet : l'ergothérapie est vraiment proche des personnes et donc est vraiment proche du domicile, même si on travaille dans un centre de revalidation, le but c'est quand même que les personnes rentrent à domicile. Je pense que le sujet devrait être au vraiment beaucoup plus abordé. » (FG ergo, 4)

Thema 3.6: De ergotherapeut zorgt voor de bewaking van de holistische visie aanpak binnen het zorgteam.

Tenslotte is er op macro niveau nog een essentiële aanbeveling te maken; met name de stelling dat indien er geen ergotherapeut binnen het zorgteam betrokken is, er essentiële zaken binnen de holistische kijk over het hoofd gezien worden. De conclusie is hier dat er nood is aan een structurele inbedding van de ergotherapeut binnen de eerstelijnswerking.

« Voilà je trouve que l'ergothérapeute vraiment est moins cloisonné dans sa prise en charge que d'autres professionnels, […]. Le médecin généraliste devrait avoir cette vision holistique mais il ne vient pas toujours au domicile et la personne, quand le médecin généraliste arrive, a une autre attitude que quand c'est la gentille ergo qui passe. Là, elle est plus détendue et on est plus dans la situation réelle. » (FG ergo Fr)

Thema 4: Facilitators en barrières op het niveau van de richtlijn zelf of overkoepelend voor micro- meso- en macroniveau.

Subthema 4.1: De richtlijn creëert duidelijkheid omtrent de redenen van doorverwijzing naar een eerstelijns ergotherapeut.

Participanten geven aan dat de richtlijn ervoor zorgt dat professionals binnen de eerstelijnszorg kunnen identificeren om welke redenen iemand naar een ergotherapeut kan doorverwijzen. Verder kan deze richtlijn ondersteunen in het uitwerken van bredere samenwerkingsverbanden op het terrein (vb: OCMW, apotheek, neuroloog, transport, ...). Verder is er een duidelijke indicatie dat de huisarts aan actieve partner is, en actief vraag naar een samenwerking met de ergotherapeut. De positieve feedback van deze voorvechter, kan een verdere uitrol faciliteren. Hiermee hangt onlosmakelijk ook de toenemende vraag en nood aan een heldere en communicatie en de nood tot samenwerking binnen het formele en informele eerstelijnsnetwerk.

"Als ik dit lees als logopedist geeft mij dit een houvast om te weten wat binnen de expertise valt van de ergotherapeut. Op die manier kan ik aan de juiste persoon advies vragen. Het geeft visibiliteit aan de acties die een ergotherapeut doet bij deze doelgroep." (FG, MD)

"De huisartsen zullen niet al de patiënten kunnen opvolgen met een geriatrisch assessment, dus op zich is wel goed als ergotherapeuten dit kunnen doen." (FG, MD)

Subthema 4.2: De ontwikkelde richtlijn creëert een nood (en opportuniteit) aan opleidingen en vormingen.

De deelnemers van de focusgroep geven duidelijk aan dat de ontwikkelde richtlijn mogelijkheden creëert tot het organiseren van vormingen en opleidingen; en dat dit ook aangewezen is om duidelijk aan te geven wat de beste mogelijke ergotherapeut aanpak is bij het werken met deze doelgroep. Een opleiding kan enerzijds aan ergotherapeuten aangeboden worden die tewerkgesteld zijn binnen de eerstelijnszorg; maar kan ook binnen organisaties aangeboden worden, al dan niet aan ergotherapeuten en/of andere zorgprofessionals. Het organiseren van een symposium om de richtlijn voor te stellen aan een breed publiek lijkt een belangrijke ondersteunen de factor die uit de gesprekken naar voor komt. In navolging hiervan lijkt het ook aangewezen om korte vormingen te voorzien, eventueel in combinatie met de organisatie van een helpdesk; als een vorm van voortschrijdende intervisie. Grote organisaties (zoals de belangrijkste beroepsverenigingen binnen de eerstelijnszorg) kunnen zeker ook betrokken worden in het verhaal van de uitrol, en indien deze organisaties de aanbevelingen binnen hun werking kunnen implementeren, is er ineens een breed draagvlak aanwezig voor de aanbevelingen uit de richtlijn. De bevraagden geven aan dat er nood is om de bevindingen in te bedden in de bestaande opleidingen ergotherapie in België, op deze wijze kunnen startende professionals ineens een duidelijk beeld verkrijgen van de specificiteit van het ergotherapeutische werkveld. Verder zijn er ook kansen voor 'geroutineerde' professionals, waarbij de richtlijn voor deze specifieke groep een update van hun kennis kan betekenen.

« Pour utiliser ces tests, ça demande d'avoir la connaissance de ces tests, d'être peut-être formé à ces tests voilà ça fait longtemps que je suis sortie de l'école je ne suis plus à jour entre guillemets par rapport à tous ces tests-là donc la formation continue est très importante par rapport à tout ça. » (FG ergo)

Subthema 4.3: De richtlijn faciliteert het implementeren van zorgdoelen.

Tenslotte zorgen de aanbevelingen binnen de richtlijn voor het duidelijke opstellen van doelstellingen binnen de multidisciplinaire werking, en is er als gevolg hiervan ook de mogelijkheid om deze op een duidelijke wijze onder de verschillende teamleden te verdelen.

Subthema 4.4: Ergotherapie is een relatief nieuw beroep en de richtlijn biedt nieuwe kansen voor samenwerking.

De ergotherapeut is op heden te weinig zichtbaar binnen de eerstelijnszorg terwijl de richtlijn kansen biedt op het vlak van promotie van de ergotherapeut binnen deze specifieke setting. Tenslotte biedt het gebruik van de richtlijn kansen om samen te werken onder ergotherapeut en met andere disciplines teneinde gedeelde zorgdoelen na te streven en globale, holistische aanpak te implementeren. Bijkomend is er nood aan intervisie tussen de ergotherapeut en de andere zorgverleners. Op heden is dit onvoldoende bestaand, en kan dit dus de uitrol van de richtlijn hinderen.

"Er zijn veel mogelijkheden om samen te werken; enkele voorbeelden; samenwerking na het ontslag van een persoon uit de residentiële zorg, samenwerken met lokale dienstencentra, samenwerken met woonzorgcentra, samenwerken met CAW's, (…), samenwerken met beroepsverenigingen voor huisartsen,…" (INT, ergotherapeut)

Subthema 4.5: Overlap tussen het ergotherapeutische werkveld en de inhoud van de richtlijn zelf.

Resultaten uit de individuele interviews geven aan dat er een overlap is binnen de beschrijving en het identificeren van de klinische vragen en het ergotherapeutische werkveld. Als gevolg hiervan is er een sterke binding tussen de onderwerpen die aangehaald werden binnen de richtlijn en de werking van de ergotherapeut binnen de 1e lijn. Dit is overduidelijk een sterk faciliterende factor voor de uitrol van de richtlijn.

Subthema 4.6: De moeilijkheidsgraad van de interventies in de richtlijn en de complexiteit en het aantal vereiste stappen om de interventies uit te voeren.

Eerst en vooral gaven de deelnemers aan dat het feit dat de richtlijn uitgewerkt werd op verschillende niveaus, voor moeilijkheden kan zorgen bij de implementatie. Zo werden er aanbevelingen gedaan op individueel niveau, maar eveneens ook op organisatorisch niveau. Verder is er ook nood aan het gedetailleerde uitwerken van de inhoud van de aanbevelingen en interventies die aangereikt worden, teneinde een correcte praktijkvoering te kunnen uitrollen.

Subthema 4.7: De rechtstreekse inkanteling van de kennis uit de richtlijn binnen onderwijs en vorming.

De ontwikkelde richtlijn zorgt er voor dat de beste aanpak voor deze doelgroep op een gestructureerde wijze weergegeven werd, en dat deze bijgevolg onmiddellijk kan ingekanteld worden binnen de relevante bachelor- en masteropleidingen (ergotherapie, maar evengoed ook andere zorgprofessionals).

Subthema 4.8: De monodisciplinaire insteek van de richtlijn.

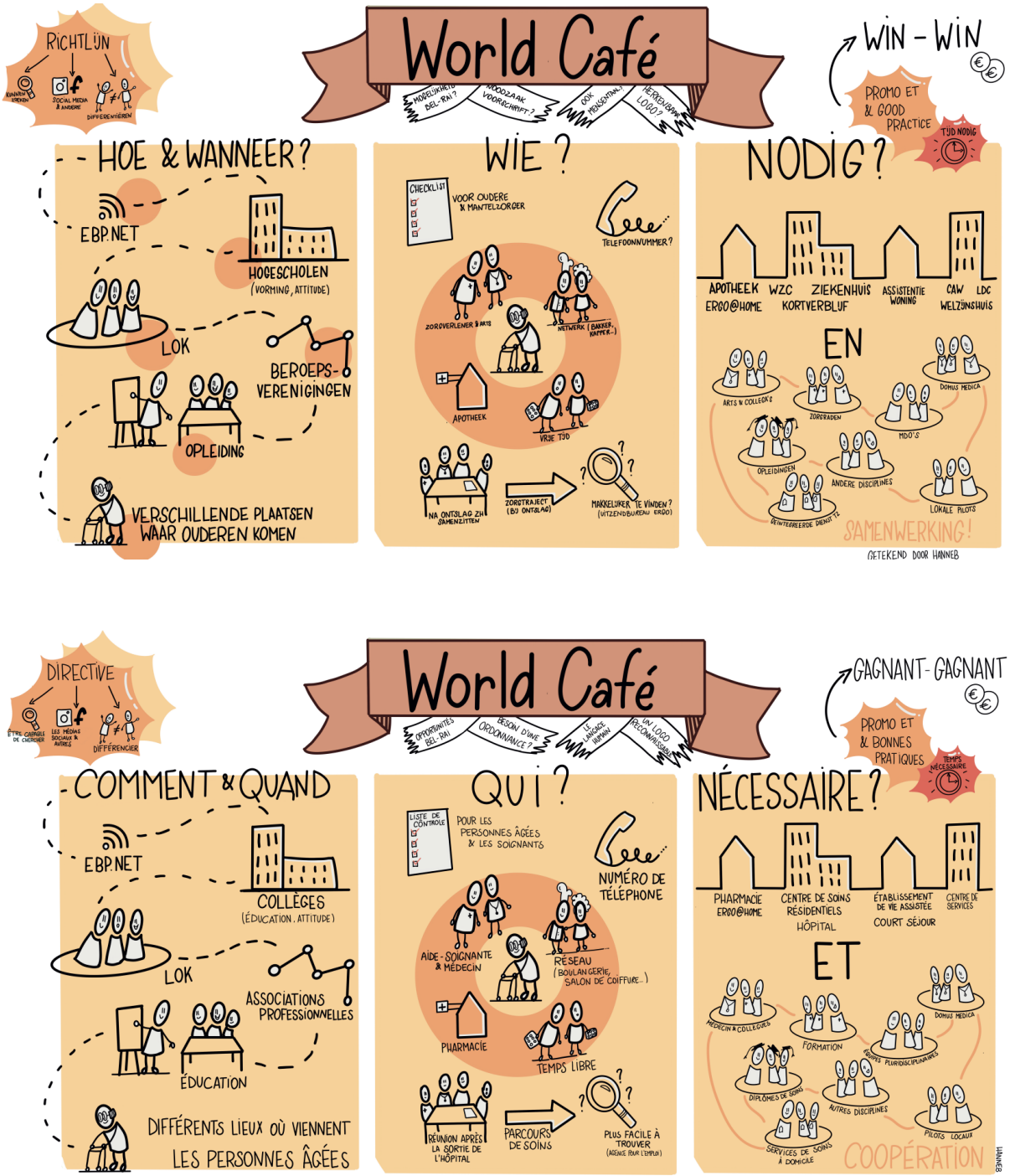
Bijkomend werd ook aangegeven dat de interdisciplinaire dimensie te weinig toegelicht werd binnen de richtlijn, en dat het ontwikkelen van een monodisciplinaire richtlijn een gemiste kans is om ook ineens de brede multidisciplinaire aanpak te beschrijven. Verder worden binnen de richtlijn tevens een aantal aanbevelingen aangehaald (assessments en groepsactiviteiten) die niet geheel toepasbaar zijn binnen alle thuiszorgsettings. Tenslotte blijkt, volgens de participanten van de focusgroepen, interviews en world café, de leesbaarheid van de richtlijn zoals deze op heden uitgewerkt werd is onvoldoende, en is het geen evidentie om deze op een vlotte wijze door te nemen.

"De richtlijn is vanuit de ergotherapie opgesteld maar we moeten opletten dat we niet te monodisciplinair gaan werken. Ik ben van mening dat we geen richtlijn apart moeten opstellen maar wel samen (samen met andere zorgverleners) een richtlijn moeten opstellen. Zowel in de ziekenhuizen als in de eerste lijn." (FG, MD)

" Quand j'ai parcouru le document, le guide, je me suis dit que c'était fort traduit littéralement du flamand, ce n'est pas du français !" (FG, ergotherapeut)
Er is tevens nood om, naast de uitgebreide beschrijving, tevens te voorzien in een 'point of care' samenvatting, die eenvoudiger als startpunt kan gehanteerd worden.

Subthema 4.9: De brede uitwerking van de aanbevelingen binnen de richtlijn is een sterkte.
Tenslotte gaven de deelnemers ook nog enkele bedenkingen met betrekking tot de richtlijn mee. Zo is het volgens hen bijzonder interessant dat er vanuit een brede kijk vertrokken werd bij de uitwerken van de aanbevelingen (welzijn, gezondheid en veerkracht). Verder stellen de deelnemers zich de vraag of rijgeschiktheid moet opgenomen worden binnen deze richtlijn.
Na de identificatie van barrières en facilitators, heeft de onderzoeksgroep deze resultaten voorgesteld tijdens een world café in een logic model, op 3 juni 2022. Het resultaat van de discussies gevoerd tijdens de world café werden door een visual harvester voorgesteld en zijn voorgesteld in **Figuur 2.**

Figuur 2: resultaat visual harvesting.



Resultaten van de Delphi-studie

De Delphi-studie werd uitgevoerd in twee rondes, de eerste eind juni 2022 en de tweede in juli 2022.

De eerste ronde van de Delphi-studie

Voor de eerste ronde van de Delphi reageerden 13 mensen uit het Franstalige gewest, 8 uit het Nederlandstalige gebied. Van de Franstalige respondenten waren er 7 ergotherapeuten, geen enkele potentiële voorschrijver, de laatste 6 vertegenwoordigden ofwel eindgebruikers ofwel andere eerstelijnsberoepen. Onder de Nederlandstalige respondenten waren er 6 ergotherapeuten, geen enkele was potentieel voorschrijver en de laatste 2 vertegenwoordigden eindgebruikers of andere eerstelijnsberoepen.

De voorstellen die als basis dienden voor de eerste Delphi werden onderverdeeld in zeven thema's, die verder werden onderverdeeld (de volledige lijst kan men terugvinden in bijlage 3):

1. Strategieën op het niveau van de cliënt en zijn mantelzorger
2. Strategieën op niveau van de individuele zorgverstrekker
3. Strategieën op mesoniveau (voor zorgverleners en tussen zorgverleners en organisaties)
4. Strategieën op macroniveau (overheid en beleid, ...)
5. De richtlijn zelf
6. Passende financiële prikkels voor detectie, doorverwijzing, doelbepaling en interventie
7. Kennis en gebruik van EBP (binnen de context van de eerstelijn)

De gebruikte items waren identiek voor beide taalgroepen, met twee uitzonderingen:

- Het volgende voorstel was aanwezig in de twee Vlaamse rondes, maar gezien het ontbreken van "eerstelijnszones" in Wallonië en Brussel was het niet relevant om het op te nemen in de vragenlijsten voor de Franstaligen: 4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..).
-
- Ook voorstel 4.3 verschilde: in de Nederlandse versie 4.3.1 waren twee items aanwezig. 4.3.1. Innovatieve financiële regelingen voor de vergoeding van ergotherapie en door ergotherapeuten aanbevolen interventies en materialen uitproberen en evalueren. Ontwerpen, uitvoeren en evalueren van "proeftuinen" om forfaitaire systemen voor de financiering van ergotherapie te testen. Hierin kan de tijd worden opgenomen die nodig is om de activiteiten te coördineren die nodig zijn om een zorgplan te ontwikkelen op basis van een onderhandelde en gedeelde beslissing. Terwijl alleen 4.3.2 in de Franse versie stond (onder het nummer 4.3.1).

Resultaten van alle respondenten

In de eerste ronde werd de deelnemers gevraagd zich te positioneren met betrekking tot hun niveau van controle en verantwoordelijkheid voor elke strategie, alsook met betrekking tot het niveau van prioriteit dat ze eraan toekennen.
De prioriteitsniveaus werden bepaald door de gemiddelde scores van de resultaten te bekijken. Volgende drempelwaarden werden gebruikt om de prioriteitsniveaus te bepalen, die als basis voor de tweede Delphi ronden dienen. Onderstaand een overzicht:

- Lager dan 2 → laag prioriteitsniveau
- Tussen 2 en 3 → middelmatig prioriteitsniveau
- Hoger dan 3 → hoog prioriteitsniveau

De prioriteitsniveaus werden als volgt gedefinieerd:

- "Lage prioriteit": te bereiken binnen 5 jaar.
- "Gemiddelde prioriteit: te bereiken binnen enkele maanden na de publicatie van de richtlijn.
- "Hoge prioriteit": te bereiken binnen enkele weken na de publicatie van de richtlijn.
- "Maximale prioriteit": te bereiken vóór de publicatie van de richtlijn.

Uit deze berekening van de prioriteitsniveaus blijkt dat 7 elementen als "hoge" prioriteit, 30 als "gemiddelde" prioriteit en 2 als "lage" prioriteit zijn gerangschikt. Er werd geen maximale prioriteit toegekend aan een item. Dit kan verrassend lijken aangezien 4 elementen (4.2) betrekking hadden op de richtlijn zelf en er nog wijzigingen kunnen worden aangebracht (aangezien deze nog niet zijn gepubliceerd). In bijlage vier kan men de berekening van de prioriteitenscores voor elk item terugvinden.

De 7 hoge prioriteiten worden toegekend aan de volgende items:

- 1. Strategieën op niveau van de cliënt en zijn mantelzorger
    - 1.1. Gebruik technieken van motiverende gespreksvoering in interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger om de meerwaarde van de interventie toe te lichten, zoals aanbevolen in de richtlijn.
    - 1.2. Tijdens de interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger moet het bewustzijn worden gecreëerd dat het belangrijk is de interventie op te starten op het moment dat frailty wordt vastgesteld (en niet te wachten tot de cliënt is opgenomen in bijvoorbeeld een ziekenhuis).
- 2 : Strategie op het niveau van de individuele zorgverleners
    - 2.1. Een praktijkgerichte opleiding volgen om de competenties te verhogen om als ergotherapeut in de eerstelijnszorg te werken, meer bepaald op het vlak van evaluatie en interventie van kwetsbaarheid (interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken...).
- 3 : Strategie op mesoniveau (voor zorgverleners en tussen zorgverleners en organisaties)
    - 3.1.2. Verstrekken van opleiding voor het gebruik van deze elektronische (para)medische dossiers.
    - 3.2.4. Een workflow tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis creëren om samenwerking rond de persoon met een zorgnood na ontslag uit het ziekenhuis te verzekeren.
- 4 : Strategie op macroniveau
    - 4.1.3 Voorzie een samenvatting van de belangrijkste bevindingen (voorzien in een point of care – POC – samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen) met als doel de toepasbaarheid in de praktijk te verhogen.

- 5 : Communicatie over de richtlijn
    - 5.3 Opnemen van de richtlijn binnen bestaande ergotherapiecurricula en in ergotherapieopleidingen waarvan het onderwerp 'frailty' deel uitmaakt. Bijvoorbeeld de opleiding tot huisarts, verpleegkunde, maatschappelijk werk, gerontologie, etc.

Voor alle onderwerpen, met uitzondering van de onderwerpen 6 (financiële incentives) en 7 (Initieel en levenslang leren met betrekking tot EBP), zijn er dus aandachtspunten binnen enkele weken na de bekendmaking van de richtlijn:

- Op microniveau ligt de nadruk op het informeren van de persoon en zijn mantelzorger.
- Op mesoniveau worden opleiding en communicatie voor optimaal multidisciplinair en interdisciplinair werk bevorderd, evenals het belang van opleiding (voor iedereen) in de bijzonderheden voor de eerstelijn.
- Op macroniveau betreffen de aandachtspunten enerzijds de toegankelijkheid van de richtlijn als POC informatie en anderzijds de integratie van de richtlijn in de opleiding.
- De vraag hoe ergotherapie wordt gefinancierd bij het werken met een kwetsbare oudere persoon is hier niet opgenomen, hoewel dit ongetwijfeld belangrijk is, aangezien de respondenten zich ervan bewust zijn dat het meer dan een paar weken duurt om de situatie te verhelpen, zoals zowel in de focusgroepen als in de individuele interviews werd vermeld.

Er werd een lage prioriteit gegeven aan 4.2.4 en 4.2.5, betreffende de communicatiestrategieën. Deze werden door de respondenten niet als prioriteit beschouwd. Dit kan als een verrassing overkomen indien we dit naast de resultaten uit de focusgroepen en interviews plaatsen, waaruit bleek dat de eerstelijnsprofessionals onvoldoende bekend zijn met ergotherapie.

Alle andere voorstellen hebben een gemiddelde prioriteit gekregen, d.w.z. zij moeten binnen enkele maanden na de publicatie van het richtlijn voltooid zijn. Na de bekendmaking van de richtlijn zou dus snel een groot aantal acties worden ondernomen op micro-, meso- en macroniveau.

Resultaten per type respondent (per beroep)

Als de resultaten worden geïnterpreteerd in relatie tot het type professional: ergo (n = 13) - niet-ergo (n = 8), zijn de prioriteitsniveaus als volgt verdeeld (Zie **bijlage 5** voor een overzicht van alle topics)

Aantal topics	**Ergo versus niet-ergo per prioriteitsniveau**	
20/39	=	Ergo en niet ergo heel dicht bij elkaar
5/39	Ergo >	Maximale prioriteit voor ergotherapeuten
2/39	Ergo > hoog	Hoge prioriteit voor ergotherapeuten
12/39	Ergo < laag	Lage prioriteit voor ergotherapeuten

- Van de 39 topics kunnen er 20 worden beschouwd als voorstellen met een vergelijkbare prioriteit voor alle professionals, dus voor een meerderheid.

- De 2 voorstellen die voor ergotherapeuten een maximale hogere prioriteit hebben zijn:
    - 2.4 Deelnemen aan een lerend netwerk van ergotherapeuten. Verenigen van ergotherapeuten binnen kenniskringen of lokale overleggroepen.
    - 4.3.1. Het ontwerpen, uitvoeren en evalueren van proeftuinen om proefprojecten en het testen van systemen voor de financiering van ergotherapie-interventies mogelijk te maken. Hierin kan de tijd worden opgenomen die nodig is om de activiteiten te coördineren die nodig zijn om een zorgplan te ontwikkelen op basis van een onderhandelde en gedeelde beslissing.

Deze resultaten wijzen op een noodzaak voor ergotherapeuten betreffende:

- Mesoniveau, netwerken en samenwerken met andere ergotherapeuten in de eerstelijnszones. Zijn er voldoende ergotherapeuten binnen de eerstelijn tewerkgesteld? Gebrek aan een locatie voor ergotherapeuten om informatie uit te wisselen.
- Op macroniveau, de financiering van een ergotherapeut in de eerstelijn.

- 5 voorstellen werden door ergotherapeuten als een hogere prioriteit beschouwd in vergelijking met andere professionals:
    - 1.1. Tijdens de interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger dienen technieken van motiverende gespreksvoering te worden gebruikt om de meerwaarde van de in de evaluatie aanbevolen interventie toe te lichten, zoals aanbevolen in de richtlijn.
    - 2.1. Een praktijkgerichte opleiding volgen om de competenties te verhogen om als ergotherapeut in de eerstelijnszorg te werken, meer bepaald op het vlak van evaluatie en interventie van kwetsbaarheid (interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken...).
    - 4.4.1. Het inschakelen van de principes van GOC is het eindpunt van elke e-learning- en LLL-module voor ergotherapeuten en eerstelijnszorgverstrekkers.
    - 4.4.2. Instrumenten aanreiken om de levensdoelen van fraile personen te identificeren; en deze vervolgens ter beschikking te stellen voor ergotherapeuten die in de eerstelijnszorg werken en voor elke zorgverstrekker die met deze populatie werkt.
    - 5.1 Zorg voor een algemeen communicatieplan over het bestaan van de richtlijn via beroepsorganisaties (van de verschillende beroepsgroepen) en via sociale media.

Dit weerspiegelt de specifieke focus van ergotherapeuten en houdt verband met de opleiding:

- Op microniveau: de persoon en zijn/haar omgeving informeren om toestemming voor de interventie te verkrijgen (cliëntgerichte ondersteuning)
- Op mesoniveau: het belang van permanente vorming en empirisch onderbouwde praktijken; aangevuld met de persoon als essentiële actor in het ondersteuningsproces zoals ook besproken door de specifieke ergotherapeutische praktijkmodellen.
- Op macroniveau: de noodzaak om het bestaan van de ergotherapierichtlijn bekend te maken. Een waargenomen gebrek aan kennis - erkenning (door ergotherapeuten) van evidence-based practice bronnen en van ergotherapie (door andere eerstelijnswerkers) werd regelmatig genoemd, vooral tijdens de focusgroepen en individuele interviews.

- Geen van de voorstellen werd geacht een veel hogere prioriteit te hebben voor andere beroepsbeoefenaren dan voor ergotherapeuten.
- Ten slotte zijn de 12 topics die door andere professionals belangrijker worden geacht dan door ergotherapeuten
    - 1.3. De identiteit en de rol van elke zorgverlener moeten worden uitgelegd en opgeschreven in een document en in een taal die gemakkelijk toegankelijk is voor de cliënt en zijn of haar mantelzorger.
    - 3.1.2. Voorzien van rapportage-afspraken om ergotherapeutische informatie te verstrekken aan andere zorgverleners.
    - 3.2.4 Een workflow tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis creëren om samenwerking rond de persoon met een zorgnood na ontslag uit het ziekenhuis te verzekeren.
    - 3.3.1. Maak een inventaris op (updaten indien het reeds bestaat) van de ergotherapeuten die werkzaam zijn binnen de eerstelijnszorg. (Specifieer hun profiel en / of specialisatie).
    - 3.3.2. Maak een inventaris op (of voorzie een update) van de aanbieders binnen de eerstelijnszorg, met inbegrip van hun profiel en specialisatie.
    - 4.1.1 Het niveau van bewijs, het niveau van aanbevelingen en referentielijst toevoegen aan de opgemaakte richtlijn.
    - 4.1.3 Voorzie een samenvatting van de belangrijkste bevindingen (voorzien in een point of care – POC – samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen) met als doel de toepasbaarheid in de praktijk te verhogen.
    - 4.1.4 Zorg voor een eenvoudig toegankelijke (lekenversie) van de BGP op via een klassiek (papier) of elektronisch kanaal.
    - 4.3.1. Proefprojecten en evaluatie van innovatieve financiële modaliteiten voor de vergoeding van ergotherapie en door ergotherapeuten aanbevolen interventies en materialen.
    - 5.3 Opnemen van de richtlijn binnen bestaande ergotherapiecurricula en in ergotherapieopleidingen waarvan het onderwerp 'frailty' deel uitmaakt. Bijvoorbeeld de opleiding tot huisarts, verpleegkunde, maatschappelijk werk, gerontologie, etc.
    - 6.1 Zorg voor adequate financiële prikkels voor detectie, doorverwijzing, doelbepaling en de interventies van de ergotherapeut bij fraile ouderen.
    - 7.3. Voorzie toegang tot kwaliteitsvolle richtlijnen voor ergotherapeuten en andere eerstelijnswerkers.

Dit komt tot uiting in :

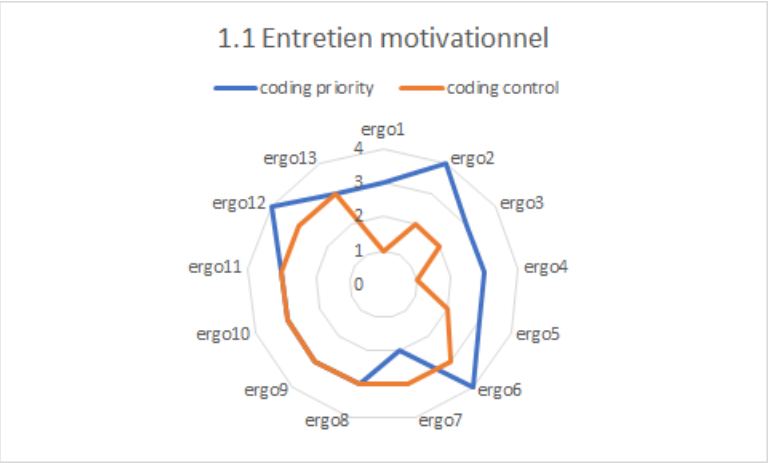
• Micro: Er is nood aan het besteden van aandacht aan de schriftelijke identificatie van de verschillende professionals betrokken bij de ondersteuning van persoon met een zorgnood. Ergotherapeuten moeten misschien meer worden erkend als eerstelijns beroepsbeoefenaar.

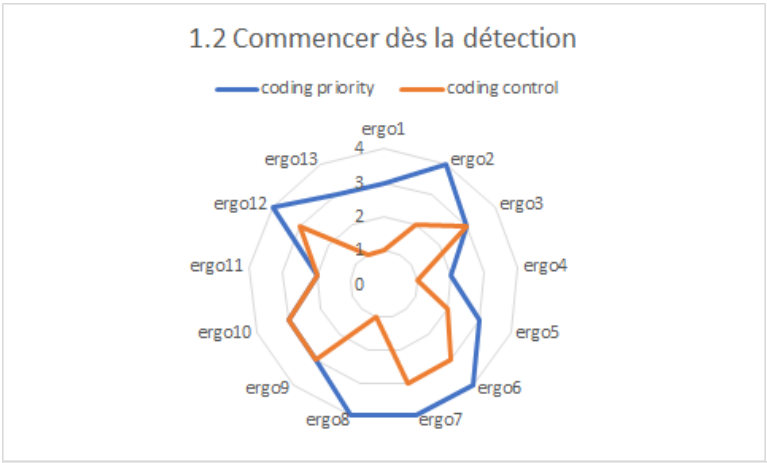
• Meso: De verschillende professionals wezen op de noodzaak van gecentraliseerde patiëntendossiers, samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, die zeker zou worden vergemakkelijkt door het bestaan en de bijwerking van een overzicht van ergotherapeuten en andere professionals, en ten slotte de noodzaak om de richtlijn op te nemen in het curriculum van de ergotherapie opleidingen. Deze aandachtspunten zijn weliswaar essentieel, maar hebben waarschijnlijk niet zo'n hoge prioriteit gekregen door ergotherapeuten, gezien de moeilijkheden bij het verkrijgen van erkenning of financiering voor eerstelijnsinterventies.

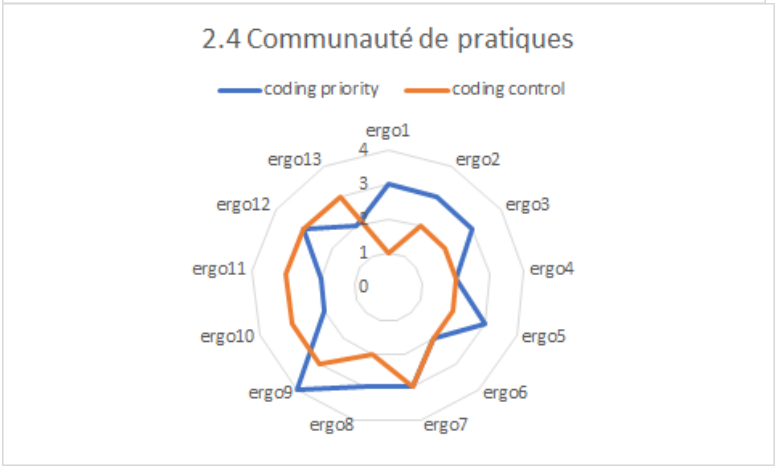
- Macro: door de innovatieve financiering van zowel ergotherapie als eerstelijnspreventie ter discussie te stellen, maar ook de gemakkelijke toegang tot richtlijnen voor alle betrokkenen.
- Ten slotte lijkt de vorm van de richtlijn zelf een grotere zorg te zijn voor andere belanghebbenden dan voor de ergotherapeuten zelf, aangezien andere professionals wijzen op de noodzaak om het bewijsniveau aan te geven, een samenvatting te geven of een openbare versie van de richtlijn te voorzien.

Wij hebben de deelnemers ook gevraagd naar hun niveau van controle en verantwoordelijkheid met betrekking tot de voorgestelde strategie. Aangezien de groep respondenten zeer heterogeen was en de meeste strategieën gericht waren op verschillende belanghebbenden, hebben wij ervoor gekozen hier alleen de strategieën te presenteren die gericht waren op ergotherapeuten, aan de hand van de antwoorden van de twaalf ergotherapeuten die aan de Delphi hebben deelgenomen.
Voor strategie 1.1, "tijdens de interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger dienen technieken van motiverende gespreksvoering te worden gebruikt om de meerwaarde van de in de evaluatie aanbevolen interventie toe te lichten, zoals aanbevolen in de richtlijn", beschouwden de meeste ergotherapeuten dit als hun verantwoordelijkheid (8/12), terwijl 10/12 dit als een hoge of maximale prioriteit beschouwden (zie hierboven).
Voor de strategie 1.2 " Tijdens de interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger moet het bewustzijn worden gecreëerd dat het belangrijk is de interventie op te starten op het moment dat frailty wordt vastgesteld (en niet te wachten tot de cliënt is opgenomen in bijvoorbeeld een ziekenhuis)", vonden slechts 5/12 dat deze interventie binnen hun controle en verantwoordelijkheid viel, terwijl 10/12 vonden dat deze strategie een hoge of maximale prioriteit verdiende.
Voor strategie 2.4 "Deelnemen aan een lerend netwerk van ergotherapeuten & verenigen van ergotherapeuten binnen kenniskringen of lokale overleggroepen.", vonden 6/11 ergotherapeuten die reageerden dat deze strategie binnen hun controle en verantwoordelijkheid viel, terwijl 6/11 vonden dat deze strategie een hoge of maximale prioriteit verdiende.
Deze resultaten zijn samengevat in **figuur 3**, waaruit blijkt dat voor de helft van de respondenten van de ergotherapie-groep, hoewel deze strategie tot hen gericht is en een prioriteit lijkt te zijn, zij niet het gevoel hebben dat dit onder hun controle of verantwoordelijkheid valt.

Figuur 3: Motiverend gesprek, detectie, community of practice







De tweede Delphi-ronde

Naar aanleiding van de analyse van de resultaten van de eerste ronde zijn sommige topics enigszins geherformuleerd en werden de prioriteitsniveaus voor de tweede ronde aangepast. De aangepaste prioriteiten worden onderstaand weergegeven:

- 1.4. - Elke zorgverlener legt duidelijk uit wat de cliënt en zijn naaste verzorger kunnen verwachten van de ergotherapie-interventie (en wat ze niet kunnen verwachten), en binnen welk tijdsbestek. Is geworden: 1.4. 1.4. Elke zorgverlener legt tijdens de interactie duidelijk uit wat van de ergotherapie-interventie kan worden verwacht (en wat niet), binnen welk tijdsbestek.
- 2.4 Deelnemen aan leernetwerken in de ergotherapie (praktijkgemeenschappen, (toekomstige) kringen enz. is gewijzigd naar: 2.4 De ergotherapeuten nemen deel een lerend netwerk van ergotherapeuten en verenigen zich in kenniskringen of lokale kwaliteitsgroepen.
- 3.1.3. Opleiding in het gebruik van deze elektronische patiëntendossiers is geworden: 3.1.3. Voorzie een opleiding voor het gebruik van deze elektronische (para)medische dossiers.
- 3.2.2. Formele overeenkomsten tussen organisaties ontwikkelen om de rol van elke organisatie met betrekking tot de verschillende rollen en functies die in de richtlijn worden genoemd, te verduidelijken werd: 3.2.2. Werk formele overeenkomsten uit tussen de verschillende betrokken eerstelijnsorganisaties om de rollen van elke organisatie te verduidelijken met betrekking in de richtlijn.
- 3.2.4. Een workflow creëren tussen de frontlijn en de ziekenhuisomgeving om de samenwerking na ontslag en vice versa te verzekeren. Werd: 3.2.4. 3.2.4. Creëer een workflow

tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis (en vice versa) om samenwerking rond de kwetsbare persoon na ontslag uit het ziekenhuis te verzekeren.

- 4.3. Innovatieve financiële regelingen voor de vergoeding van ergotherapie en door ergotherapeuten aanbevolen interventies en materialen uitproberen en evalueren. Werd: 4.3. 4.3. Voorzie proefprojecten van innovatieve financiële modaliteiten voor de vergoeding van ergotherapie.
- In 4.3.1 is een vraag toegevoegd voor de Franstalige respondenten (deze vraag stond al vanaf het begin in de Nederlandstalige vragenlijst). Innovatieve financiële regelingen voor de vergoeding van ergotherapie en door ergotherapeuten aanbevolen interventies en materialen testen en evalueren.
- 4.3.1. Ontwerpen, uitvoeren en evalueren van "proeftuinen" voor het testen van forfaitaire systemen voor de financiering van ergotherapie. Hierin kan de tijd worden opgenomen die nodig is om de activiteiten te coördineren die nodig zijn om een zorgplan te ontwikkelen op basis van een onderhandelde en gedeelde beslissing. Dit werd dus 4.3.2. en is niet opnieuw geformuleerd.

In de tweede ronde werd een Qualtrics-vragenlijst gebruikt om het in de eerste ronde verkregen prioriteitsniveau te beoordelen. Aan het eind van elk thema werden eventuele opmerkingen verzameld. We verkregen 20 antwoorden op de Franse vragenlijst maar 7 moesten als onvolledig worden beschouwd en 28 antwoorden op de Nederlandse vragenlijst maar 6 moesten als onvolledig worden beschouwd. In totaal waren er 8 vrije opmerkingen in de Franse vragenlijst en 11 in de Nederlandse vragenlijst.

Helaas beschikken wij niet over gegevens om de beroepen van de respondenten in deze tweede ronde te identificeren.

In **bijlage 6** vindt u de prioriteitsniveaus die in de eerste en tweede ronde van de Delphi-studie zijn toegekend.

De 12 prioriteiten die na de tweede Delphi ronde als "hoog" werden gescoord, zijn:

1. Strategieën op niveau van de cliënt en zijn mantelzorger
    1.1. Gebruik technieken van motiverende gespreksvoering in interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger om de meerwaarde van de interventie toe te lichten.
    1.2. Informeer de cliënt en zijn mantelzorger over het belang om te starten met de interventie wanneer fysieke kwetsbaarheid wordt vastgesteld (en niet te wachten op een ongewenst voorval zoals bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis).
    1.3. De identiteit en de rol van elke zorgverlener wordt uitgelegd en opgeschreven in een document in een taal die gemakkelijk toegankelijk is voor de cliënt en zijn of haar mantelzorger.
2. Strategieën op niveau van de individuele zorgverstrekker
    2.1. De ergotherapeuten scholen zich voortdurend bij om hun competenties in de eerstelijnszorg te vergroten, specifiek voor het assessment van en het verhogen van de functionaliteit en de sociale participatie ten gevolge van kwetsbaarheid bij ouderen en miv interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken....
3. Strategie op mesoniveau (voor zorgverleners en tussen zorgverleners en organisaties)
    3.1. Elektronisch patiëntendossier
        3.1.2. Zorg ervoor dat het patiëntendossier voldoet aan de huidige rapportagenormen en voorzie afspraken m.b.t. rapportage zodat ergotherapeutische informatie kan verstrekt worden aan andere zorg- en welzijnsprofessionals.
    3.2. Verduidelijking van eenieders rol

3.2.3. Creëer een logische workflow tussen de verschillende gezondheids- en welzijnsprofessionals in een multidisciplinaire context zodat de verwijzing, de beoordeling van de kwetsbaarheid, de evaluatie van de functionele gevolgen en de gevolgen op vlak van participatie, de ergotherapeutische interventie en de rapportering aan de huisarts vlot kunnen verlopen.

3.2.4. Creëer een workflow tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis om samenwerking rond de kwetsbare persoon na ontslag uit het ziekenhuis te verzekeren.

4. Strategieën op macro niveau (beleid, management,...)

4.1. De richtlijn zelf

4.1.3 Voorzie een samenvatting van de belangrijkste bevindingen met als doel de toepasbaarheid in de praktijk te verhogen.

4.3. Voorzie proefprojecten van innovatieve financiële modaliteiten voor de vergoeding van ergotherapie.

4.3.1. Ontwerpen en evalueren proeftuinen om systemen voor de financiering van ergotherapie-interventies mogelijk te maken.

4.3.2. Voorzie financiering voor de coördinatie van activiteiten die nodig zijn voor het opmaken van een zorgplan dat gebaseerd is op gezamenlijke besluitvorming.

5. Communicatie over de richtlijn.

5.3 Neem de richtlijn op als studiemateriaal in bestaande ergotherapiecurricula en in andere opleidingen waarvan het onderwerp 'frailty' deel uitmaakt. Bijvoorbeeld de opleiding tot huisarts, verpleegkunde, maatschappelijk werk, gerontologie, etc.

6. Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, het opstellen van doelen en de ergotherapeutische interventie.

6.1 Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, doelbepaling en de interventies van de ergotherapeut bij kwetsbare ouderen.

Alle thema's, met uitzondering van thema 7 (Initieel en permanent EBP-leren), omvatten ten minste één prioriteit die belangrijk wordt geacht.

Indien deze prioriteiten in het micro-, meso- en macrokader worden geplaatst, kunnen daaruit de volgende belangrijke elementen worden afgeleid:

- Drie elementen komen overeen met het microniveau, d.w.z. de prioriteiten onder eerste thema (op het niveau van de cliënt of zijn mantelzorger: 1.1, 1.2 en 1.3) die wijzen op het belang van motiverende gespreksvoering, vroegtijdige interventie (zodra Frailty wordt geconstateerd) en nauwkeurige identificatie van de verschillende betrokkenen en hun rol binnen de interventie.
- Vier komen overeen met het mesoniveau: dit zijn de prioriteiten die rechtstreeks verband houden met thema twee (Strategieën op het niveau van individuele zorgverleners) en drie (Strategieën op het mesoniveau) en meer bepaald binnen de topics 2.1, 3.1.2, 3.2.3 en 3.2.4 Voortdurende opleiding van de verschillende zorgverleners die in de frontlinie werken en communicatie tussen de verschillende actoren, hetzij door het gebruik van aangepaste medische dossiers, hetzij door adequate workflow tussen de actoren van dezelfde lijn of tussen verschillende lijnen, zijn de elementen die best tijdig worden aangepakt.
- Verder zijn er ook vier voorstellen op macroniveau geprioriteerd: dit zijn de voorstellen met betrekking tot thema vier (Strategieën op macroniveau): 4.1.3, 4.3.1, 4.3.2 en 6.1) en meer bepaald om een "point of care"-versie van de aanbevelingen te bieden en innovatieve modaliteiten, waaronder forfaitaire systemen, te overwegen voor de financiering van interventies die door eerstelijnsergotherapeuten bij kwetsbare ouderen worden uitgevoerd.

- Het elfde succesvolle voorstel heeft betrekking op thema vijf (Communicatie over de richtlijn: 5.3) en beoogt de integratie van de richtlijn in alle opleidingscurricula waarin Frailty aan bod komt.

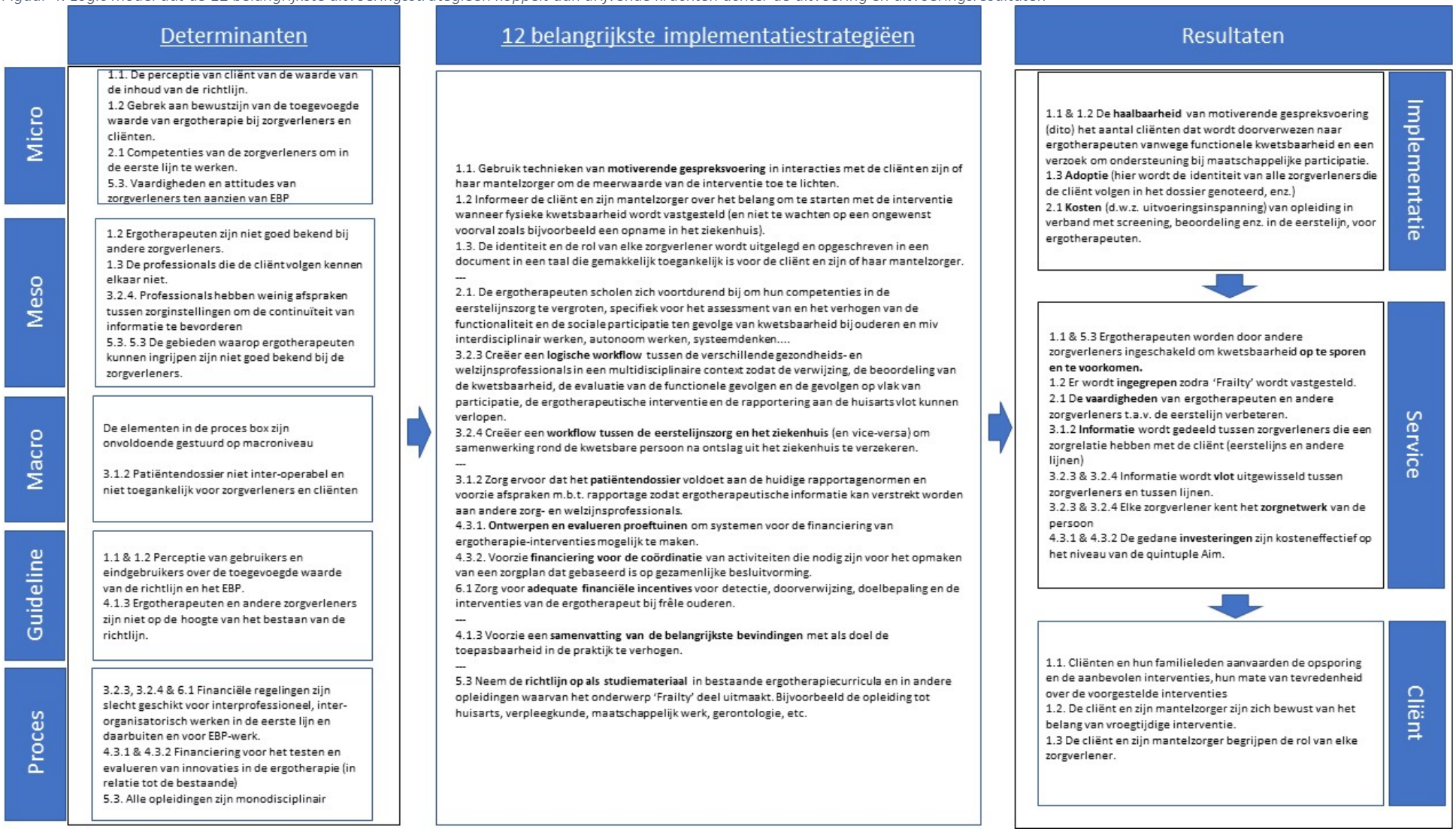
Na de twee Delphi-rondes: opstelling van een logisch model dat de strategieën, de determinanten van de uitvoering, koppelt aan de resultaten.

Op basis van de resultaten van de voorgaande stappen werden er vervolgens in één tabel de uitvoeringsstrategieën gepresenteerd die tijdens de tweede ronde van de Delphi de hoogste prioriteit kregen. Vervolgens werd getracht elk van deze implementatiestrategieën te koppelen aan de determinanten van de implementatie (barrières en faciliterende factoren) die tijdens de focusgroep en de individuele interviews werden vastgesteld. Ten slotte werden deze strategieën en determinanten gekoppeld aan de resultaten. Er werd gebruik gemaakt van het CFIR model als leidraad voor de analyse van de resultaten (Damschroder, Reardon, Opra Widerquist, & Lowery, 2022; Smith, Li, & Rafferty, 2020).

1. De kolom "belangrijkste uitvoeringsstrategieën" bevat de 12 strategieën die door de deelnemers aan de tweede Delphi-ronde als prioritair werden aangemerkt.
2. De kolom "determinanten" bevat de belemmeringen en facilitatoren die tijdens de focusgroepen en semi-gestructureerde interviews zijn vastgesteld, ingedeeld volgens het "micro-, meso- en macroniveau", zoals gedefinieerd in dit document. Naast deze drie niveaus is er een "richtlijnniveau", wanneer de uitvoeringsfactor betrekking had op de richtlijn, en een "procesniveau", wanneer de determinant de drie niveaus van het gezondheidssysteem doorkruiste (bv. de manier waarop deelnemers voorkennis over EBP beschrijven is een determinant op microniveau, maar is ook een kenmerk van de organisatie of het team waartoe de dienstverlener behoort (meso) en een kenmerk van het systeem).
3. De kolom "resultaten" is verdeeld in drie onderdelen:
    a. Resultaten die gelinkt zijn met de implementatie. Deze hebben betrekking op de aanvaardbaarheid, relevantie, haalbaarheid, aannemelijkheid, dekking, kosten, enz. van het uitvoeringsproces (Damschroder et al., 2022).
    b. Resultaten die te maken hebben met de dienstverlening. De mate waarin diensten effectief, veilig, gericht op de levensdoelen van de persoon, op tijd geleverd, efficiënt, billijk en duurzaam zijn.
    c. Resultaten gelinkt met de cliënt (of de mantelzorger): tevredenheid, functioneren, verandering van symptomen, etc.

De afstemming tussen deze drie onderdelen vond plaats tijdens verschillende bijeenkomsten tussen de onderzoekers in de maand september. Het resultaat is weergegeven in **figuur 4**.
De oefening bleek soms moeilijk te zijn, vooral omdat de deelnemers de uitvoering van de richtlijn en de uitvoering van ergotherapie in de eerste lijn door elkaar haalden.

Figuur 4: Logic model dat de 12 belangrijkste uitvoeringsstrategieën koppelt aan drijvende krachten achter de uitvoering en uitvoeringsresultaten



Besluit en discussie

Korte samenvatting van de resultaten.

Deze studie had als doel **een implementatieplan op te maken** voor een reeds ontwikkelde richtlijn door een andere onderzoeksgroep. De opmaak van het implementatieplan is uitgevoerd in het tijdsbestek zoals afgesproken met de opdrachtgever.

Voor de opmaak van het implementatieplan werd een **'mixed method' methodologie** gebruikt waarbij, naast een literatuurstudie omtrent het topic, gebruikt werd gemaakt van **focusgroepen, individuele diepte-interviews, een world-café en een Delphi studie** met twee beslissingsronden. Gedurende het hele traject **zijn in totaal 83 stakeholders betrokken** teneinde een breed gedragen plan voor te leggen.

Het resultaat is visueel weergegeven in een **logic model** (**zie figuur 4**) op basis van Smith et al. (2020) bestaande uit drie belangrijke blokken: **implementatiedeterminanten, implementatiestrategieën en implementatie-outcomes** met een overzicht van welke strategieën wanneer zouden moeten gerealiseerd worden volgens de stakeholders.

1. **De implementatiedeterminanten** werden thematisch weergegeven als barrières en facilitators voor de implementatie. De determinanten werden enerzijds beschreven op (1) het **micro-niveau** (de begunstigden uit de aanbevelingen in de richtlijn en de relatie tussen de begunstigde en zijn zorgverstrekkers), het **meso-niveau** (de beroepsgroepen/gebruikers van de richtlijn) en het **macro-niveau** (beleidsmakers op lokaal, gewestelijk en federaal niveau) en anderzijds (2) op het niveau van de richtlijn zelf en het proces. Deze determinanten zijn gebaseerd op de data afkomstig uit focusgroepen en individuele diepte-interviews. De leidraad voor de opmaak van de interviewgidsen en de analyses zijn gebaseerd op het **Consolidated Framework for Implementation Research** (CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research, 2009).

   Alle thema's zijn weergegeven in **tabel 3.** Kort samengevat werden op microniveau barrières geformuleerd omtrent de perceptie en de toegevoegde waarde van de richtlijn, de kennis en de expertise van ergotherapeuten over de doelgroep, 'evidence based practice' (EBP) en de sociale kaart. Samenwerken in de zorgcontext van de oudere wordt als facilitator beschouwd. Op het mesoniveau worden vooral determinanten geformuleerd omtrent de beperkte kennis van andere beroepsgroepen over specifieke expertise en de rol van de ergotherapeut in de eerste lijn (inclusief de afstemming met de andere disciplines), én omtrent een tekort aan communicatielijnen en samenwerkingsverbanden met ergotherapeuten in de eerste lijn. Rolverduidelijking van de verschillende disciplines wordt als faciliterende factor gezien. Op het macro-niveau werden vooral barrières geïdentificeerd op het gebied van de financiering van de ergotherapie, de organisatie van de gezondheidszorg en de connectie tussen de eerste lijn en de tweede lijn. Facilitators werden vooral gezien in goede communicatiestrategieën en in de inbedding van de richtlijnen in opleidingen.

2. **De implementatiestrategieën** zijn weergegeven als de mogelijke ondersteunende maatregelen die het gebruik en de adoptie van de richtlijn kunnen vergroten. De barrières en facilitators uit de eerste fase werden via een world-café techniek en bijhorende discussies door de onderzoekers omgezet in strategieën en zijn opgedeeld in 7 thema's. Vier thema's werden rechtstreeks gerelateerd aan het micro-, meso- of macroniveau. De andere drie thema's handelen over aspecten die transversaal voor elk van de drie niveaus van toepassing zijn; de

communicatiestrategieën van de richtlijn, het ontbreken van voldoende financiële incentives voor de eerstelijns ergotherapie en strategieën voor EBP en levenslang leren.
In totaal werden *43 strategieën bepaald* (42 voor de Franstalige partners, omdat 1 strategie van toepassing was op de eerstelijnszones in Vlaanderen en deze bestaan niet in Wallonië) die allemaal een prioriteitslabel gekregen hebben via de Delphi studie. Twaalf strategieën werden hierbij geselecteerd als hoge prioriteit, 28 als gemiddelde prioriteit en 2 als lage prioriteit **(zie annex 4).**

3. Tenslotte zijn deze strategieën omgezet in concrete en verwachtte **implementatie-uitkomsten** op het niveau van de begunstigde, de zorgverstrekkers en het beleid.

   De verwachtte uitkomsten voor de begunstigde (de oudere en zijn mantelzorger) zijn dat er een duidelijk en begrijpelijk beeld is van het bestaan van de richtlijn en dat de toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van de richtlijn voor de oudere zelf verhoogd wordt via motiverende gesprekstechnieken. Op niveau van de zorgverstrekker zijn de verwachtte uitkomsten een vlottere detectie, interventie en opvolging van kwetsbare ouderen door de ergotherapeut, een vlotte kennisdeling van informatie tussen de zorgverstrekkers in de eerste lijn en per uitbreiding de tweede lijn. Op het gebied van de implementatie zelf zijn de verwachtte uitkomst dat ergotherapiebehandelingen gefinancierd worden, dat er geweten is door alle disciplines wanneer de richtlijn van toepassing is en dat er een duidelijkere taakverdeling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn.

Discussie

De richtlijn **kan** praktiserende ergotherapeuten een **houvast bieden voor het assessment, de behandeling en de follow-up van kwetsbare ouderen**. Tegelijkertijd kan de richtlijn een boost betekenen voor de verdere uitrol en verankering van ergotherapie in de eerste lijn wat door de ergotherapeuten en de opleidingen ergotherapie uit beide landsgedeelten die betrokken waren in de stakeholdersgroep als een **win-win situatie** wordt gezien.
De implementatie van de richtlijn kan gefaciliteerd worden door toepassing van verschillende strategieën. Deze strategieën werden in deze discussie afgetoetst aan beschikbare literatuur om te zien of de voorgestelde strategieën ook daadwerkelijk effectief zullen zijn.
We bespreken de strategieën in volgorde van prioriteit. Met betrekking tot het gebruik van 'motivational interviewing' technieken (Strategie 1.1). Het advies **is om ergotherapeuten de technieken van motivationeel interviewen aan te leren en te gebruiken bij het implementeren van de richtlijn**. Er bestaat inderdaad literatuur die aantoont dat het gebruik van 'motivational interviewing' in een fysiek interventieprogramma een **significant positief effect heeft op de functionele capaciteiten van kwetsbare ouderen** (Harvey, 2018). Twee aspecten zijn hierin belangrijk; enerzijds zal een succeservaring van de ergotherapeut bij het toepassen van de richtlijn resulteren in een vlottere implementatie bij anderen en anderzijds zal de toegankelijkheid en de aanvaardbaarheid van de richtlijn door de kwetsbare oudere bevorderd worden.
De tweede strategie gaat over het **snel informeren en snel opstarten van de ergotherapeutische interventie** (strategie 1.2). Een interventie zal maar een positief effect op het functioneren en op het overleven van kwetsbare ouderen hebben als ze vroeg wordt opgestart (Chen, 2018). Kwetsbare ouderen, hun mantelzorgers en professionele zorgverstrekkers snel informeren over het bestaan van de richtlijn en de bijhorende interventie is van groot belang. Veelvuldig en in begrijpbare taal communiceren over het bestaan van de richtlijn én de inhoud ervan op alle niveaus (micro, meso, macro) zal het gebruik ervan faciliteren. Zo kunnen kwetsbare ouderen of hun

mantelzorger zelf contact opnemen met de huisarts en kan de die de ergotherapeut in schakelen (strategie 5, communicatie over de richtlijn).
Omtrent het verhelderen van de rol en de identiteit van elke zorgverlener (strategie 1.3) toont de literatuur dat **een duidelijk zicht op de rollen van elke discipline de zorg significant verbetert** (Solis, 2018). Het dient hier wél opgemerkt te worden dat de stakeholders aangaven dat het opmaken van een richtlijn voor één discipline bij een doelgroep die per definitie een interdisciplinaire aanpak vergt niet logisch is en ingaat tegen de gangbare visie op kwetsbaarheid en de evidentie die er reeds bestaat. Het inbedden van deze richtlijn in bredere richtlijnen en het opmaken van een workflow tussen de verschillende disciplines (strategie 3.2.3) werd dan ook door de stakeholders gezien als een belangrijke strategie voor het welslagen van deze richtlijn. Deze strategie kan echter niet los gezien worden van strategie 3.3 en onderliggende sub strategieën omtrent de noodzaak tot **het opmaken van en inventaris van ergotherapeuten, van aanbieders van ergotherapie en van organisaties waar een ergotherapeut kan naar doorverwijzen** (dit wordt niet als een hoge prioritiet gezien, maar is wel nodig op middellange termijn). De strategie om professionals de kans te geven om zich verder te verdiepen in frailty (Strategie 2.1) is een taak van de hogescholen en universiteiten. Zij dienen dit op te nemen in hun curricula (strategie 5). Een recente position paper over frailty in the lancet stelt dat het nodig is om **kennis te vergroten omtrent de interventiestrategieën voor frailty, én deze ook te dissemineren naar de gebruikers via scholing en training** (Dent, 2019). Ook het verspreiden en dissemineren van een algemene doelgerichte zorgcultuur (strategie 4.4 en onderliggende niveau's) is in kader van frailty belangrijk. **Hier spelen naast de hogescholen en de universiteiten ook de beroepsverengingen een belangrijke rol in**. Als barrière werd een tekort aan EBP aangegeven. Om dit te counteren zouden ergotherapeuten (en bij uitbreiding alle andere zorgprofessionals goed opgeleid dienen te worden in het gebruiken van evidentie en specifiek gebruiken van richtlijnen (strategie 7 en onderliggende strategieën). De richtlijn zelf kan dan een belangrijke hefboom vormen om meer op basis van evidentie te gaan werken. Dit blijkt uit de studies van Thomas (Thomas, 2013) en Lindstom Lindström 20185). In een zeer recente studie werd bovendien aangetoond via een controlled trial dat training in EBP een significant positief effect heeft op de attitude, het gedrag, de kennis van zorgverleners en op de uitkomsten van de interventie. De algemene competenties in EBP, ongeacht op welke manier de training vorm krijgt (bv via ex- cathedra onderwijs of via leesgroepen en intervisies) verhogen significant (Goodarzi, 2021). Dit geeft tevens ook **het belang aan van de strategie om zich organiseren in lerende netwerken en kenniskringen** (strategie 2.4), alhoewel dit door de stakeholders niet aangegeven wordt als een strategie met hoge prioritiet. Een studie in Canada toont aan dat het organiseren en **deelnemen aan 'learning communities' omtrent frailty een werkbare manier is om de kennis over de doelgroep te vergroten, het delen van evidentie via te leren van elkaar** (Thandi, 2021).

Op gebied van de richtlijn zelf zijn barrières gedetecteerd die vooral te maken hadden met enerzijds de taal (inclusief de vertaling) en vormgeving en anderzijds het afwezig zijn van de evidentie (GRADE). Dit heeft alles te maken met de timing van de twee aparte projecten. Om het gebruik van de richtlijn te bevorderen wordt door de stakeholders aanbevolen (strategie 4.1.1). om de **leesbaarheid te verhogen** in beide talen (zie verder; beperkingen van de studie), om een **korte samenvatting te voorzien**, met eenvoudig taalgebruik die ter beschikking kan gelegd worden in de locaties waar de richtlijn zal gebruikt wordt (denk hierbij aan wachtzalen van huisartsen, enz.) én de evidentie toe te voegen (opm: de evidentie en de GRADE werd na de dataverzameling toegevoegd; zie verder *'sterktes en beperkingen van het onderzoek'*). **De aanbeveling om richtlijnen toegankelijk te maken via**

verschillende kanalen en vlot leesbaar te schrijven is in lijn met bestaande literatuur over het gebruik van richtlijnen in de praktijk (Grimshaw, 2004).
De participanten bevolen aan om **voldoende financieringsmogelijkheden voor ergotherapie in de eerste lijn** (strategie 6) te voorzien,wat nu niet het geval is. Deze strategie kan, niettegenstaande ze een hoge prioritiet kreeg, niet direct uitgevoerd worden. Het is echter duidelijk dat het niet mogelijk is om de richtlijn te implementeren zonder voldoende ergotherapeuten in de eerste lijn om het werk uit te voeren.
Participanten wezen ook op de noodzaak van gecentraliseerde patiëntendossiers (strategie 3.1.2) die niet alleen de **samenwerking tussen alle disciplines in eerste lijn** kan bevorderen, maar tevens ook de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn.

Sterktes en beperkingen van de studie.

De sterkte van deze studie ligt vooral in **(1) de brede betrokkenheid van de stakeholders** uit zowel het micro, meso- en macroniveau, **(2) de tweetalige en multidisciplinaire aanpak** doorheen het ganse traject **(3) de 'mixed method' methodologie**. Dit zorgt voor suggesties m.b.t. implementatie die grondig zijn uitgewerkt, breed gedragen zijn én van toepassing zijn in heel België.

(1) **De stakeholders**. Er werd op een kort periode heel veel inspanning gevraagd van de stakeholders om zich te engageren in dit project. De grootte van de stakeholdersgroep (in **totaal 83 individuen verspreid over verschillende organisaties** met een link in de eerste lijn) zorgde ervoor dat er aan elk van de onderzoekstappen voldoende stakeholders deelnamen om in de diepte én in de breedte data te verzamelen **tot saturatie van de gegevens**. De zware tijdsinvestering (bij het doorlopen van alle stappen werd per individu een belasting van 9 uur voorzien, exclusief verplaatsingstijd), de beperkte tijdsspanne van 3 maand, en het niet kunnen vergoeden van deze taken d.m.v. bv zitpenningen of uurvergoedingen werden door de onderzoeksgroep als beperking beschouwd. Tegelijkertijd wees de grote respons op een grote betrokkenheid waardoor het **'logic model' breed gedragen is. Dit zal de implementatiemogelijkheden van de richtlijn aanzienlijk bevorderen**. Een beperking in het onderzoek is dat we **patiënten/cliënten enkel betrokken hebben via de patiëntenorganisaties** en dat we niet rechtstreeks personen met frailty of de mantelzorgers betrokken hebben.

(2) **De tweetalige en multidsiciplinaire aanpak.** Gedurende het volledig proces waren onderzoekers betrokken vanuit de beide landsgedeeltes. Zowel bij het uitschrijven van de methode, de dataverzameling, de data-analyse en de rapportage werd intensief samengewerkt. De voertaal in de onderzoeksvergaderingen was Engels, en indien nodig werd de eigen taal gebruikt om nuances te duiden. Deze aanpak zorgde voor een logic model dat contextvalide is voor de beide taalgebieden. Een nadeel is dat er tijd diende gespendeerd te worden aan het vertalen van documenten en presentaties terwijl er al maar een korte periode beschikbaar was.

(3) **De 'mixed method'.** De **focusgroepmethode** liet toe om discussies te voeren met eerstelijns-ergotherapeuten uit de verschillende werkdomeinen en verschillende disciplines over de barrières en facilitators i.v.m. de implementatie van de richtlijn. De discussies werden online gevoerd via teams of zoom en per taalgroep. **Het online gebeuren werd aanvankelijk gezien als een mogelijke beperking**. Maar online meetings waren goed ingeburgerd bij alle stakeholders waardoor dit geen beperkende factor was. Dit bleek naderhand nét een goede methode **om op korte termijn 83 stakeholders te betrekken**. De discussies leverden rijke informatie op voor het opmaken van de implementatiedeterminanten. De focusgroepdiscussies werden doelbewust per taalgroep gevoerd om de context van het desbetreffende gewest te kunnen capteren. Er werden extra

inspanningen gedaan om bijkomend 21 participanten (10 Nederlandstalig en 11 Franstalig) die niet konden aanwezig op de focusgroepen via individuele diepte-interviews te bevragen. Voor deze individuele interviews werd dezelfde interviewgids gebruikt maar werd de informatie uit de focusgroepen meegenomen en bevraagd tot saturatie werd bereikt. Gezamenlijke discussie met simultaanvertaling werd dan wel weer voorzien in de volgende fase, die van hetworld-café. De **world-cafétechniek** werd door de onderzoeksgroep specifiek gekozen om **discussies tussen alle stakeholders te faciliteren en zo mogelijke implementatiestrategieën te ontwikkelen**. De simultane vertaling (met dank aan de **Koning Boudewijn Stichting**) van elk tafelgesprek werd als een sterk punt gezien omdat er samen kon gedebatteerd worden over implementatiestrategieën in het Vlaams en Franstalige gewest. Het 'in persoon ontmoeten' werd door de aanwezige deelnemers (n=25) als een grote meerwaarde gezien. Door de aanwezigheid van een visual **harvester** werden de resultaten meteen visueel voorgesteld aan de volledige groep waardoor de vooropgestelde strategieën voor iedereen meteen werden verhelderd (wie, wat, waar, wanneer hoe en waarom). Tenslotte werden de voorgestelde implementatiestrategieën in 43 stellingen gesynthetiseerd en werd de stakeholdersgroep voor een laatste keer bevraagd. In een **Delphi-studie** (met twee beslissingsrondes) werd via een online tool gepeild naar de prioriteit van elk van de voorgestelde strategieën en wie hiervoor verantwoordelijkheid zou kunnen opnemen. In totaal hebben 51 individuele personen zich hierover uitgesproken. De resultaten geven een duidelijk overzicht van de prioriteit van elke aanbevolen strategie. **Wie verantwoordelijk zou kunnen zijn voor de uitvoering van de aanbeveling werd niet bevraagd in deze opdracht. Dit was ook niet direct de opdracht van deze studie, maar de onderzoekgroep beschouwd dit als een aandachtspunt voor de toekomst en een mogelijke vervolgstap voor de opdrachtgever.**

Limitatie omtrent de start en de timing van het project. Een preliminaire versie van de richtlijn en de bijhorende aanbevelingen (niet goedgekeurd door CEBAM) werd doorgestuurd aan de onderzoeksgroep (Nederlandstalige versie op 25/03/22 en de Franstalige versie op 21/04/22) om de voorbereiding op de focusgroep-gesprekken, de individuele diepte-interviews en het world-café te kunnen maken. Op het kick-off moment van het traject van de implementatiestrategie op 29/03/2022 werd door de ontwikkelaars van de richtlijn een korte voorstelling gegeven aan de stakeholders. De preliminaire versies (NL en FR) werd aan de participanten bezorgd ter voorbereiding van de focusgroepen, individuele diepte-interviews en het world-café. Volgende bedenkingen werden door de deelnemers gemaakt: (a) de richtlijn is (zowel in het Nederlands, maar vooral in het Frans) niet vlot leesbaar en heeft nood aan verder verfijning; (b) de graad van evidentie ontbreekt. Hierdoor konden de deelnemers zich moeilijk een concreet beeld vormen van de aanbevelingen wat zorgde voor een negatieve evaluatie van de richtlijn

a. Er werden vier aspecten benoemd t.a.v. de opbouw en de leesbaarheid van de richtlijn:
    i. in sommige aanbevelingen werden verschillende concepten (vb betekenisvol handelen, participatie, gezondheidsgeletterdheid, zelfmanagement-strategieën,...) samen genomen waardoor het voor de lezer niet duidelijk was hoe de aanbeveling in een concrete situatie kan toegepast worden;
    ii. Sommige aanbevelingen zijn opgebouwd uit twee of drie sub-aanbevelingen wat voor verwarring zorgde;
    iii. Door te weinig context omtrent de aanbeveling leek het soms alsof aanbevelingen tegenstrijdig waren;

iv. De aanbevelingen gericht naar de 'eerstelijnszone' werden in de Franse versie letterlijk vertaald als 'une zone de première ligne'. Aangezien er geen eerstelijnszones zijn in het Waalse gewest is de Franse versie van de preliminaire versie niet contextvalide.

Stakeholders meldden af te haken bij het lezen van de preliminaire versie van de richtlijn op basis van bovenstaande argumenten. Om die reden werd door de deelnemers vaak afstand genomen van de afzonderlijke aanbevelingen en werd eerder gedebatteerd op een geaggregeerd niveau: **hoe kunnen we de ontwikkelde richtlijn ergotherapie ter bevordering van de functionaliteit en de sociale participatie in zijn totaliteit helpen implementeren.** We gaan er als onderzoeksgroep vanuit dat er wijzigingen in taal en vormgeving zullen gebeurd zijn en dat de Franstalige versie contextvalide zal gemaakt zijn in de periode dat het implementatieplan werd uitgetekend. Als onderzoeksgroep zijn we evenwel van mening dat we met een definitieve en goedgekeurde richtlijn aan de slag zouden moeten kunnen gegaan zijn. Dit zou het vertrouwen van de stakeholders in de richtlijn ten goede zijn gekomen.

Omdat we als onderzoeksgroep wilden aftoetsen of **alle implementatiestrategieën de aanbevelingen uit de richtlijn afdekken** werd een matrix opgemaakt met in de rijen de verschillende strategieën en in de kolommen de verschillende aanbevelingen uit de richtlijn. Een voorbeeld is meegegeven als **annex 7** in bijlage. Alle implementatiestrategieën dekken de aanbevelingen af waardoor we kunnen stellen dat bij het volgen van de implementatiestrategie kan gewaarborgd worden dat de aanbevelingen ook daadwerkelijk uitvoerbaar zijn.

b. **De evidentie volgens de Grade** ontbrak waardoor het voor hen moeilijk was om de waarde van de aanbevelingen te kunnen inschatten (De 'grading' per aanbeveling werd ons ter beschikking gesteld op 24/06, terwijl de laatste stap van dit implementatietraject, de Delphi studie, reeds gestart was op 20/06). Vooral door de stakeholders met een academische achtergrond werd dit als een groot tekort beschouwd. Ze vonden het niet kunnen om in deze fase al over implementatie te spreken en een implementatiestrategie te gaan bepalen.

Algemeen besluit:

Gebaseerd op een 'mixed method' werd in co-creatie met 83 stakeholders verdeeld over Vlaanderen en Wallonië een implementatiestrategie ontwikkeld voor de richtlijn ergotherapie ter bevordering van de functionaliteit en de sociale participatie van fysiek kwetsbare thuiswonende ouderen. In totaal werden 43 strategieën bepaald die ondersteunend kunnen zijn in de implementatie. Deze met de hoogste prioritiet werden visueel voorgesteld in een logic model. De voorgestelde strategieën werden afgetoetst aan bestaande literatuur omtrent frailty en richtlijnimplementatie om de effectiviteit ervan na te gaan.

Lijst annexes, tabellen en figuren

Annexen:
Annex 1: Profiel van de verschillende stakeholders tijdens het volledige proces
Annex 2: Interviewgids voor de individuele interviews en voor de focusgroepen.
Annex 3: De 7 thema's en bijhorende subthema's.
Annex 4: Berekende prioriteiten voor elke strategie op basis van de 1e Delphi ronde
Annex 5: prioritering van de 1e Delphi ronde per type professional
Annex 6: 2e Delphi ronde: vergelijking tussen prioritering van de 1e Ronde en het uiteindelijk resultaat van de 2e Ronde.
Annex 7: Vergelijkende tabel tussen de richtlijn aanbevelingen en de implementatiestrategieën. Voorbeeld.

Tabellen:
Tableau 1. De zes analysestappen volgens Boyatzis et al., 1998 (vrije vertalng)
Tabel 2. Aantal deelnemers volgens profiel en activiteit
Tabel 3. Geïdentificeerd thema's bij het analyseren van de data van focusgroepen, interviews en world café, afgeleid uit de domeinen van de CFIR (Damschroder et al., 2021)

Figuren :
Figure 1: Grafische voorstelling van de verschillende stappen in het onderzoek.
Figuur 2: Resultaat Visual Harvesting
Figuur 3: Motiverend gesprek, detectie, community of practice
Figure 4: Logisch model dat de 12 belangrijkste uitvoeringsstrategieën koppelt aan drijvende krachten achter de uitvoering en uitvoeringsresultaten

Referenties

Abellan van Kan et al. 2008. The IANA task force on frailty assessment. The Journal of Nutrition, Health & Aging. Jan;12(1):29-37. doi: 10.1007/BF02982161

Adriaenssens, J., Eyssen, M., Mertens, R., Benahmed, N., Paulus, D., Ameye, F., . . . Walraevens, M. (2017). *EBP Plan* (291).

Beard, P., Greenall, J., Hoffman, C. E., Nettleton, S., Popescu, I. C., Ste-Marie, M., Walsh, D., & White, J. (2012). Canadian incident analysis framework. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science, 4(1), 1-15.

Bernstein SJ, Hofer TP, Meijler AP, Rigter H. Setting standards for effectiveness: a comparison of expert panels and decision analysis. Int J Qual Health Care. 1997;9(4):255–64.

Black N, Murphy M, Lamping D, McKee M, Sanderson C, Askham J, et al. Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines. J Health Serv Res Policy. 1999;4(4):236–248.

Boger E, Ellis J, Latter S, et al. Self-management and selfmanagement support outcomes: a systematic review and mixed research synthesis of stakeholder views. PLoS One 2015;10:e0130990

Boexkcstaens, P., Boeykens, D., Macq J., Vandenbroeck, P. Goal oriented care, a shared language and co-creative practice for health and social sciences. Fonds Daniël De Coninck. Koning Boudewijnstichting

Brown, J., Isaacs, D., & the World Café Community. (2005). The World Café: Shaping Our Futures Through Conversations that Matter. Retrieved from http://www.theworldcafe.com/key-concepts-resources/world-cafe-method/

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.

Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. Age and Ageing. 1997 1997;26(4):315-18.

CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research. (2009). Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) Retrieved from https://cfirguide.org/constructs/

Chen CY, Gan P, How CH. Approach to frailty in the elderly in primary care and the community. Singapore Med J. 2018 May;59(5):240-245. doi: 10.11622/smedj.2018052. Erratum in: Singapore Med J. 2018 Jun;59(6):338. PMID: 29799055; PMCID: PMC5966632.

Costenoble, A., Knoop, V., Vermeiren, S., Vella, R. A., Debain, A., Rossi, G., . . . Gerontopole Brussels Study, G. (2019). A Comprehensive Overview of Activities of Daily Living in Existing Frailty Instruments: A Systematic Literature Search. Gerontologist. doi:10.1093/geront/gnz147

Daniels R., et al. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons.European Journal of Aging. 2010.

Daniels, R., van, R. E., de, W. L., Kempen, G. I., & van den Heuvel, W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. BMC.Health Serv.Res., 8:278. doi: 10.1186/1472-6963-8-278., 278-278.

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2021). Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. Implementation Science. https://doi.org/10.1186/s13012-021-01181-5

De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. L., & Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. J Am Geriatr Soc, 65(8), 1863-1869. doi:10.1111/jgs.14889

Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. Lancet. 2019 Oct 12;394(10206):1376-1386. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31785-4. PMID: 31609229.

Dijkers MP. Issues in the conceptualization and measurement of participation: an overview. Arch Phys Med Rehabil 2010; 91: S5–S16.

De Vriendt, P., Gauwe, V., & Van de Velde, D. (2019). CLEVER doelen bepalen in de eerste lijn. Betekenisvolle activiteten als hefboom om doelgerichte zorg te faciliteren? Politeia.

De Vriendt, P., Peersman, W., Florus, A., Verbeke, M., & Van de Velde, D. (2014). Improving health related quality of life and independency in community dwelling older adults through a client-centred and activity oriented program. A pragmatic randomized controlled trial. Journal of nutrition health and ageing

De Vriendt, P., Cornelis, E., Desmet, V., Vanbosseghem, R., & Van de Velde, D. (2018). Quality in dementia care: A cross sectional study on the Bio-Psycho-Social competencies of health care professionals. PLoS One, 13(2), e0191440. doi:10.1371/journal.pone.0191440

Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, Van Rompaey B, Remmen R, Paulus D. Verspreiding en implementatie van klinische richtlijnen in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 212As. D/2013/10.273/86

De Witte. N., Gobbens, R., De, D. L., Dury, S., Buffel, T., Schols, J., & Verte, D. (2013). The comprehensive frailty assessment instrument: development, validity and reliability. Geriatr.Nurs., 34(4), 274-281.

Duppen, D., Lambotte, D., Dury, S., Smetcoren, A. S., Pan, H., De Donder, L., & Consortium, D. S. (2019). Social Participation in the Daily Lives of Frail Older Adults: Types of Participation and Influencing Factors. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. doi:10.1093/geronb/gbz045

Eyssen M, Benahmed N, Paulus D. Naar een geïntegreerd evidence-based practice plan in België – Deel 2: implementatie en performance management – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2018. KCE Reports 291As. D/2017/10.273/10

Fastame MC, Hitchcott PK, Penna MP. The impact of leisure on mental health of Sardinian elderly from the 'blue zone': evidence for ageing well. Aging Clin Exp Res. 2018 Feb;30(2):169-80.

Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different? Scand J Occup Ther, 20(3), 162-173. doi:10.3109/11038128.2012.754492

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Fried et al., 2001; Gobbens, Luijkx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol.A Biol.Sci.Med.Sci., 56(3), M146-M156.

Gobbens et al (2011) Nutr Health Aging. 2010 Mar;14(3):175-81. doi: 10.1007/s12603-010-0045-6. Adv Nurs. 2012 Sep;68(9):2047-60. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05896.x. Epub 2011 Dec

Gobbens, R. J., van Assen, M. A., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. J Am.Med.Dir.Assoc., 11(5), 344-355.

Gobbens, R. J., van Assen, M. A., Luijkx, K. G., & Schols, J. M. (2012). The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. Gerontologist, 52(5), 619-631. doi:10.1093/geront/gnr135

Godfrey CM, Harrison MB, Lysaght R, Lamb M, Graham ID, Oakley P. Care of self - care by other - care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. Int J Evid Based Healthc. 2011;9(1):3-24.

Goldberg B, Brintnell ES, Goldberg J. The Relationship Between Engagement in Meaningful Activities and Quality of Life in Persons Disabled by Mental Illness. Occupational Therapy in Mental Health. 2002;18(2):17-44.

Goodarzi H, Teymourzadeh E, Rahimi S, Nasiri T. Efficacy of active and passive evidence-based practice training for postgraduate medical residents: a non-randomized controlled trial.

BMC Res Notes. 2021 Aug 19;14(1):317. doi: 10.1186/s13104-021-05732-3. PMID: 34412699; PMCID: PMC8374403.
Griep Y, Hanson LM, Vantilborgh T, Janssens L, Jones SK, Hyde M. Can volunteering in later life reduce the risk of dementia? A 5-year longitudinal study among volunteering and non-volunteering retired seniors. PLoS One. 2017;12(3):e0173885.
Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess. 2004 Feb;8(6):iii-iv, 1-72. doi: 10.3310/hta8060. PMID: 14960256.
Haak M, Lofqvist C, Ullen S, Horstmann V, Iwarsson S. The influence of participation on mortality in very old age among community-living people in Sweden. Aging Clin Exp Res. 2019 Feb;31(2):265-71.
Harold A. Linstone, Murray Turoff (1975), The Delphi Method: Techniques and Applications, Reading, Mass.: Addison-Wesley, ISBN 978-0-201-04294-8, archived from the original on 2008-05-20
Harvey JA, Chastin SFM, Skelton DA. Breaking sedentary behaviour has the potential to increase/ maintain function in frail older adults. J Frailty Sarcopenia Falls. 2018 Mar 1;3(1):26-31. doi: 10.22540/JFSF-03-026. PMID: 32300691; PMCID: PMC7155349.
Hsu CC, Sandford B. The Delphi technique: making sense of consensus. Practical Assessment, Research and Evaluation 2007;12:1-8.
Humphrey-Murto, S., Varpio, L., Wood, T. J., Gonsalves, C., Ufholz, L.-A., Mascioli, K., . . . Foth, T. J. A. M. (2017). The use of the Delphi and other consensus group methods in medical education research: a review. *92*(10), 1491-1498.
Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. BMJ. 1995;311:376–380. doi: 10.1136/bmj.311.7001.376.
Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. Implement Sci. 2016;11:72. Published 2016 May 17
Lang S, Wyer, R, Haynes,R. Ann Emerg Med Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap . 2007 Mar;49(3):355-63. doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.08.022.
Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. American Journal of Occupational Therapy, 56(6), 640-649.
Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., ... & Peacock, R. (2015). Achieving change in primary care—effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: systematic review of reviews. BMJ open, 5(12), e009993.
Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E.Levasseur M, et al. 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.
Lindström, A.-C. and S. Bernhardsson (2018). "Evidence-Based Practice in Primary Care Occupational Therapy: A Cross-Sectional Survey in Sweden." Occupational Therapy International 2018: 5376764
Matuska, K., Bass, J., & Schmitt, J. S. (2013). Life balance and perceived stress: predictors and demographic profile. OTJR (Thorofare N J), 33(3), 146-158. doi:10.3928/15394492-20130614-03
Metzelthin, S. F., van, R. E., de Witte, L. P., Ambergen, A. W., Hobma, S. O., Sipers, W., & Kempen, G. I. (2013). Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. BMJ., 347:f5264. doi: 10.1136/bmj.f5264., f5264.
Mold, J. (2017). Goal-Directed Health Care: Redefining Health and Health Care in the Era of Value-Based Care. Cureus, 9(2), e1043. doi:10.7759/cureus.1043
Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. and Elmagarmid, A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. Systematic Reviews (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.
Potter M, Gordon S, Hamer P. The Nominal Group Technique: A useful consensus methodology in physiotherapy research. NZ J Physiotherap. 2004;32(2):70-75.

Piskur B, Daniels R, Jongmans MJ, Ketelaar M, Smeets RJ, Norton M, et al. Participation and social participation: are they distinct concepts? Clin Rehabil 2014; 28: 211–220.
Purkaple, B. A., Mold, J. W., & Chen, S. (2016). Encouraging Patient-Centered Care by Including Quality-of-Life Questions on Pre-Encounter Forms. Ann Fam Med, 14(3), 221-226. doi:10.1370/afm.1905
Rizzuto D, Orsini N, Qiu C, Wang HX, Fratiglioni L. Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based
Roppolo M, Mulasso A, Gobbens RJ, Mosso CO, Rabaglietti E.Roppolo M, et al. A comparison between uni- and multidimensional frailty measures: prevalence, functional status, and relationships with disability. Clin Interv Aging. 2015 Oct 22;10:1669-78. doi: 10.2147/CIA.S92328.
Reuben, D. B., Laliberte, L., Hiris, J., & Mor, V. (1990). A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. J.Am.Geriatr.Soc., 38(8), 855-861.
Renger R., Titicomb, A.. A Three-Step Approach to Teaching Logic Models, The American Journal of Evaluation, Volume 23, Issue 4, 2002, Pages 493-503, ISSN 1098-2140, https://doi.org/10.1016/S1098-2140(02)00230-8.
Safaeinili, N, Brown-Johnson, C, Shaw, JG, Mahoney, M, Winget, M. CFIR simplified: Pragmatic application of and adaptations to the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for evaluation of a patient-centered care transformation within a learning health system. Learn Health Sys. 2020; 4:e10201. https://doi.org/10.1002/lrh2.10201
Satink, T., Josephsson, S., Zajec, J., Cup, E. H., de Swart, B. J., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2016). Negotiating role management through everyday activities: narratives in action of two stroke survivors and their spouses. Disability and Rehabilitation, 38(24), 2354-2364. doi:10.3109/09638288.2015.112944
Satink, T., & Van de Velde, D. (2018). Het kennisdomein van de ergotherapie. In A. Kinebanian & M. le Granse (Eds.), Gronslagen van de ergotherapie (2 ed., pp. 117-148). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. (Reprinted from: Not in File).
Smit LC, Schuurmans MJ, Blom JW, Fabbricotti IN, Jansen APD, Kempen GIJM, Koopmans R, Looman WM, Melis RJF, Metzelthin et al. Unravelling complex primary-care programs to maintain independent living in older people: a systematic overview. J Clin Epidemiol. 2018 Apr;96:110-119. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.12.013. Epub 2017 Dec 28.J Clin Epidemiol. 2018.PMID: 29289764
Smith, J.D., Li, D.H. & Rafferty, M.R. The Implementation Research Logic Model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. Implementation Sci 15, 84 (2020). https://doi.org/10.1186/s13012-020-01041-8.
Solis GR, Mancera BM, Shen MJ. Strategies used to facilitate the discussion of advance care planning with older adults in primary care settings: A literature review. J Am Assoc Nurse Pract. 2018 May;30(5):270-279. doi: 10.1097/JXX.0000000000000025. PMID: 29757843
Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium)
Sternberg SA, Wershof Schwartz A, Karunananthan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. J Am Geriatr Soc. 2011 Nov;59(11):2129-38.
Thandi M, Wong ST, Aponte-Hao S, Grandy M, Mangin D, Singer A, Williamson T. Strategies for working across Canadian practice-based research and learning networks (PBRLNs) in primary care: focus on frailty. BMC Fam Pract. 2021 Nov 12;22(1):220. doi: 10.1186/s12875-021-01573-y. PMID: 34772356; PMCID: PMC8590340.
Thomas A, Law M. Research utilization and evidence-based practice in occupational therapy: a scoping study. Am J Occup Ther. 2013 Jul-Aug;67(4):e55-65. doi: 10.5014/ajot.2013.006395. PMID: 23791325.
Travers J, Romero-Ortuno R, Bailey J, Cooney MT. Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. Br J Gen Pract. 2019 Jan;69(678):e61-e69.

Van de Velde D, Eijkelkamp A, Peersman W, et al. How competent are healthcare professionals in working according to a bio-psychosocial model in healthcare? The current status and validation of a scale. PLoS One 2016;11:e0164018.
Van de Velde, Dominique, Marieke Coussens, Stijn De Baets, et al. "Application of Participation in Clinical Practice : Key Issues." JOURNAL OF REHABILITATION MEDICINE 50.8 (2018): 679–695. Print
Van de Velde, D. (2012). Competenties en leerresultaten van de professionele bachelor in de ergotherapie (1 ed.). Antwerpen: Standaard uitgeverij/professional.
Van de Velde, D., Bracke, P., G., V. H., Josephsson, S., & Vanderstraeten, G. (2012). Participatie, hoe wordt het gemeten? Nederlands Wetenschappelijk Tijdschrift Ergotherapie(4)
Van de Velde, D., Bracke, P., Van Hove, G., Josephsson, S., & Vanderstraeten, G. (2010). Perceived Participation, experiences from persons with spinal cord injury in their transition period from hospital to home. Int J Rehabil Res, 33(4), 346-355.
Van de Velde, D., Bracke, P., Van Hove, G., Josephsson, S., Viaene, A., De Boever, E., . . . Vanderstraeten, G. (2016). Measuring participation when combining subjective and objective variables: the development of the Ghent Participation Scale (GPS). Eur J Phys Rehabil Med, 52(4), 527-540.
Van de Velde, D., Coorevits, P., Sabbe, L., De Baets, S., Bracke, P., Van Hove, G., . . . Vanderstraeten, G. (2016). Measuring participation as defined by the World Health Organization in the International Classification of Functioning, Disability and Health. Psychometric properties of the Ghent Participation Scale. Clin Rehabil, %20. pii: 0269215516644310., 0269215516644310.
Van de Velde, D., & De Vriendt, P. (2009). Ergotherapie in de thuiszorg, verslag van aan multidisciplinaire studie in Oost-Vlaanderen. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
Van de Velde, D., De Zutter, F., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D., & De Vriendt, P. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. BMJ Open, 9(7), e027775. doi:10.1136/bmjopen-2018-027775
Walston J, Buta B, Xue QL. Frailty Screening and Interventions: Considerations for Clinical Practice. Clin Geriatr Med. 2018 Feb;34(1):25-38.
WHO. World report on ageing and health. 2015
WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (W. H. Organisation Ed.). Geneva: World Health Organisation.

Annex 1: Profiel van de verschillende stakeholders tijdens het volledige proces

Focus groepen		**Interviews**	**World café**
Ergotherapeuten	Professional die niet konden aanwezig zijn op de focusgroepen.	Ergotherapeuten	Ergotherapeuten
verpleegkundigen		verpleegkundigen	verpleegkundigen
Geneesheren		Geneesheren	Geneesheren
Kinesitherapeuten		Kinesitherapeuten	Kinesitherapeuten
Apothekers		Apothekers	Apothekers
Psychologen		Psychologen	Psychologen
Logopedisten		Logopedisten	Logopedisten
Maatchappelijk assistenten		Maatchappelijk assistenten	Maatchappelijk assistenten
Tandartsen		Tandartsen	Tandartsen
	Vertegenwoordigers van de volgende entiteiten:		
		Patiëntenvereniging	
		Vereniging Mantelzorgers	
		Beroepsverenigingen van de bovengenoemde professionals	
		Administratie	
		Mutualiteiten	
		Koepelorganisaties	
		Organisaties voor eerstelijnsondersteuning (VIVEL, Brusano)	
		Wetenschappelijke verenigingen	
		Docenten van Universiteiten en Hogescholen.	

Annex 2: Interviewgids voor de individuele interviews en voor de focusgroepen.

Introductie: elke persoon introduceert zichzelf (miv functiebeschrijving en zijn/haar link naar de 1e lijn en ergotherapie). De gespreksleider controleert of de deelnemer de richtlijn heeft gelezen.
De volgorde van de behandelde onderwerpen volgt niet noodzakelijkerwijs de chronologie van de richtlijn.

Karakteristieken van de richtlijn :	
Wat zijn volgens u de voordelen van de implementatie van de interventies die de richtlijn voorstelt (ten opzichte van wat u in uw praktijk bereikt) = wat is de meerwaarde van het gebruik van deze richtlijn?	
Welke **moeilijkheden** ziet u bij het **implementeren** van de interventies die in de richtlijnen worden voorgesteld?	
Wat zijn de **kosten** die u voorziet voor de **implementatie** van de richtlijn (voor de 5 klinische vragen: screening – detectie, evaluatie, bepaling van doelstellingen, ergo-interventie en tenslotte de integratie van zorg)?	
Bijvragen:	Is de richtlijn aanpasbaar aan de lokale context (of zijn ze te rigide), kunnen ze indien nodig verfijnd worden? Zo ja, wat moet er worden veranderd om de richtlijnen in uw context effectief te laten zijn? Welke elementen mogen niet worden gewijzigd?
	Wat vindt u van het bewijs voor de effectiviteit van de richtlijnen: - Voor detectie – screening - Voor evaluatie - Voor het bepalen van de doelstellingen - Voor interventie - Voor de integratie van zorg
Externe factoren	
Worden de behoeften (en middelen) door ons gezondheidsstelsel als prioriteit erkend? Kunnen de aanbevelingen geïntegreerd worden binnen de Belgische zorgorganisatie? OF Welke beleidslijnen, plannen, programma's of voorschriften kunnen de implementatie van de richtlijnen helpen of belemmeren? OF Hoe kan de implementatie van screening door andere professionals dan ergotherapeuten de implementatie van de richtlijnen beïnvloeden? Vormt deze screening door andere professionals een belemmering of een facilitator voor de implementatie van de richtlijnen?	
Hoe gaan ergotherapeuten om met professionals die buiten hun organisatie werken (andere disciplines) + de tools om dit mogelijk te maken Welke tools voor het delen van informatie (documentatie, observatie, evaluatie, enz.) zou uw voorkeur hebben?	
Hoe is het mogelijk om deze richtlijn over te dragen naar het onderwijs (en zo nieuwe zorgprofessionals op te leiden in de laatste ontwikkelingen en wetenschappelijk bewijs)?	
Bijvragen:	Hoe kan de organisatie van interacties tussen ergotherapeuten en andere belanghebbenden (ziekenhuisnetwerken, andere organisaties, etc.) de implementatie van de richtlijnen beïnvloeden?
Interne Factoren	
Wat zijn de kansen en belemmeringen (in termen van inzet, betrokkenheid en verantwoordelijkheden) van het management bij de implementatie van de richtlijn?	
Bijvragen:	Hoe kan communicatie binnen uw organisatie een rol spelen bij het implementeren van de richtlijnen (formele en informele communicatie)?
	Hoe kan de cultuur binnen uw organisatie het implementatieproces (van deze richtlijnen) beïnvloeden?
	Wat zijn de structurele kenmerken van uw organisatie die het implementatieproces van de richtlijn kunnen beïnvloeden (omvang organisatie, managementstructuur…)?
Individuele kenmerken	
Voelt u zich in staat om deze richtlijnen te implementeren? Voelt u zich voldoende getraind voor deze implementatie? Wat zijn uw waargenomen sterke/zwakke punten bij het implementeren van de richtlijn?	
Bijvragen :	Hoe ervaart (percipieert) u de richtlijn?
	Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van de richtlijnen?
Implementatieproces	
Wie zijn de opinieleiders (pioniers in de uitvoering)? Op welk niveau bevinden ze zich (binnen uw organisatie, daarbuiten…)?	
Hoe obstakels overwinnen?	

Hoe is het mogelijk om begunstigden en hun naaste verzorgers te informeren over het bestaan van deze richtlijn?	
Hoe het succes van de implementatie te evalueren? Hoe kunnen we de voortgang van het implementatieproces het beste monitoren? Hoe zou u voorstellen om dit implementatieproces te evalueren (kwantitatieve, kwalitatieve feedback, enz.)? Wat zijn de verwachte resultaten (kennis, toepassing, enz.)? Op welke deadlines (jaarlijkse screening, enz.)?	
Relance	Welke actoren zijn betrokken bij de implementatie van de richtlijnen?
	Wat zijn de belangrijke elementen in de effectieve implementatie van de richtlijnen (sociale media, onderwijs, rolmodellen, training...)?
	Welke technische assistentie heeft u nodig?
	Hoe is het mogelijk om andere professionals te informeren over het bestaan van deze richtlijnen? hoe kan men weten of zij op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijnen?

Afsluiting: is er nog iets dat u zou willen toevoegen dat nog niet aan bod is gekomen (richtlijn - andere dingen)
Herinnering om de informed consent te ondertekenen en de deelnemers (her)uitnodigen voor het Worldcafé op 3 juni in de Koning Boudewijnstichting.

Annex 3: De 7 thema's en bijhorende subthema's.

	1. Strategieën op niveau van de cliënt en zijn mantelzorger
Micro	1.1. Gebruik technieken van motiverende gespreksvoering in interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger om de meerwaarde van de interventie toe te lichten, zoals aanbevolen in de richtlijn.
Micro	1.2 Informeer de cliënt en zijn mantelzorger over het belang om te starten met de interventie wanneer fysieke kwetsbaarheid wordt vastgesteld (en niet te wachten op een ongewenst voorval zoals bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis).
Micro	1.3. De identiteit en de rol van elke zorgverlener wordt uitgelegd en opgeschreven in een document in een taal die gemakkelijk toegankelijk is voor de cliënt en zijn of haar mantelzorger.
Micro	1.4. Elke zorgverlener legt tijdens de interactie duidelijk uit wat van de ergotherapie-interventie kan worden verwacht (en wat niet), binnen welk tijdsbestek.
	2. Strategieën op niveau van de individuele zorgverstrekker
Micro	2.1. De zorgprofessionals scholen zich voortdurend bij om hun competenties in de eerste lijnszorg te vergroten, specifiek voor het assessment van en het verhogen van de functionaliteit en de sociale participatie ten gevolge van kwetsbaarheid bij ouderen en miv interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken....
Micro	2.2. de opleiding omvat e-learning, simulaties, intedisciplinaire opleiding om in de eerstelijnszorg te werken, met specifieke aandacht voor de beoordeling en interventie van kwetsbaarheid.
Méso	2.3. De niet-ergotherapeuten informeren zich over het werken met ergotherapeuten, met name om hun competenties en toegevoegde waarde voor de doelpopulatie te kennen.
Méso	2.4 De ergotherapeuten nemen deel een lerend netwerk van ergotherapeuten en verenigen zich in kenniskringen of lokale kwaliteitsgroepen
	3. Strategie op niveau van de zorgverleners (en tussen zorgverleners en organisaties)
	3.1. Elektronisch patiëntendossier
Méso	3.1.1. Zet gebruiksvriendelijke elektronische (para)medische patiëntendossiers in, die toegankelijk zijn (raadpleegbaar en invulbaar) voor de ergotherapeut in de eerstelijnszorg (en alle andere betrokkenen in de gezondheidszorg en de welzijnszorg).
Macro	3.1.2 Zorg ervoor dat het patiëntendossier voldoet aan de huidige rapportagenormen en voorzie afspraken m.b.t. rapportage zodat ergotherapeutische informatie kan verstrekt worden aan andere zorg- en welzijnsprofessionals.
Méso	3.1.3. Voorzie een opleiding voor het gebruik van deze elektronische (para)medische dossiers.
Méso	3.1.4. De levensdoelen van de client en zijn mantelzorger zijn toegankelijk voor alle andere zorg- en welzijnsdisciplines.
	3.2. Verduidelijking van de rol
Méso	3.2.1. Verduidelijk de rollen van elke professional m.b.t. de verschillende functies zoals beschreven in de richtlijn: wie kan de screening doen, naar wie kan hij/zij doorverwijzen, wie doet de evaluatie, wie biedt welke interventie, etc. Geef de professionals de ondersteuning en ruimte om de rollen aan elkaar te verduidelijken.
Méso	3.2.2. Werk formele overeenkomsten uit tussen de verschillende betrokken eerstelijnsorganisaties om de rollen van elke organisatie te verduidelijken met betrekking in de richtlijn.

Méso	3.2.3 Creëer een logische workflow tussen de verschillende gezondheids- en welzijnsprofessionals in een multidisciplinaire context zodat de verwijzing, de beoordeling van de kwetsbaarheid, de evaluatie van de functionele gevolgen en de gevolgen op vlak van participatie, de ergotherapeutische interventie en de rapportering aan de huisarts vlot kunnen verlopen.
Méso	3.2.4 Creëer een workflow tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis om samenwerking rond de kwetsbare persoon na ontslag uit het ziekenhuis te verzekeren.
	3.3. Inventaris
Méso	3.3.1. Maak een inventaris op van de ergotherapeuten die werkzaam zijn binnen de eerstelijnszorg of update een reeds bestaande. Specifieer hun profiel en/of specialisatie.
Méso	3.3.2. Maak een inventaris op van de aanbieders van ergotherapie binnen de eerstelijnszorg of update een reeds bestaande. Specifieer hun profiel en/of specialisatie.
Méso	3.3.3. Maak een inventaris op van de organisaties waarnaar een ergotherapeut kan doorverwijzen of update een reeds bestaande. Specifieer hun specifieke dienstverlening.
	4. Strategieën op niveau van de autoriteiten en overheid.
	4.1. De richtlijn zelf
Richtlijn	4.1.1 Voeg het niveau van bewijs, het GRADE-niveau van de aanbevelingen en referentielijst toe aan de opgemaakte richtlijn.
Richtlijn	4.1.2 Verhoog de gebruikersvriendelijkheid van de richtlijn (leg hierbij voornamelijk de focus op taal en lay-out).
Richtlijn	4.1.3 Voorzie een samenvatting van de belangrijkste bevindingen met als doel de toepasbaarheid in de praktijk te verhogen.
Richtlijn	4.1.4 Zorg voor een eenvoudig toegankelijke (lekenversie) van de BGP op via een klassiek (papier) of elektronisch kanaal.
	4.2. Bevorder de competenties (kennis, vaardigheden en attitudes) van de betrokken ergotherapeuten om de functionaliteit bij het uitvoeren van activiteiten en de participatie van de persoon de kwetsbare oudere te verhogen
Macro	4.2.1 Voorzie een strategie om over de competenties van de ergotherapeut te communiceren op lokaal niveau, gericht op de lokale professionals. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc. Denk hier in de eerste plaats aan het richten van de communicatie tot de huisarts als gatekeeper en de apotheker als laagdrempelig aanspreekpunt.
Macro	4.2.2 Plan een communicatiestrategie gericht op professionals betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een ziekenfonds. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc.
Macro	4.2.3 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut voor de verschillende medische en paramedische beroepsverenigingen zoals bv Axxon, domus medica, etc.
Macro	4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..)
Macro	4.2.5 Werk een communicatiestrategie uit naar de 2e lijn toe betreffende de competenties van de ergotherapeut in de eerstelijnszorg.

	4.3. Voorzie proefprojecten van innovatieve financiële modaliteiten voor de vergoeding van ergotherapie.
Macro	4.3.1. Innovatieve financiële regelingen voor de vergoeding van ergotherapie en door ergotherapeuten aanbevolen interventies en materialen testen en evalueren.
Macro	4.3.2. Ontwerpen, uitvoeren en evalueren van "proeftuinen" voor het testen van forfaitaire systemen voor de financiering van ergotherapie. Hierin kan de tijd worden opgenomen die nodig is om de activiteiten te coördineren die nodig zijn om een zorgplan te ontwikkelen op basis van een onderhandelde en gedeelde beslissing.
	4.4. Verspreiden van een algemene doelgerichte zorgcultuur (Goal Oriented Care – GOC).
Macro	4.4.1. Beschouw de principes van GOC als het eindpunt van elke e-learningmodule en Levenslang leren-module voor ergotherapeuten en eerstelijnszorgverstrekkers bij kwetsbare ouderen
Macro	4.4.2. Voorzie instrumenten om de levensdoelen van kwetsbare personen te identificeren; en deze vervolgens ter beschikking te stellen voor ergotherapeuten en andere zorgverstrekkers uit de eerste lijn.
	5. Communicatie over de richtlijn.
Macro	5.1 Zorg voor een algemeen communicatieplan over het bestaan van de richtlijn via beroepsorganisaties (van de verschillende beroepsgroepen) en via sociale media.
Macro	5.2 Zorg voor een communicatieplan (via sociale media - standaard media - websites – EBP-net) met betrekking tot de effectiviteit van ergotherapie op het dagelijks functioneren en de sociale participatie.
Macro	5.3 Neem de richtlijn op als studiemateriaal in bestaande ergotherapiecurricula en in andere opleidingen waarvan het onderwerp 'frailty' deel uitmaakt. Bijvoorbeeld de opleiding tot huisarts, verpleegkunde, maatschappelijk werk, gerontologie, etc.
	6. Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, het opstellen van doelen en de ergotherapeutische interventie.
Macro	6.1 Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, doelbepaling en de interventies van de ergotherapeut bij kwetsbare ouderen
	7. Initieel en levenslang leren met betrekking tot evidence based practice (EBP).
Macro	7.1 Bied praktijkgerichte opleiding aan voor ergotherapeuten om extra competenties over eerstelijnszorg te verwerven. De specifieke focus ligt hierbij op de beoordeling en interventie van kwetsbare ouderen (interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken, doelgerichte zorg, doelen stellen, ...).
Macro	7.2 Creëer een cultuur bij ergotherapeuten om volgens EBP principes te werken.
Macro	7.3 Zorg voor toegang tot EBP bronnen voor ergotherapeuten en stimuleer het gebruik van websites als EBP-practicenet.

Annex 4: Berekende prioriteiten voor elke strategie op basis van de 1e Delphi ronde

Strategieën	Prioriteit		
	Hoog	Gemiddeld	laag
1. Strategieën op niveau van de cliënt en zijn mantelzorger			
1.1. Gebruik technieken van motiverende gespreksvoering in interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger om de meerwaarde van de interventie toe te lichten, zoals aanbevolen in de richtlijn.	X (3)		
1.2 Informeer de cliënt en zijn mantelzorger over het belang om te starten met de interventie wanneer fysieke kwetsbaarheid wordt vastgesteld (en niet te wachten op een ongewenst voorval zoals bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis).	X (3.16)		
1.3. De identiteit en de rol van elke zorgverlener wordt uitgelegd en opgeschreven in een document in een taal die gemakkelijk toegankelijk is voor de cliënt en zijn of haar mantelzorger.		X (2.29)	
1.4. Elke zorgverlener legt tijdens de interactie duidelijk uit wat van de ergotherapie-interventie kan worden verwacht (en wat niet), binnen welk tijdsbestek.		X (2.6)	
2. Strategieën op niveau van de individuele zorgverstrekker			
2.1. De zorgprofessionals scholen zich voortdurend bij om hun competenties in de eerste lijnszorg te vergroten, specifiek voor het assessment van en het verhogen van de functionaliteit en de sociale participatie ten gevolge van kwetsbaarheid bij ouderen en miv interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken....	X (3.05)		
2.2. de opleiding omvat e-learning, simulaties, intedisciplinaire opleiding om in de eerstelijnszorg te werken, met specifieke aandacht voor de beoordeling en interventie van kwetsbaarheid.		X (2.89)	
2.3. De niet-ergotherapeuten informeren zich over het werken met ergotherapeuten, met name om hun competenties en toegevoegde waarde voor de doelpopulatie te kennen.		X (2.74)	
2.4 De ergotherapeuten nemen deel een lerend netwerk van ergotherapeuten en verenigen zich in kenniskringen of lokale kwaliteitsgroepen		X (2.29)	
3. Strategie op niveau van de zorgverleners (en tussen zorgverleners en organisaties)			
3.1. Elektronisch patiëntendossier			
3.1.1. Zet gebruiksvriendelijke elektronische (para)medische patiëntendossiers in, die toegankelijk zijn (raadpleegbaar en invulbaar) voor de ergotherapeut in de eerstelijnszorg (en alle andere betrokkenen in de gezondheidszorg en de welzijnszorg).		X (2.95)	
3.1.2 Zorg ervoor dat het patiëntendossier voldoet aan de huidige rapportagenormen en voorzie afspraken m.b.t. rapportage zodat ergotherapeutische informatie kan verstrekt	X (3.12)		

worden aan andere zorg- en welzijnsprofessionals.			
3.1.3. Voorzie een opleiding voor het gebruik van deze elektronische (para)medische dossiers.		X (2.56)	
3.1.4. De levensdoelen van de client en zijn mantelzorger zijn toegankelijk voor alle andere zorg- en welzijnsdisciplines.		X (2.89)	
3.2. Verduidelijking van de rol			
3.2.1. Verduidelijk de rollen van elke professional m.b.t. de verschillende functies zoals beschreven in de richtlijn: wie kan de screening doen, naar wie kan hij/zij doorverwijzen, wie doet de evaluatie, wie biedt welke interventie, etc. Geef de professionals de ondersteuning en ruimte om de rollen aan elkaar te verduidelijken.		X (2.53)	
3.2.2. Werk formele overeenkomsten uit tussen de verschillende betrokken eerstelijnsorganisaties om de rollen van elke organisatie te verduidelijken met betrekking in de richtlijn.		X (2.44)	
3.2.3 Creëer een logische workflow tussen de verschillende gezondheids- en welzijnsprofessionals in een multidisciplinaire context zodat de verwijzing, de beoordeling van de kwetsbaarheid, de evaluatie van de functionele gevolgen en de gevolgen op vlak van participatie, de ergotherapeutische interventie en de rapportering aan de huisarts vlot kunnen verlopen.	X	(2.77)	
3.2.4 Creëer een workflow tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis om samenwerking rond de kwetsbare persoon na ontslag uit het ziekenhuis te verzekeren.	(3)	X	
3.3. Inventaris			
3.3.1. Maak een inventaris op van de ergotherapeuten die werkzaam zijn binnen de eerstelijnszorg of update een reeds bestaande. Specifieer hun profiel en/of specialisatie.		X (2.77)	
3.3.2. Maak een inventaris op van de aanbieders van ergotherapie binnen de eerstelijnszorg of update een reeds bestaande. Specifieer hun profiel en/of specialisatie.		X (2.88)	
3.3.3. Maak een inventaris op van de organisaties waarnaar een ergotherapeut kan doorverwijzen of update een reeds bestaande. Specifieer hun specifieke dienstverlening.		X (2.77)	
4. Strategieën op niveau van de autoriteiten en overheid.			
4.1. De richtlijn zelf			
4.1.1 Voeg het niveau van bewijs, het GRADE-niveau van de aanbevelingen en referentielijst toe aan de opgemaakte richtlijn.		X (2.5)	
4.1.2 Verhoog de gebruikersvriendelijkheid van de richtlijn (leg hierbij voornamelijk de focus op taal en lay-out).		X (2.875)	

4.1.3 Voorzie een samenvatting van de belangrijkste bevindingen met als doel de toepasbaarheid in de praktijk te verhogen.	X (3)		
4.1.4 Zorg voor een eenvoudig toegankelijke (lekenversie) van de BGP op via een klassiek (papier) of elektronisch kanaal.		X (2.93)	
4.2. Bevorder de competenties (kennis, vaardigheden en attitudes) van de betrokken ergotherapeuten om de functionaliteit bij het uitvoeren van activiteiten en de participatie van de persoon de kwetsbare oudere te verhogen			
4.2.1 Voorzie een strategie om over de competenties van de ergotherapeut te communiceren op lokaal niveau, gericht op de lokale professionals. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc. Denk hier in de eerste plaats aan het richten van de communicatie tot de huisarts als gatekeeper en de apotheker als laagdrempelig aanspreekpunt.		X (2.95)	
4.2.2 Plan een communicatiestrategie gericht op professionals betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een ziekenfonds. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc.		X (2.95)	
4.2.3 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut voor de verschillende medische en paramedische beroepsverenigingen zoals bv Axxon, domus medica, etc.		X (2.63)	
4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..)		(2.74)	X
4.2.5 Werk een communicatiestrategie uit naar de 2e lijn toe betreffende de competenties van de ergotherapeut in de eerstelijnszorg.			X (1.71)
4.3. Voorzie proefprojecten van innovatieve financiële modaliteiten voor de vergoeding van ergotherapie.			
4.3.1. Innovatieve financiële regelingen voor de vergoeding van ergotherapie en door ergotherapeuten aanbevolen interventies en materialen testen en evalueren.	X	(2.71)	
4.3.2. Ontwerpen, uitvoeren en evalueren van "proeftuinen" voor het testen van forfaitaire systemen voor de financiering van ergotherapie. Hierin kan de tijd worden opgenomen die nodig is om de activiteiten te coördineren die nodig zijn	X	(2.87)	

om een zorgplan te ontwikkelen op basis van een onderhandelde en gedeelde beslissing.			
4.4. Verspreiden van een algemene doelgerichte zorgcultuur (Goal Oriented Care – GOC).			
4.4.1. Beschouw de principes van GOC als het eindpunt van elke e-learningmodule en Levenslang leren-module voor ergotherapeuten en eerstelijnszorgverstrekkers bij kwetsbare ouderen		X (2.72)	
4.4.2. Voorzie instrumenten om de levensdoelen van kwetsbare personen te identificeren; en deze vervolgens ter beschikking te stellen voor ergotherapeuten en andere zorgverstrekkers uit de eerste lijn.		X (2.83)	
5. Communicatie over de richtlijn.			
5.1 Zorg voor een algemeen communicatieplan over het bestaan van de richtlijn via beroepsorganisaties (van de verschillende beroepsgroepen) en via sociale media.		X (2.94)	
5.2 Zorg voor een communicatieplan (via sociale media - standaard media - websites – EBP-net) met betrekking tot de effectiviteit van ergotherapie op het dagelijks functioneren en de sociale participatie.		X (2.77)	
5.3 Neem de richtlijn op als studiemateriaal in bestaande ergotherapiecurricula en in andere opleidingen waarvan het onderwerp 'frailty' deel uitmaakt. Bijvoorbeeld de opleiding tot huisarts, verpleegkunde, maatschappelijk werk, gerontologie, etc.	(3.16)	X	
6. Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, het opstellen van doelen en de ergotherapeutische interventie.			
6.1 Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, doelbepaling en de interventies van de ergotherapeut bij kwetsbare ouderen	X	(2.61)	
7. Initieel en levenslang leren met betrekking tot evidence based practice (EBP).			
7.1 Bied praktijkgerichte opleiding aan voor ergotherapeuten om extra competenties over eerstelijnszorg te verwerven. De specifieke focus ligt hierbij op de beoordeling en interventie van kwetsbare ouderen (interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken, doelgerichte zorg, doelen stellen, ...).		X (2.95)	
7.2 Creëer een cultuur bij ergotherapeuten om volgens EBP principes te werken.		X (2.78)	
7.3 Zorg voor toegang tot EBP bronnen voor ergotherapeuten en stimuleer het gebruik van websites als EBP-practicenet.		X (2.79)	

Annex 5: Prioritering van de 1e Delphi ronde per type professional

Strategieën	Prioriteit
1. Strategieën op niveau van de cliënt en zijn mantelzorger	
1.1. Gebruik technieken van motiverende gespreksvoering in interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger om de meerwaarde van de interventie toe te lichten, zoals aanbevolen in de richtlijn.	Ergo >
1.2 Informeer de cliënt en zijn mantelzorger over het belang om te starten met de interventie wanneer fysieke kwetsbaarheid wordt vastgesteld (en niet te wachten op een ongewenst voorval zoals bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis).	Ergo > I laag
1.3. De identiteit en de rol van elke zorgverlener wordt uitgelegd en opgeschreven in een document in een taal die gemakkelijk toegankelijk is voor de cliënt en zijn of haar mantelzorger.	Ergo <
1.4. Elke zorgverlener legt tijdens de interactie duidelijk uit wat van de ergotherapie-interventie kan worden verwacht (en wat niet), binnen welk tijdsbestek.	=
2. Strategieën op niveau van de individuele zorgverstrekker	
2.1. De zorgprofessionals scholen zich voortdurend bij om hun competenties in de eerste lijnszorg te vergroten, specifiek voor het assessment van en het verhogen van de functionaliteit en de sociale participatie ten gevolge van kwetsbaarheid bij ouderen en miv interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken....	Ergo >
2.2. de opleiding omvat e-learning, simulaties, intedisciplinaire opleiding om in de eerstelijnszorg te werken, met specifieke aandacht voor de beoordeling en interventie van kwetsbaarheid.	=
2.3. De niet-ergotherapeuten informeren zich over het werken met ergotherapeuten, met name om hun competenties en toegevoegde waarde voor de doelpopulatie te kennen.	=
2.4 De ergotherapeuten nemen deel een lerend netwerk van ergotherapeuten en verenigen zich in kenniskringen of lokale kwaliteitsgroepen	Ergo > hoog
3. Strategie op niveau van de zorgverleners (en tussen zorgverleners en organisaties)	
3.1. Elektronisch patiëntendossier	
3.1.1. Zet gebruiksvriendelijke elektronische (para)medische patiëntendossiers in, die toegankelijk zijn (raadpleegbaar en invulbaar) voor de ergotherapeut in de eerstelijnszorg (en alle andere betrokkenen in de gezondheidszorg en de welzijnszorg).	=
3.1.2 Zorg ervoor dat het patiëntendossier voldoet aan de huidige rapportagenormen en voorzie afspraken m.b.t. rapportage zodat ergotherapeutische informatie kan verstrekt worden aan andere zorg- en welzijnsprofessionals.	Ergo <
3.1.3. Voorzie een opleiding voor het gebruik van deze elektronische (para)medische dossiers.	=
3.1.4. De levensdoelen van de client en zijn mantelzorger zijn toegankelijk voor alle andere zorg- en welzijnsdisciplines.	=
3.2. Verduidelijking van de rol	

3.2.1. Verduidelijk de rollen van elke professional m.b.t. de verschillende functies zoals beschreven in de richtlijn: wie kan de screening doen, naar wie kan hij/zij doorverwijzen, wie doet de evaluatie, wie biedt welke interventie, etc. Geef de professionals de ondersteuning en ruimte om de rollen aan elkaar te verduidelijken.	=
3.2.2. Werk formele overeenkomsten uit tussen de verschillende betrokken eerstelijnsorganisaties om de rollen van elke organisatie te verduidelijken met betrekking in de richtlijn.	=
3.2.3 Creëer een logische workflow tussen de verschillende gezondheids- en welzijnsprofessionals in een multidisciplinaire context zodat de verwijzing, de beoordeling van de kwetsbaarheid, de evaluatie van de functionele gevolgen en de gevolgen op vlak van participatie, de ergotherapeutische interventie en de rapportering aan de huisarts vlot kunnen verlopen.	=
3.2.4 Creëer een workflow tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis om samenwerking rond de kwetsbare persoon na ontslag uit het ziekenhuis te verzekeren.	Ergo <
3.3. Inventaris	
3.3.1. Maak een inventaris op van de ergotherapeuten die werkzaam zijn binnen de eerstelijnszorg of update een reeds bestaande. Specifieer hun profiel en/of specialisatie.	Ergo <
3.3.2. Maak een inventaris op van de aanbieders van ergotherapie binnen de eerstelijnszorg of update een reeds bestaande. Specifieer hun profiel en/of specialisatie.	Ergo <
3.3.3. Maak een inventaris op van de organisaties waarnaar een ergotherapeut kan doorverwijzen of update een reeds bestaande. Specifieer hun specifieke dienstverlening.	=
4. Strategieën op niveau van de autoriteiten en overheid.	
4.1. De richtlijn zelf	
4.1.1 Voeg het niveau van bewijs, het GRADE-niveau van de aanbevelingen en referentielijst toe aan de opgemaakte richtlijn.	Ergo <
4.1.2 Verhoog de gebruikersvriendelijkheid van de richtlijn (leg hierbij voornamelijk de focus op taal en lay-out).	Ergo < laag
4.1.3 Voorzie een samenvatting van de belangrijkste bevindingen met als doel de toepasbaarheid in de praktijk te verhogen.	Ergo <
4.1.4 Zorg voor een eenvoudig toegankelijke (lekenversie) van de BGP op via een klassiek (papier) of elektronisch kanaal.	Ergo <
4.2. Bevorder de competenties (kennis, vaardigheden en attitudes) van de betrokken ergotherapeuten om de functionaliteit bij het uitvoeren van activiteiten en de participatie van de persoon de kwetsbare oudere te verhogen	
4.2.1 Voorzie een strategie om over de competenties van de ergotherapeut te communiceren op lokaal niveau, gericht op de lokale professionals. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc. Denk hier in de eerste plaats aan het richten van de	=

communicatie tot de huisarts als gatekeeper en de apotheker als laagdrempelig aanspreekpunt.	
4.2.2 Plan een communicatiestrategie gericht op professionals betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een ziekenfonds. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc.	Ergo > laag
4.2.3 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut voor de verschillende medische en paramedische beroepsverenigingen zoals bv Axxon, domus medica, etc.	=
4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..)	Ergo > laag
4.2.5 Werk een communicatiestrategie uit naar de 2e lijn toe betreffende de competenties van de ergotherapeut in de eerstelijnszorg.	=
4.3. Voorzie proefprojecten van innovatieve financiële modaliteiten voor de vergoeding van ergotherapie.	
4.3.1. Innovatieve financiële regelingen voor de vergoeding van ergotherapie en door ergotherapeuten aanbevolen interventies en materialen testen en evalueren.	Ergo <
4.3.2. Ontwerpen, uitvoeren en evalueren van "proeftuinen" voor het testen van forfaitaire systemen voor de financiering van ergotherapie. Hierin kan de tijd worden opgenomen die nodig is om de activiteiten te coördineren die nodig zijn om een zorgplan te ontwikkelen op basis van een onderhandelde en gedeelde beslissing.	Ergo > hoog
4.4. Verspreiden van een algemene doelgerichte zorgcultuur (Goal Oriented Care – GOC).	
4.4.1. Beschouw de principes van GOC als het eindpunt van elke e-learningmodule en Levenslang leren-module voor ergotherapeuten en eerstelijnszorgverstrekkers bij kwetsbare ouderen	Ergo >
4.4.2. Voorzie instrumenten om de levensdoelen van kwetsbare personen te identificeren; en deze vervolgens ter beschikking te stellen voor ergotherapeuten en andere zorgverstrekkers uit de eerste lijn.	Ergo >
5. Communicatie over de richtlijn.	
5.1 Zorg voor een algemeen communicatieplan over het bestaan van de richtlijn via beroepsorganisaties (van de verschillende beroepsgroepen) en via sociale media.	Ergo >
5.2 Zorg voor een communicatieplan (via sociale media - standaard media - websites – EBP-net) met betrekking tot de effectiviteit van ergotherapie op het dagelijks functioneren en de sociale participatie.	=
5.3 Neem de richtlijn op als studiemateriaal in bestaande ergotherapiecurricula en in andere opleidingen waarvan het onderwerp 'frailty' deel uitmaakt. Bijvoorbeeld de opleiding tot huisarts, verpleegkunde, maatschappelijk werk, gerontologie, etc.	Ergo <

6. Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, het opstellen van doelen en de ergotherapeutische interventie.	
6.1 Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, doelbepaling en de interventies van de ergotherapeut bij kwetsbare ouderen	Ergo <
7. Initieel en levenslang leren met betrekking tot evidence based practice (EBP).	
7.1 Bied praktijkgerichte opleiding aan voor ergotherapeuten om extra competenties over eerstelijnszorg te verwerven. De specifieke focus ligt hierbij op de beoordeling en interventie van kwetsbare ouderen (interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken, doelgerichte zorg, doelen stellen, ...).	=
7.2 Creëer een cultuur bij ergotherapeuten om volgens EBP principes te werken.	=
7.3 Zorg voor toegang tot EBP bronnen voor ergotherapeuten en stimuleer het gebruik van websites als EBP-practicenet.	Ergo <

Annex 6: 2e Delphi ronde: vergelijking tussen prioritering van de 1e Ronde en het uiteindelijk resultaat van de 2e Ronde.

strategieën	Einde 1e ronde	Resutlaten 2e ronde
1. Strategieën op niveau van de cliënt en zijn mantelzorger		
1.1. Gebruik technieken van motiverende gespreksvoering in interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger om de meerwaarde van de interventie toe te lichten, zoals aanbevolen in de richtlijn.	Hoog	Hoog
1.2 Informeer de cliënt en zijn mantelzorger over het belang om te starten met de interventie wanneer fysieke kwetsbaarheid wordt vastgesteld (en niet te wachten op een ongewenst voorval zoals bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis).	Hoog	Hoog
1.3. De identiteit en de rol van elke zorgverlener wordt uitgelegd en opgeschreven in een document in een taal die gemakkelijk toegankelijk is voor de cliënt en zijn of haar mantelzorger.	Gemiddeld	Hoog
1.4. Elke zorgverlener legt tijdens de interactie duidelijk uit wat van de ergotherapie-interventie kan worden verwacht (en wat niet), binnen welk tijdsbestek.	Gemiddeld	Gemiddeld
2. Strategieën op niveau van de individuele zorgverstrekker		
2.1. De zorgprofessionals scholen zich voortdurend bij om hun competenties in de eerste lijnszorg te vergroten, specifiek voor het assessment van en het verhogen van de functionaliteit en de sociale participatie ten gevolge van kwetsbaarheid bij ouderen en miv interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken....	Hoog	Hoog
2.2. de opleiding omvat e-learning, simulaties, intedisciplinaire opleiding om in de eerstelijnszorg te werken, met specifieke aandacht voor de beoordeling en interventie van kwetsbaarheid.	Gemiddeld	Gemiddeld
2.3. De niet-ergotherapeuten informeren zich over het werken met ergotherapeuten, met name om hun competenties en toegevoegde waarde voor de doelpopulatie te kennen.	Gemiddeld	Gemiddeld
2.4 De ergotherapeuten nemen deel een lerend netwerk van ergotherapeuten en verenigen zich in kenniskringen of lokale kwaliteitsgroepen	Gemiddeld	Gemiddeld
3. Strategie op niveau van de zorgverleners (en tussen zorgverleners en organisaties)		
3.1. Elektronisch patiëntendossier		
3.1.1. Zet gebruiksvriendelijke elektronische (para)medische patiëntendossiers in, die toegankelijk zijn (raadpleegbaar en invulbaar) voor de ergotherapeut in de eerstelijnszorg (en alle andere betrokkenen in de gezondheidszorg en de welzijnszorg).	Gemiddeld	Gemiddeld
3.1.2 Zorg ervoor dat het patiëntendossier voldoet aan de huidige rapportagenormen en voorzie afspraken m.b.t. rapportage zodat ergotherapeutische	Hoog	Hoog

informatie kan verstrekt worden aan andere zorg- en welzijnsprofessionals.		
3.1.3. Voorzie een opleiding voor het gebruik van deze elektronische (para)medische dossiers.	Gemiddeld	Gemiddeld
3.1.4. De levensdoelen van de client en zijn mantelzorger zijn toegankelijk voor alle andere zorg- en welzijnsdisciplines.	Gemiddeld	Gemiddeld
3.2. Verduidelijking van de rol		
3.2.1. Verduidelijk de rollen van elke professional m.b.t. de verschillende functies zoals beschreven in de richtlijn: wie kan de screening doen, naar wie kan hij/zij doorverwijzen, wie doet de evaluatie, wie biedt welke interventie, etc. Geef de professionals de ondersteuning en ruimte om de rollen aan elkaar te verduidelijken.	Gemiddeld	Gemiddeld
3.2.2. Werk formele overeenkomsten uit tussen de verschillende betrokken eerstelijnsorganisaties om de rollen van elke organisatie te verduidelijken met betrekking in de richtlijn.	Gemiddeld	Gemiddeld
3.2.3 Creëer een logische workflow tussen de verschillende gezondheids- en welzijnsprofessionals in een multidisciplinaire context zodat de verwijzing, de beoordeling van de kwetsbaarheid, de evaluatie van de functionele gevolgen en de gevolgen op vlak van participatie, de ergotherapeutische interventie en de rapportering aan de huisarts vlot kunnen verlopen.	Hoog Gemiddeld	Hoog
3.2.4 Creëer een workflow tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis om samenwerking rond de kwetsbare persoon na ontslag uit het ziekenhuis te verzekeren.	Hoog	Hoog
3.3. Inventaris		
3.3.1. Maak een inventaris op van de ergotherapeuten die werkzaam zijn binnen de eerstelijnszorg of update een reeds bestaande. Specifieer hun profiel en/of specialisatie.	Gemiddeld	Gemiddeld
3.3.2. Maak een inventaris op van de aanbieders van ergotherapie binnen de eerstelijnszorg of update een reeds bestaande. Specifieer hun profiel en/of specialisatie.	Gemiddeld	Gemiddeld
3.3.3. Maak een inventaris op van de organisaties waarnaar een ergotherapeut kan doorverwijzen of update een reeds bestaande. Specifieer hun specifieke dienstverlening.	Gemiddeld	Gemiddeld
4. Strategieën op niveau van de autoriteiten en overheid.		
4.1. De richtlijn zelf		
4.1.1 Voeg het niveau van bewijs, het GRADE-niveau van de aanbevelingen en referentielijst toe aan de opgemaakte richtlijn.	Gemiddeld	Gemiddeld
4.1.2 Verhoog de gebruikersvriendelijkheid van de richtlijn (leg hierbij voornamelijk de focus op taal en lay-out).	Gemiddeld	Gemiddeld
4.1.3 Voorzie een samenvatting van de belangrijkste bevindingen met als doel de toepasbaarheid in de praktijk te verhogen.	Hoog	Hoog

4.1.4 Zorg voor een eenvoudig toegankelijke (lekenversie) van de BGP op via een klassiek (papier) of elektronisch kanaal.	Gemiddeld	Gemiddeld
4.2. Bevorder de competenties (kennis, vaardigheden en attitudes) van de betrokken ergotherapeuten om de functionaliteit bij het uitvoeren van activiteiten en de participatie van de persoon de kwetsbare oudere te verhogen		
4.2.1 Voorzie een strategie om over de competenties van de ergotherapeut te communiceren op lokaal niveau, gericht op de lokale professionals. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc. Denk hier in de eerste plaats aan het richten van de communicatie tot de huisarts als gatekeeper en de apotheker als laagdrempelig aanspreekpunt.	Gemiddeld	Gemiddeld
4.2.2 Plan een communicatiestrategie gericht op professionals betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een ziekenfonds. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc.	Gemiddeld	Gemiddeld
4.2.3 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut voor de verschillende medische en paramedische beroepsverenigingen zoals bv Axxon, domus medica, etc.	Gemiddeld	Gemiddeld
4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..)	Laag	Laag
4.2.5 Werk een communicatiestrategie uit naar de 2e lijn toe betreffende de competenties van de ergotherapeut in de eerstelijnszorg.	Laag	Laag
4.3. Voorzie proefprojecten van innovatieve financiële modaliteiten voor de vergoeding van ergotherapie.		
4.3.1. Innovatieve financiële regelingen voor de vergoeding van ergotherapie en door ergotherapeuten aanbevolen interventies en materialen testen en evalueren.	Hoog Gemiddeld	Hoog
4.3.2. Ontwerpen, uitvoeren en evalueren van "proeftuinen" voor het testen van forfaitaire systemen voor de financiering van ergotherapie. Hierin kan de tijd worden opgenomen die nodig is om de activiteiten te coördineren die nodig zijn om een zorgplan te ontwikkelen op basis van een onderhandelde en gedeelde beslissing.	Hoog Gemiddeld	Hoog
4.4. Verspreiden van een algemene doelgerichte zorgcultuur (Goal Oriented Care – GOC).		
4.4.1. Beschouw de principes van GOC als het eindpunt van elke e-learningmodule en Levenslang	Gemiddeld	Gemiddeld

leren-module voor ergotherapeuten en eerstelijnszorgverstrekkers bij kwetsbare ouderen		
4.4.2. Voorzie instrumenten om de levensdoelen van kwetsbare personen te identificeren; en deze vervolgens ter beschikking te stellen voor ergotherapeuten en andere zorgverstrekkers uit de eerste lijn.	Gemiddeld	Gemiddeld
5. Communicatie over de richtlijn.		
5.1 Zorg voor een algemeen communicatieplan over het bestaan van de richtlijn via beroepsorganisaties (van de verschillende beroepsgroepen) en via sociale media.	Gemiddeld	Gemiddeld
5.2 Zorg voor een communicatieplan (via sociale media - standaard media - websites – EBP-net) met betrekking tot de effectiviteit van ergotherapie op het dagelijks functioneren en de sociale participatie.	Gemiddeld	Gemiddeld
5.3 Neem de richtlijn op als studiemateriaal in bestaande ergotherapiecurricula en in andere opleidingen waarvan het onderwerp 'frailty' deel uitmaakt. Bijvoorbeeld de opleiding tot huisarts, verpleegkunde, maatschappelijk werk, gerontologie, etc.	Hoog	Hoog
6. Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, het opstellen van doelen en de ergotherapeutische interventie.		
6.1 Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, doelbepaling en de interventies van de ergotherapeut bij kwetsbare ouderen	Hoog Gemiddeld	Hoog
7. Initieel en levenslang leren met betrekking tot evidence based practice (EBP).		
7.1 Bied praktijkgerichte opleiding aan voor ergotherapeuten om extra competenties over eerstelijnszorg te verwerven. De specifieke focus ligt hierbij op de beoordeling en interventie van kwetsbare ouderen (interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken, doelgerichte zorg, doelen stellen, ...).	Gemiddeld	Gemiddeld
7.2 Creëer een cultuur bij ergotherapeuten om volgens EBP principes te werken.	Gemiddeld	Gemiddeld
7.3 Zorg voor toegang tot EBP bronnen voor ergotherapeuten en stimuleer het gebruik van websites als EBP-practicenet.	Gemiddeld	Gemiddeld

Annex 7: Vergelijkende tabel tussen de richtlijn aanbevelingen en de implementatiestrategieën. Voorbeeld.

	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? **Wij bevelen aan:**												
Strategieën voor implementatie/aanbevelingen richtlijn	om frailty op te sporen bij oudere thuiswonende personen vanaf 75 jaar.	dat de zorgverleners die hoog risicopersonen op frailty screenen een opleiding krijgen om de signalen en symptomen van kwetsbaarheid te leren herkennen.	dat ergotherapeuten zich profileren als expert in het screenen van problemen in het functioneren in het dagelijks leven.	om valide beoordelingsinstrumenten in de vorm van zelfrapportage, klinische observatie of een combinatie van beide te gebruiken voor het detecteren van frailty.	dat de keuze van beoordelingsinstrument voor frailty wordt bepaald door het doel dat men voor ogen heeft en de context waarin het instrument zal gebruikt worden.	dat eerstelijnsergotherapeuten zich transparant profileren als expert in het functioneren in het dagelijks leven en de omgeving waarin dit functioneren plaats vindt	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	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.	dat ergotherapeuten kwetsbare oudere personen en hoog-risicopersonen op frailty opsporen en in het kader van interdisciplinaire aanpak ook doorverwijzen naar de relevante zorgverleners.	om binnen een eerstelijnszone een procedure vast te leggen waarin is opgenomen hoe de detectie en doorverwijzing van hoog-risicopersonen aangaande kwetsbaarheid verloopt (door wie, hoe, wanneer en naar wie)*	om per eerstelijnszone een coördinator aan te duiden die dit proces monitort, concreet: opvolgt, periodisch evalueert en bijstuurt*	dat alle gezondheids- en welzijnswerkers up-to-date zijn van de opsporings- en doorverwijzingsprocedure in hun eerstelijnszone*
1. Strategieën op niveau van de cliënt en zijn mantelzorger													
1.1. Gebruik technieken van motiverende gespreksvoering in interacties met de cliënt en zijn of haar mantelzorger om de													

meerwaarde van de interventie toe te lichten, zoals aanbevolen in de richtlijn.												
1.2. Informeer de cliënt en zijn mantelzorger over het belang om te starten met de interventie wanneer fysieke kwetsbaarheid wordt vastgesteld (en niet te wachten op een ongewenst voorval zoals bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis).												
1.3. De identiteit en de rol van elke zorgverlener wordt uitgelegd en opgeschreven in een document in een taal die gemakkelijk toegankelijk is voor de cliënt en zijn of haar mantelzorger.												
1.4. Elke zorgverlener legt tijdens de interactie duidelijk uit wat van de ergotherapie-interventie kan worden verwacht (en wat niet), binnen welk tijdsbestek.												
2. Strategieën op niveau van de individuele zorgverstrekker												
2.1. De ergotherapeuten scholen zich voortdurend bij om hun competenties in de eerste lijnszorg te vergroten, specifiek voor het assessment van en het verhogen van de functionaliteit en de sociale participatie ten gevolge van kwetsbaarheid bij ouderen en miv interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken....												
2.2. de ergotherapeuten scholen zich voortdurend bij om hun competenties te vergroten om als ergotherapeut in de eerstelijnszorg te werken, met name bij de beoordeling en interventie van kwetsbaarheid.												
2.3 De niet-ergotherapeuten informeren zich over het werken met ergotherapeuten, met name om hun competenties en toegevoegde waarde voor de doelpopulatie te kennen.												
2.4 De ergotherapeuten nemen deel een lerend netwerk van ergotherapeuten en verenigen zich in kenniskringen of lokale kwaliteitsgroepen.												
3. Strategie op mesoniveau (voor zorgverleners en tussen zorgverleners en organisaties)												
3.1. Elektronisch patiëntendossier												
3.1.1. Zet gebruiksvriendelijke elektronische (para)medische patiëntendossiers in, die toegankelijk zijn (raadpleegbaar en invulbaar) voor de ergotherapeut in de eerstelijnszorg (en alle andere betrokkenen in de gezondheidszorg en de welzijnszorg).												
3.1.2. Zorg ervoor dat het patiëntendossier voldoet aan de huidige rapportagenormen en voorzie afspraken m.b.t. rapportage zodat ergotherapeutische informatie kan verstrekt worden aan andere zorg- en welzijnsprofessionals.												
3.1.3. Voorzie een opleiding voor het gebruik van deze elektronische (para)medische dossiers.												
3.1.4. de levensdoelen zijn voor de cliënt en zijn verzorger zijn beschikbaar voor alle andere zorg- en hulpverleners.												

3.2. Verduidelijking van de rol												
3.2.1. Verduidelijk de rollen van elke professional m.b.t. de verschillende functies zoals beschreven in de richtlijn: wie kan de screening doen, naar wie kan hij/zij doorverwijzen, wie doet de evaluatie, wie biedt welke interventie, etc. Geef de professionals de ondersteuning en ruimte om de rollen aan elkaar te verduidelijken.												
3.2.2. Werk formele overeenkomsten uit tussen de verschillende betrokken eerstelijnsorganisaties om de rollen van elke organisatie te verduidelijken met betrekking in de richtlijn.												
3.2.3. Creëer een logische workflow tussen de verschillende gezondheids- en welzijnsprofessionals in een multidisciplinaire context zodat de verwijzing, de beoordeling van de kwetsbaarheid, de evaluatie van de functionele gevolgen en de gevolgen op vlak van participatie, de ergotherapeutische interventie en de rapportering aan de huisarts vlot kunnen verlopen.												
3.2.4. Creëer een workflow tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis om samenwerking rond de kwetsbare persoon na ontslag uit het ziekenhuis te verzekeren.												
3.3. Inventaris												
3.3.1. Maak een inventaris op van de ergotherapeuten die werkzaam zijn binnen de eerstelijnszorg of update een reeds bestaande. Specifieer hun profiel en/of specialisatie.												
3.3.2. Maak een inventaris op van de aanbieders van ergotherapie binnen de eerstelijnszorg of update een reeds bestaande. Specifieer hun profiel en/of specialisatie.												
3.3.3. Maak een inventaris op van de organisaties waarnaar een ergotherapeut kan doorverwijzen of update een reeds bestaande. Specifieer hun specifieke dienstverlening.												
4. Strategieën op macroniveau (overheid, regering, ...)												
4.1 De richtlijn zelf												
4.1.1 Voeg het niveau van bewijs, het GRADE-niveau van de aanbevelingen en referentielijst toe aan de opgemaakte richtlijn.												
4.1.2 Verhoog de gebruikersvriendelijkheid van de richtlijn (leg hierbij voornamelijk de focus op taal en lay-out).												
4.1.3 Voorzie een samenvatting van de belangrijkste bevindingen met als doel de toepasbaarheid in de praktijk te verhogen.												
4.1.4 Zorg voor een eenvoudig toegankelijke (lekenversie) van de BGP op via een klassiek (papier) of elektronisch kanaal.												
4.2. Bevorder de competenties (kennis, vaardigheden en attitudes) van de betrokken ergotherapeuten om de												

functionaliteit bij het uitvoeren van activiteiten en de participatie van de persoon de kwetsbare oudere te verhogen												
4.2.1 Voorzie een strategie om over de competenties van de ergotherapeut te communiceren op lokaal niveau, gericht op de lokale professionals. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc. Denk hier in de eerste plaats aan het richten van de communicatie tot de huisarts als gatekeeper en de apotheker als laagdrempelig aanspreekpunt.												
4.2.2 Plan een communicatiestrategie gericht op professionals betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een ziekenfonds. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc.												
4.2.3 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut voor de verschillende medische en paramedische beroepsverenigingen zoals bv Axxon, domus medica, etc.												
4.2.4 Plan een communicatiestrategie betreffende de competenties van de ergotherapeut werkzaam in een eerstelijnszone. Breng hiervoor de voornaamste stakeholders in kaart, identificeer geschikte communicatiekanalen en media, maak een communicatieplan op, etc..) Dit voorstel was aanwezig in beide Vlaamse rondes, maar kwam niet voor in de vragenlijsten voor Franstaligen.												
4.2.5 Werk een communicatiestrategie uit naar de 2e lijn toe betreffende de competenties van de ergotherapeut in de eerstelijnszorg.												
4.3. Voorzie proefprojecten van innovatieve financiële modaliteiten voor de vergoeding van ergotherapie.												
4.3.1. Voorzie financiering voor de coördinatie van activiteiten die nodig zijn voor het opmaken van een zorgplan dat gebaseerd is op gezamenlijke besluitvorming.												
4.3.2. Ontwerp en evalueer proeftuinen om systemen voor de financiering van ergotherapie-interventies mogelijk te maken.												
4.4. Verspreiden van een algemene doelgerichte zorgcultuur (Goal Oriented Care – GOC).												
4.4.1. Beschouw de principes van GOC als het eindpunt van elke e-learningmodule en Levenslang leren-module voor ergotherapeuten en eerstelijnszorgverstrekkers bij kwetsbare ouderen												
4.4.2. Voorzie instrumenten om de levensdoelen van kwetsbare personen te identificeren; en deze vervolgens ter beschikking te stellen voor ergotherapeuten en andere zorgverstrekkers uit de eerste lijn.												

5. Communicatie over de richtlijn.												
5.1 Zorg voor een algemeen communicatieplan over het bestaan van de richtlijn via beroepsorganisaties (van de verschillende beroepsgroepen) en via sociale media.												
5.2 Zorg voor een communicatieplan (via sociale media - standaard media - websites – EBP-net) met betrekking tot de effectiviteit van ergotherapie op het dagelijks functioneren en de sociale participatie												
5.3 Neem de richtlijn op als studiemateriaal in bestaande ergotherapiecurricula en in andere opleidingen waarvan het onderwerp 'frailty' deel uitmaakt. Bijvoorbeeld de opleiding tot huisarts, verpleegkunde, maatschappelijk werk, gerontologie, etc.												
6. Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, het opstellen van doelen en de ergotherapeutische interventie.												
6.1 Zorg voor adequate financiële incentives voor detectie, doorverwijzing, doelbepaling en de interventies van de ergotherapeut bij kwetsbare ouderen.												
7. Initieel en levenslang leren met betrekking tot evidence based practice (EBP)												
7.1 Bied praktijkgerichte opleiding aan voor ergotherapeuten om extra competenties over eerstelijnszorg te verwerven. De specifieke focus ligt hierbij op de beoordeling en interventie van kwetsbare ouderen (interdisciplinair werken, autonoom werken, systeemdenken, doelgerichte zorg, doelen stellen, ...).												
7.2 Creëer een cultuur bij ergotherapeuten om volgens EBP principes te werken.												
7.3. Zorg voor toegang tot EBP bronnen voor ergotherapeuten en stimuleer het gebruik van websites als EBP-practicenet.												