

6

*©Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Zuyd Hogeschool*

**Inhoudsopgave**

[**Voorwoord**](#_Toc91099915)

[**Samenvatting**](#_Toc91099916)

[**1 Inleiding** 1](#_Toc91099917)

[**2 Methode** 8](#_Toc91099918)

[2.1 Design 8](#_Toc91099919)

[2.2 Populatiebeschrijving 8](#_Toc91099920)

[2.3 Procedure 9](#_Toc91099921)

[2.3.1 Wervingsprocedure 9](#_Toc91099922)

[2.3.2 Onderzoeksprocedure 10](#_Toc91099923)

[2.4 Dataverzameling 12](#_Toc91099924)

[2.5 Data-analyse 13](#_Toc91099925)

[**3 Resultaten** 16](#_Toc91099926)

[3.1 Deelnemende fysiotherapeuten 16](#_Toc91099927)

[3.2 Categorieën en de codeboom 18](#_Toc91099928)

[3.3 Heterogeniteit van de indexziekte 20](#_Toc91099929)

[3.4 Interdisciplinaire samenwerking 20](#_Toc91099930)

[3.5 Verwijsgegevens van de arts 21](#_Toc91099931)

[3.6 Comorbiditeiten bij patiënten met COPD 21](#_Toc91099932)

[3.7 Omgang met comorbiditeiten in het diagnostisch proces 23](#_Toc91099933)

[3.8 Omgang met comorbiditeiten in het therapeutisch proces 25](#_Toc91099934)

[3.9 Beïnvloeding keuzes in het FMH 26](#_Toc91099935)

[3.10 Ondersteuning 27](#_Toc91099936)

[**4 Discussie** 30](#_Toc91099937)

[**Literatuurlijst** 38](#_Toc91099938)

[**Bijlagen** 44](#_Toc91099939)

[Bijlage 1 - Wervingsmail 44](#_Toc91099940)

[Bijlage 2 - Geadresseerden fysiotherapiepraktijken 45](#_Toc91099941)

[Bijlage 3 - Wervingsbrief 47](#_Toc91099942)

[Bijlage 4 - Proefpersoneninformatie 49](#_Toc91099943)

[Bijlage 5 - Toestemmingsformulier proefpersoon 54](#_Toc91099944)

[Bijlage 6 – Interview guideline 56](#_Toc91099945)

[Bijlage 7 – Audiovideo-opname constent formulier 61](#_Toc91099946)

[Bijlage 8 – Demografische vragenlijst 62](#_Toc91099947)

[Bijlage 9 - Contactformulier 63](#_Toc91099948)

[Bijlage 10 - Topiclijst 65](#_Toc91099949)

[Bijlage 11 – Codeboom 68](#_Toc91099950)

# **Voorwoord**

In het kader van onze afstudeeropdracht voor de Bacheloropleiding tot Fysiotherapeut op Zuyd Hogeschool te Heerlen is deze scriptie geschreven door Maud Bosch, Melissa Scheffer en Ruby van der Loos. Wij hebben onderzoek gedaan naar de integratie van de comorbiditeiten bij patiënten met COPD in het fysiotherapeutisch methodisch handelen. Het onderzoek is uitgevoerd over de periode van september 2021 tot en met december 2021.

Graag willen wij een aantal mensen bedanken voor hun inzet en hulpbetoon. Allereerst willen wij Dr. Emmylou Beekman bedanken voor haar uitgebreide feedback, duidelijke begeleiding en betrokkenheid gedurende het traject. Daarnaast willen wij ook onze tweede begeleider Loek van der Heide bedanken voor haar concrete feedback op onze scriptie. Verder willen wij alle fysiotherapeuten, die deelgenomen hebben aan ons onderzoek, bedanken voor hun inzet en tijd. Als laatste willen wij elkaar en onze directe omgeving bedanken voor hun support tijdens het afstudeertraject.

Heerlen, December 2021

Maud Bosch, Melissa Scheffer en Ruby van der Loos

# **Samenvatting**

**Inleiding:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is wereldwijd een gezondheidsprobleem voor de maatschappij en wordt gekenmerkt door een heterogene patiëntenpopulatie. Comorbiditeit blijkt over het algemeen onderbehandeld te zijn. In de literatuur wordt onvoldoende beschreven hoe de comorbiditeiten hedendaags geïntegreerd worden in het fysiotherapeutisch methodisch handelen (FMH). Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de huidige integratie van comorbiditeiten in het FMH, waarmee eerstelijns fysiotherapeuten inzicht zullen krijgen in hoe de fysiotherapie vormgegeven wordt. De onderzoeksvraag luidt: ‘In hoeverre integreren fysiotherapeuten in de eerste lijn de comorbiditeiten bij patiënten met COPD in het FMH?’

**Methode:** In dit onderzoek werd gekozen voor een kwalitatief design met semi-gestructureerde interviews. De onderzoekspopulatie betrof eerstelijns fysiotherapeuten die ervaring hadden met behandelen van patiënten met COPD en comorbiditeiten. De interviews waren opgenomen, vervolgens verbatim getranscribeerd en a.d.h.v. ‘directed content analysis’ geanalyseerd.

**Resultaten:** De acht participanten hadden een spreidingsbreedte in leeftijd (41 jaar), in het aantal behandelde COPD-patiënten (17 patiënten) en in werkervaring (41,5 jaar). Acht categorieën bleken relevant: ‘Heterogeniteit van de indexziekte’, ‘Interdisciplinaire samenwerking’, ‘Verwijsgegevens van de arts’, ‘Comorbiditeiten bij patiënten met COPD’, ‘Omgang met comorbiditeiten in het diagnostisch proces’, ‘Omgang met comorbiditeiten in het therapeutisch proces’, ‘Beïnvloeding keuzes in het FMH’ en ‘Ondersteuning’. Uit de resultaten bleek dat de verwijzing van de arts, ondanks het belang van interdisciplinaire samenwerking, zelden compleet was m.b.t. de comorbiditeiten. De COPD beïnvloedt de comorbiditeiten nadelig en vice versa. Gedurende het therapeutisch proces vindt de integratie plaats d.m.v. aanpassingen op het gebied van soort, duur en intensiteit van de oefening.

**Discussie:** Geconcludeerd kan worden dat fysiotherapeuten ervaren dat comorbiditeiten geïntegreerd worden bij patiënten met COPD. Een belangrijke aanbeveling voor de praktijk is het creëren van laagdrempeliger interdisciplinair contact. Tevens is toekomstig onderzoek nodig naar de hiaten waar therapeuten in dit onderzoek tegenaan liepen bij de integratie.

# **1 Inleiding**

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is een gezondheidsprobleem voor de maatschappij wat zich wereldwijd uitstrekt en wordt bovendien sinds 2021 als één van de drie belangrijkste doodsoorzaken gezien volgens de World Health Organization (WHO) (World Health Organization, 2020). De hoge mate van sterfte kan voornamelijk verklaard worden door de toename van rokers, een vermindering van sterfte door andere veelvoorkomende doodsoorzaken en de wereldwijde vergrijzing. Parallel aan de groeiende sterftecijfers staat de toename van het aantal patiënten met COPD in de toekomst. Uitgaande van demografische ontwikkelingen zal dit aantal met 38% toenemen tussen 2005 en 2025 (Van der Kwartel, Bloemendaal, Van der Velde, & Van der Wind, 2012). Door de toename wordt verwacht dat fysiotherapeuten steeds meer te maken krijgen met deze patiëntengroep.

In 2019 hadden in Nederland 584.600 patiënten COPD, hiervan waren 291.400 mannelijk en 293.200 vrouwelijk (Volksgezondheid en Zorg, 2019). De jaarprevalentie van COPD komt daarmee neer op 33,8 per 1000 mannen en op 33,6 per 1000 vrouwen, op basis van een schatting van alle patiënten met COPD die bij de huisarts bekend waren. Om COPD te definiëren gebruikt de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) de volgende definitie:

“Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a common, preventable and treatable disease that is characterized by persistent respiratory symptoms and airflow limitation that is due to airway and/or alveolar abnormalities usually caused by significant exposure to noxious particles or gases and influenced by host factors including abnormal lung development. Significant comorbidities may have an impact morbidity and mortality” (GOLD, 2021).

Volgens bovenstaande definitie is COPD een ziekte die veroorzaakt wordt door blootstelling aan schadelijke gassen of deeltjes die beïnvloed worden door een verscheidenheid aan risicofactoren. Wereldwijd is roken de meest voorkomende risicofactor voor COPD (Forum of International Respiratory Societies, 2017). Door roken worden de longen ernstig beschadigd (Longcijfers, 2019), waardoor de longziekte zich gemakkelijker kan ontwikkelen (Gosselink & Decramer, 2016). Ongeveer 40-50% van de mensen die levenslang roken, ontwikkelt COPD (Gibson, 2013). Terwijl 10% van de mensen die nog nooit gerookt hebben deze ziekte ontwikkelen. Een ondergewaardeerde risicofactor voor COPD is langdurige blootstelling aan stoffen en dampen (Vestbo et al., 2013) en is bij circa 15% van de patiënten de oorzaak voor het ontstaan van COPD (Longcijfers, 2019). Een zeldzame oorzaak van het ontstaan van de ziekte is erfelijkheid (circa 5.000 tot 10.000 personen in Nederland).

Tegenwoordig is inzichtelijker hoe risicofactoren uiteindelijk COPD veroorzaken (Gosselink & Decramer, 2016). In de ontstoken luchtwegen van de patiënten is namelijk een ontstekingsinfiltraat aanwezig dat macrofagen bevat. Deze macrofagen kunnen worden geactiveerd door blootstelling aan (eerdergenoemde) risicofactoren en scheiden proteïnasen af die het longcytoskelet aantasten. Deze aantasting veroorzaakt een verandering in de elastische en collagene vezels van de long, waardoor de elasticiteit van het longweefsel afneemt. De afname in elasticiteit heeft als gevolg een vernauwing van de luchtwegen (luchtwegobstructie). Dit veroorzaakt een vermindering van de elastische retractiekracht (emfyseem) en een disfunctie van de kleine en grote luchtwegen (chronische obstructieve bronchitis), waardoor een veranderde longmechanica ontstaat. Het proces van de veranderde longmechanica zorgt voor kenmerkende symptomen bij patiënten met COPD. Voorbeelden van deze kenmerkende symptomen zijn chronisch hoesten, dyspnoe en overmatige aanmaak van sputum. Deze klachten kunnen erger worden door verandering van lucht(gassen) en omgevingstemperaturen (Vestbo et al., 2013). Een exacerbatie, ook wel longaanval genoemd, is een acute verergering van de (bovenstaande) symptomen (GOLD, 2021). Exacerbaties in combinatie met comorbiditeiten bij patiënten met COPD versterken de morbiditeit, leiden tot meer ziekenhuisopnames en veroorzaken hogere kosten voor de gezondheidszorg (Cavaillès et al., 2013). Vroegtijdig diagnosticeren en behandelen van COPD met of zonder acute exacerbaties en comorbiditeiten is daarom van belang.

Een arts stelt de diagnose COPD op basis van anamnestische gegevens en diagnostische spirometrie. De anamnestische gegevens die van meerwaarde zijn voor het stellen van de diagnose betreffen symptomen, voorgeschiedenis en comorbiditeiten (Bisschof et al., 2021). Een uitkomstmaat in de spirometrie is de maximale geforceerde uitademing in één seconde, ook wel Forced Expiratory Volume in 1 sec (FEV1) (Gosselink & Decramer, 2016). Op basis hiervan kunnen patiënten onderverdeeld worden in vier gradaties volgens de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Deze gradaties betreffen GOLD 1 (mild), GOLD 2 (matig), GOLD 3 (ernstig) en GOLD 4 (zeer ernstig) (Visser, Kok, Spies, & Buurman, 2020). Literatuur ondersteund dat de FEV1 een slechte voorspeller is van de inspanningsbeperking, ernst van kortademigheid en verslechtering van de gezondheidstoestand (Vestbo et al., 2013). Voor fysiotherapeutische behandeling heeft de herziene Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)-richtlijn COPD zes patiëntenprofielen opgesteld (Vreeken et al., 2020). Deze indeling wordt vastgesteld op basis van de kenmerken: ziektestabiliteit, symptoomlast, fysieke capaciteit en fysieke activiteit. Zowel de ziektestabiliteit als de symptoomlast worden beoordeeld door de huisarts of longarts. De ziektestabiliteit wordt bepaald door het aantal longaanvallen met of zonder ziekenhuisopname. Bij het beoordelen van de symptoomlast wordt gebruik gemaakt van de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) (Van der Molen et al., 2003) of de COPD Assessment Test (CAT) (Jones et al., 2009). De therapeut beoordeelt vervolgens de fysieke capaciteit middels de 6 Minuten Wandeltest (6MWT) (Butland, Pang, Gross, Woodcock, & Geddes, 1982) en de fysieke activiteit middels de activiteitenmeter (Mantoani, Rubio, McKinstry, MacNee, & Rabinovich, 2016). De aanpak van de fysiotherapeutische behandeling verschilt per profiel. Ten eerste wordt bij profiel 1 en 2 geen fysiotherapie geadviseerd, maar zelfmanagement gestimuleerd. Bij profiel 3, 4 en 5 is een indicatie voor eerstelijns fysiotherapeutische behandeling. Ten slotte is bij profiel 6 longrevalidatie in de tweede- of derde lijn geïndiceerd. Bovendien maakt de KNGF-richtlijn onderscheid in drie subgroepen, waaronder handelen bij comorbiditeiten. Hierin staat beschreven dat kennis en vaardigheden met betrekking tot de comorbiditeit een vereiste zijn, hierbij geldt de stelregel ‘onbekwaam is onbevoegd’. Dus indien de therapeut de benodigde kennis en vaardigheden m.b.t. de comorbiditeit niet volledig beheerst, dient doorverwezen te worden naar een therapeut die hier wel over beschikt.

De term comorbiditeit wordt als volgt gedefinieerd:

“Any distinct additional clinical entity that has existed or that may occur during the clinical course of a patient who has the index disease under study” (Feinstein, 1970).

Momenteel wordt nog gediscussieerd waarop de definitie zich moet richten, op de indexziekte die centraal staat of juist op de wijze waarop de aandoeningen invloed hebben op de indexziekte (Almirall & Fortin, 2013).

De literatuur laat veel verschillende prevalenties zien per comorbiditeit bij patiënten met COPD. Studies rapporteren dat 80-98% van de patiënten met COPD één of meer comorbiditeiten hebben (Putcha, Drummond, Wise, & Hansel, 2015; Smith & Wrobel, 2014). Een verklaring voor het grote verschil in deze cijfers kan zijn dat er veel heterogeniteit is in de onderzoekspopulaties (Franssen & Rochester, 2014). De meest voorkomende comorbiditeiten bij COPD zijn: cardiovasculaire aandoeningen, osteoporose, angst en depressie, metabolische syndroom en cognitieve beperkingen (Hillas, Perlikos, Tsiligianni, & Tzanakis, 2015; Putcha et al., 2015; GOLD, 2021). Cardiovasculaire aandoeningen bevatten de hoogste prevalentie als comorbiditeit bij COPD (Morgan, Zakiri, & Quint, 2018), namelijk 70% (GOLD, 2021). Gevolgen van deze aandoeningen zijn een verhoogd risico op ziekenhuisopname, een langere ligduur en vroegtijdige sterfte (Morgan et al., 2018). De toename van ziekenhuisopnames verminderd lichamelijke conditie en spierstatus waardoor, met name de oudere patiënten een groter risico lopen op een valpartij (van Ancum, 2020). Een mogelijke verklaring voor de aanwezigheid van cardiovasculaire aandoeningen bij COPD is een overeenkomst in risicofactoren, namelijk roken en leeftijd (Hillas et al., 2015). Verder wordt verondersteld dat systemische ontstekingen een belangrijke link vormen tussen comorbiditeiten en COPD (Negewo, Gibson, & McDonald, 2015). Het normale verouderingsproces laat zien dat veroudering gekenmerkt wordt door chronische en laaggradige systemische ontstekingen. Comorbiditeiten bij COPD zoals hartfalen, diabetes mellitus type 2 en longkanker worden mogelijk in stand gehouden door deze ontstekingen.

In de literatuur zijn vier soorten verbanden benoemd tussen de indexziekte en comorbiditeiten (Van Weel & Schellevis, 2006):

1. Complicerend, wat de behandeling van de indexziekte ingewikkelder maakt;
2. Causaal, ziekte met pathofysiologie die gemeenschappelijk is;
3. Intercurrent, verwijst naar ziektes met een werking op elkaar;
4. Gelijktijdig, zonder relatie tot de indexziekte, maar naast elkaar bestaand.

Op basis van deze indeling kan de zorg vormgegeven worden voor de patiënt. Bij de eerste subgroep is het ingewikkeld om de zorg vorm te geven, aangezien de behandeling van de indexziekte door de comorbiditeiten complex beïnvloed kan worden. Indien een patiënt ernstige knie-artrose heeft, kan het zijn dat de patiënt de COPD-gerichte oefentherapie niet volledig kan uitvoeren (Beekman et al., 2013). Bij een causaal gemeenschap kan gebruik worden gemaakt van een combinatie van (minstens) twee ziekte specifieke richtlijnen, bijvoorbeeld de KNGF-richtlijn COPD en de KNGF-richtlijn osteoporose. Een voorbeeld van een intercurrent verband is dat bij patiënten met COPD en vaatproblematiek de saturatie kan afnemen in een laat stadium van de COPD tijdens inspanning (Beekman et al., 2013). Als laatste komt het gelijktijdige verband vooral voor bij veroudering gerelateerde ziekten wanneer de comorbiditeit gekoppeld is aan kwetsbaarheid (Van Weel & Schellevis, 2006). De literatuur duidt aan dat dementie bij een patiënt met COPD de gebruikswijze bijhorend bij een inhalatieapparaat nadelig kan beïnvloeden (Ranzini, Schiavi, Pierobon, Granata, & Giardini, 2020).

Comorbiditeiten zijn niet alleen van invloed op het beloop van de primaire aandoening, maar ook op de kwaliteit van leven (Burgel et al., 2013). Verder hebben comorbiditeiten een sterke associatie met mortaliteit (Putcha et al., 2015). Deze gevolgen van de comorbiditeiten veroorzaken dilemma’s voor de zorgprofessionals. Binnen de fysiotherapie kunnen oefentherapie, adviezen en diagnostische methoden tegenstrijdig zijn met de aanwezige comorbiditeiten bij patiënten met COPD (Beekman et al., 2013). Het stimuleren van de fysieke activiteit vormt hierbij een mogelijk dilemma, doordat deze beperkt wordt door de comorbiditeiten en niet door de indexziekte (Sievi et al., 2015). Indien binnen de fysiotherapie de medicatie tijdens het diagnostisch proces niet voldoende in kaart wordt gebracht, kan dit een dilemma vormen. Het gebrek aan deze medische informatie kan gevolgen hebben voor de afname van fysieke testen. Op het moment dat de therapeut bijvoorbeeld geen kennis heeft van het gebruik van bètablokkers door een patiënt, kan niet van de maximale hartslag worden uitgegaan om de juiste trainingsprikkel toe te dienen. Dit leidt tot meer ziekgerichte zorg, terwijl patiëntgerichte zorg aanbevolen wordt (Van Weel & Schellevis, 2006). Een voordeel van patiëntgerichte zorg is een verbetering van de prognoses en het verlagen van de ziektekosten (Carlin, 2012).

De herziene KNGF-richtlijn COPD beveelt fysiotherapeuten aan om middels anamnestische gegevens en medische verwijsgegevens comorbiditeiten te inventariseren (Vreeken et al., 2020). De medische verwijsgegevens moeten minimaal de volgende aspecten bevatten: medische diagnose, medicatiegebruik, comorbiditeiten (specifiek gerelateerd aan inspanning) en verslag van laboratoriumtests. Echter in 33% van de gevallen ontbreekt de medische diagnose in de verwijzing van de huisarts (Liu & Fletcher, 2006). Het is dus van groot belang dat de fysiotherapeuten alert blijven op symptomen die mogelijk kunnen wijzen op onbekende en/of nieuwe comorbiditeiten (Vreeken et al., 2020). Aanvullend op de anamnestische gegevens worden in de KNGF-richtlijn COPD een aantal aanbevolen meetinstrumenten geadviseerd: 6MWT (Butland et al., 1982), Cardiopulmonary Exercise Test (CPET) (National Institute for Health and Care Excellence, 2016), saturatiemeter (Aoyagi, 2003), activiteitenmeter, Patiënt Specifieke Goal-setting (PSG) (Stevens, 2017), CCQ (Van der Molen et al., 2003) en een CAT (Jones et al., 2009).

De literatuur duidt aan dat comorbiditeiten in het algemeen onderbehandeld zijn (Smith & Wrobel, 2014). De reden hiervoor is niet duidelijk. In de literatuur wordt namelijk geen verdere toelichting of verklaring gegeven voor deze onderbehandelde nevenaandoeningen. Desondanks laat zowel de farmacologische als de niet-farmacologische behandeling zien dat het meenemen van de comorbiditeiten van groot belang is in behandeling van COPD, zodat de respons op de revalidatie verbetert en de mortaliteit vermindert kan worden (Luppi, Franco, Beghé, & Fabbri, 2008). Echter in de literatuur wordt niet beschreven hoe de comorbiditeiten op het moment geïntegreerd worden in zowel het diagnostisch als het therapeutisch proces en wat de gevolgen hiervan zijn voor het Fysiotherapeutisch Methodisch Handelen (FMH).

Fysiotherapeuten spelen een belangrijke rol in de behandeling van COPD (Gosselink & Decramer, 2016), omdat een inspanningsgericht programma een beduidende verbetering teweegbrengt in functionele inspanningscapaciteit en de status van de gezondheid bij patiënten met COPD met comorbiditeiten (Spruit, Assink, Van Vught, Van der Put, & Stams, 2016). Over het fysiotherapeutisch handelen bij patiënten met COPD en comorbiditeiten is geringe literatuur beschikbaar, wat resulteert tot het doel van dit onderzoek. Bij de behandeling van patiënten met COPD wordt verondersteld dat de trajectduur in de eerstelijnszorg langer is in vergelijking met de tweede- en/of derdelijnszorg. In dit onderzoek is daarom gekozen voor fysiotherapeuten werkzaam in de eerstelijnspraktijken. Om antwoord op de onderzoeksvraag te krijgen, zijn ervaringen nodig van fysiotherapeuten die patiënten met COPD en comorbiditeiten behandelen. Op basis van deze ervaringen kunnen gegevens worden verzameld over in hoeverre de comorbiditeiten bij patiënten met COPD geïntegreerd worden binnen de fysiotherapie, waarna een duidelijker beeld verkregen kan worden over de huidige integratie. In dit onderzoek wordt met de integratie in eerste instantie bedoeld of aan de comorbiditeiten aandacht wordt besteed in het FMH. Vervolgens wordt geanalyseerd op welke manier en hoe deze integratie plaatsvindt. Voor de eerstelijns fysiotherapeuten die patiënten met COPD en comorbiditeiten behandelen, kan inzichtelijk worden gemaakt hoe de fysiotherapie vormgegeven wordt bij deze patiëntencategorie. Om het huidige FMH bij patiënten met COPD en comorbiditeiten in kaart te brengen, is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: ‘In hoeverre integreren eerstelijns fysiotherapeuten de comorbiditeiten bij patiënten met COPD in het fysiotherapeutisch methodisch handelen?’

# **2 Methode**

In dit hoofdstuk wordt de opbouw van het onderzoek uitgewerkt. De onderdelen die aan bod komen zijn: ‘Design’, ‘Populatiebeschrijving’, ‘Procedure’, ‘Dataverzameling’ en ‘Data-analyse’.

## 2.1 Design

In dit onderzoek werd onderzocht in hoeverre fysiotherapeuten in de eerste lijn de comorbiditeiten bij patiënten met COPD integreren in het FMH. Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag werd gekozen voor kwalitatief onderzoek. Over het onderwerp van deze studie was nog dusdanig weinig bekend dat een kwantitatieve methode, zoals een enquête met gesloten vragen, geen uitkomst bood (Baarda, 2019). In dit onderzoek werden ervaringen van participanten bestudeerd middels een fenomenologische benadering (Sawatsky, Ratelle, & Beckman, 2019). Door de ervaringen en het gedrag van verschillende participanten te verzamelen werd het fenomeen, integratie van comorbiditeiten in het FMH, bestudeerd (Eskes & van Oostveen, 2021). De keuze om de ervaringen en het feitelijk gedrag te bestuderen was gebaseerd op het doel van het onderzoek en de literatuur die tot op heden bekend was (Korstjens & Moser, 2017). Doordat in een korte periode relatief veel data verzameld diende te worden, werd gekozen voor semigestructureerde interviews (Lucassen & Olde Hartman, 2007). Dit onderzoek was voorgelegd en goedgekeurd door de Medisch Ethische ToetsingsCommissie van Zuyderland en van Zuyd Hogeschool (METC-Z) onder vermelding van nummer METCZ20180041.

## 2.2 Populatiebeschrijving

De populatie van het onderzoek bestond uit fysiotherapeuten werkzaam in een eerstelijnspraktijk in de regio Limburg en Zuidoost-Brabant. De werving van deze participanten vond plaats door middel van vindplaatsgerichte steekproef (Baarda et al., 2018). Bij een vindplaatsgerichte steekproef wordt direct naar de locatie toegegaan waar de participanten zich bevinden. Minimaal acht participanten werden geselecteerd aan de hand van gepubliceerde aanbevolen range (Wouters, van Zaalen, & Bruijning, 2015). Op basis van de vraagstelling werden een aantal inclusiecriteria opgesteld, waardoor geschikte participanten voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag geïncludeerd werden. De deelnemende participant moest minimaal drie patiënten met COPD met minimaal één comorbiditeit per week behandelen, zodat de gedeelde ervaringen recent waren. Van de drie patiënten moest minimaal één patiënt langer dan 12 weken onder behandeling zijn, waardoor verschillende fases van het FMH doorlopen werden bij patiënten met COPD en comorbiditeit. In Tabel 1 zijn de inclusiecriteria opgesomd die nagegaan werden middels een aantal screeningsvragen.

Tabel 1: *Inclusiecriteria*

|  |  |
| --- | --- |
| **Inclusiecriteria:** | |
|  | De therapeut moet geregistreerd staan in het BIG\*-register\*\*; |
|  | De therapeuten moeten minimaal drie patiënten met COPD met minimaal één comorbiditeiten per week behandelen op moment van interviewen. De therapeut moet één van die drie patiënten langer dan 12 weken gevolgd hebben; |
|  | De therapeut moet werkzaam zijn in eerstelijns praktijk. |

*\* BIG: Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021).*

*\*\*Er werd gecontroleerd of de therapeuten in het BIG-register geregistreerd stonden via de site:*[*https://www.bigregister.nl/*](https://www.bigregister.nl/)

## 2.3 Procedure

In deze paragraaf wordt op chronologische wijze een toelichting gegeven van de procedure van dit onderzoek. De procedure is opgedeeld in de ‘Wervingsprocedure’ en de ‘Onderzoeksprocedure’.

### **2.3.1 Wervingsprocedure**

Middels een zoekstrategie, waarbij gebruik werd gemaakt van de webpagina van het Chronisch ZorgNet (Chronisch ZorgNet, 2021), werden fysiotherapiepraktijken gevonden. Zij ontvingen een wervingsmail (zie Bijlage 1) waarin werd gevraagd of fysiotherapeuten werkzaam waren die deel wilden nemen aan het onderzoek. De wervingsmail werd naar 22 verschillende eerstelijnspraktijken (zie Bijlage 2) verstuurd. Nadat onvoldoende reactie kwam, werden extra praktijken gezocht middels de webpagina’s van praktijken in de regio Limburg en Zuidoost-Brabant. Op de webpagina werd gezocht naar therapeuten die werkzaam waren met de patiëntengroep COPD. Deze elf extra praktijken (zie Bijlage 2) ontvingen ook een wervingsmail. Alle praktijken die aangaven geïnteresseerd te zijn voor deelname aan het onderzoek, ontvingen een tweede mail met een wervingsbrief (zie Bijlage 3). In deze brief stonden de verwachtingen van de onderzoekers naar de participanten en het doel van het onderzoek in grote lijnen beschreven. Tevens werd in deze mail een datum en tijd voorgesteld voor een belafspraak.

### **2.3.2 Onderzoeksprocedure**

Nadat negen participanten een bevestiging stuurden, werden middels een telefonisch gesprek de inclusiecriteria gecheckt en eventuele vragen beantwoord door één van de onderzoekers. Door de interviewende onderzoeker werd met de eerste acht geïncludeerde participanten een datum en locatie van het interview afgesproken. De overige geïncludeerde participant werd op een reservelijst geplaatst. Het selecteren van participanten werd gebaseerd op de werkzame locatie, waardoor een geografische spreiding over Limburg en Zuidoost-Brabant gerealiseerd werd. De participanten die geïnterviewd werden, kregen voorafgaand aan het interview een informatiebrief (zie Bijlage 4) en het toestemmingsformulier proefpersoon (zie Bijlage 5) toegestuurd per mail. In de informatiebrief werd de opzet van het onderzoek, de verwachtingen van de participanten, de voor- en nadelen van het onderzoek, de vertrouwelijkheid van gegevens, de vrijwilligheid van deelname en de resultaten van het onderzoek toegelicht. Middels het tekenen van het toestemmingsformulier werd toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek. De participanten kregen na het ondertekenen van het formulier één week bedenktijd.

Bij aankomst op de afgesproken locatie werden de stappen van de interview guideline doorlopen (zie Bijlage 6). Ten eerste werd een korte introductie gedaan tussen de geïnterviewde en de onderzoekers waarin het doel van het onderzoek werd uitgelegd. Vervolgens benadrukte de onderzoeker dat er op een vertrouwelijke wijze met de gegevens omgegaan zou worden. Tevens werd de participant gevraagd toestemming te geven voor het opnemen van het interview middels het tekenen van het audiovideo-opname consent formulier (zie Bijlage 7). Als laatste werd voorafgaand aan het interview een demografische vragenlijst (zie Bijlage 8) ingevuld door de participant om deelnemer karakteristieken in kaart te brengen. Het interview werd gefilmd met een mobiele telefoon en de video werd gewist na verwerking van de gegevens. Deze gegevens worden bewaard op de onderzoekslocatie van Zuyd Hogeschool gedurende een periode van 15 jaar. Doordat het interview gefilmd werd, kon tevens de belevingswereld van de participant door middel van non-verbale communicatie in kaart gebracht worden. Tijdens het interview waren drie onderzoekers aanwezig. Eén onderzoeker nam het interview af en de andere twee onderzoekers hadden een ondersteunende of notulerende rol. De onderzoeker met de ondersteunende rol hield bij of ieder topic aan bod kwam gedurende het interview. De notulist schreef belangrijke aspecten mee, waarna aan het eind van het interview een korte samenvatting werd gegeven door deze onderzoeker. Deze rolverdeling was in elk van de interviews gelijk waardoor dependability gedurende het gehele onderzoek getracht werd te waarborgen (Korstjens & Moser, 2018). Tijdens het onderzoek zaten de ondersteunende en de notulerende onderzoekers niet bij de interviewer en de geïnterviewde aan tafel. Omwille van een zo prettig mogelijke situatie voor de geïnterviewde luisterden zij op afstand mee.

Het eerste interview was een proefinterview, zodat zwaktes in het interview aangepast konden worden voor de resterende zeven interviews. De onderzoekers streefden naar een 30 tot 60 minuten durend interview. Na afloop van het interview vatte de notulist het gesprek samen en was er gelegenheid voor vragen of aanvullingen vanuit de participant. De onderzoekers lieten een contactformulier (zie Bijlage 9) met contactgegevens achter, zodat de participant contact op kon nemen met de onderzoekers, indien deze zich naderhand relevante informatie herinnerde voor het onderzoek.

Nadat het interview was afgenomen, werd de opname door de onderzoekers getranscribeerd. De participant ontving via de mail de transcriptie van het interview om die vervolgens op juistheid te beoordelen, wat membercheck wordt genoemd. Met de participant werd de afspraak gemaakt dat binnen zeven dagen een reactie gegeven moest worden. Indien geen reactie kwam, werd ervan uitgegaan dat de participant geen opmerkingen had. Door deze membercheck werd getracht de credibility van het onderzoek te waarborgen (Korstjens & Moser, 2018).

## 2.4 Dataverzameling

De demografische gegevens die werden verzameld van de geïnterviewde participanten betroffen ‘Leeftijd (jaren)’, ‘Geslacht (m/v)’, ‘Praktijknaam + plaats van praktijk’, ‘Plaats van fysiotherapiestudie’, ‘Werkervaring (jaren)’, ‘Specialisatie + datum diploma/certificaat’, ‘Reden voor aanmelding bij Chronisch ZorgNet’ en ‘Aantal zelf behandelde patiënten met COPD afgelopen 2 jaar’. Doordat gekozen was voor een semi-gestructureerd interview mocht gedurende het interview afgeweken worden van de volgorde van de topiclijst (zie Bijlage 10). De topiclijst bestond uit zes hoofdtopics, namelijk: ‘Voorkennis’, ‘Comorbiditeiten’, ‘Omgang met comorbiditeiten in het diagnostisch proces’, ‘Omgang met comorbiditeiten in het therapeutisch proces’, ‘Beïnvloeding keuzes in het FMH’ en ‘Ondersteuning’. Elk van deze hoofdtopics zijn onderverdeeld in een aantal subtopics. Zie hiervoor Tabel 2.

Tabel 2: *Topiclijst*

|  |  |
| --- | --- |
| **Hoofdtopic** | **Subtopic** |
| Voorkennis | * COPD * Pathofysiologie COPD * Verwijzing arts * Interdisciplinaire samenwerking |
| Comorbiditeiten | * Soorten comorbiditeiten veelvoorkomend bij COPD * Aandachtspunten per comorbiditeit * Kennis over invloed van comorbiditeiten op het FMH * Kennis van gevolgen van comorbiditeiten op kwaliteit van leven * Relatie tussen COPD en comorbiditeiten |
| Omgang met comorbiditeiten in diagnostisch proces | * Verwijzing * Pluis/ Niet pluis * Anamnese * Medicatie * Onderzoek * Klinimetrie * Diagnosestelling |
| Omgang met comorbiditeiten in therapeutisch proces | * Behandelplan * Therapie * Evaluatie * Monitoring * Afsluiting |
| Beïnvloeding keuzes in het FMH | * KNGF-richtlijn COPD * Verschil voor en na herziene richtlijn * Wetenschappelijke evidentie * Ervaring therapeut * Mening patiënt |
| Ondersteuning | * Handvatten * Mening en gedachtegang * Ervaringen (good examples & briljant faillures) * Gebreken * Hiaten |

Een beschrijving van de subtopics is terug te vinden in de rechter kolom ‘Beschrijving’ van Bijlage 10. Indien de participant gedurende het interview voor de onderzoeksvraag relevante onderwerpen naar voren bracht, die buiten de topiclijst vielen, werden deze opgenomen gedurende het interview en naderhand toegevoegd aan de topiclijst. Op basis van de topiclijst werden hoofdvragen geformuleerd (zie Bijlage 6) en verder uitgevraagd middels verschillende sub- en doorvragen. Zowel de hoofdvragen als de subvragen zijn open vraagstellingen. De onderzoekers hebben hiervoor gekozen, zodat zoveel mogelijk informatie en ervaringen verzameld kon worden. Het laatste deel van het interview betrof de afronding en afsluiting, waarin eventuele aanvullingen en/of vragen besproken werden.

## 2.5 Data-analyse

Allereerst werden de verzamelde algemene gegevens van de participanten geanalyseerd. Het nominale meetniveau (geslacht (m/v), praktijknaam + plaats van praktijk, plaats van fysiotherapiestudie, specialisatie + datum diploma/certificaat) werd in categorieën weergegeven. Het ratio meetniveau (leeftijd (jaren), werkervaring (jaren), behandelde patiënten met COPD per week (patiënten)) werd weergegeven met een mediaan en spreidingsbreedte. Bovengenoemde meetniveaus zijn weergegeven in een tabel. Andere centrum- of spreidingsmaten werden niet toegepast wegens het relatief kleine aantal participanten. De opname van de interviews werden getranscribeerd met behulp van verbatim transcriberen. Doordat de participanten tijdens het transcriberen genoteerd werden als participant 1, participant 2, etc., bleven zij anoniem in de data.

De analyse werd uitgevoerd door middel van ‘directed content analysis’ (Hsieh & Shannon, 2005). Het doel van directed content analysis in dit onderzoek is het valideren van een beschreven theoretisch kader die betrekking had op de onderbehandelde comorbiditeiten bij patiënten met COPD. Om de confirmability te waarborgen, werden de transcripten afzonderlijk geanalyseerd door twee onderzoekers (Korstjens & Moser, 2018). De transcripten werden geordend en geselecteerd in interviewfragmenten. Dit wordt ook wel het uiteenrafelen van interviewfragmenten genoemd, waarbij geen betekenis aan de fragmenten wordt toegekend (Baarda, 2019). De onderzoeksgroep maakte gebruik van gecombineerde deductieve en inductieve kenmerken (van Lanen, 2010). Het werken met vooraf opgestelde topics is een kenmerk van een deductieve analyse (van Staa & de Vries, 2014). Na het ordenen werden de fragmenten onderverdeeld in codes op basis van de vooraf opgestelde topics. Fragmenten die niet toegekend konden worden aan bestaande codes werden gecategoriseerd in nieuwe codes (Hsieh & Shannon, 2015), wat kenmerkend is voor een inductieve analyse. De twee verschillende analyses werden vervolgens vergeleken. Indien de tekstpassages toegekend werden aan verschillende codes, werd hierover gediscussieerd om consensus proberen te bereiken. In het geval dit niet lukte, bepaalde de derde onderzoeker onder welke code de tekst werd geplaatst. Het resultaat van het geanalyseerde proces was een overzicht aan codes die samenkwamen in een codeboom (Boeije, 2014).

Na het vierde interview werden de analyses vergeleken en werd beoordeeld welke topics onvoldoende informatie bevatten, zodat bij de resterende vier interviews dieper op deze onderwerpen ingegaan konden worden. Na het achtste interview werden de analyses vergeleken. Op het moment dat de geanalyseerde gegevens geen nieuwe informatie bevatten, was het principe ‘datasaturatie’ bereikt (Sawatsky et al., 2019) en werd de afname van interviews beëindigd. Indien op één of meerdere onderwerpen geen datasaturatie optrad, werd de participant van de reservelijst geïnterviewd. In de resultaten werden de gegevens zo gedetailleerd mogelijk en middels citaten geformuleerd. Wat een thick description tot gevolg had en daarmee werd de transferability getracht te waarborgen (Boeije, 2014).

# **3 Resultaten**

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die zijn verzameld in de interviews. Ten eerste worden de demografische gegevens van de deelnemende therapeuten gepresenteerd. Tevens worden afwijkingen, ten opzichte van de methode, toegelicht en worden alle categorieën in een codeboom weergegeven. Uiteindelijk zullen de resultaten per categorie beschreven worden.

## 3.1 Deelnemende fysiotherapeuten

In dit onderzoek werden 33 praktijken benaderd door middel van vindplaatsgerichte steekproef in de regio Limburg en Zuidoost-Brabant. Deze 33 praktijken ontvingen een wervingsmail. Twaalf therapeuten gaven hierop een reactie deel te willen nemen aan het onderzoek. Vervolgens ontvingen zij een wervingsbrief via de mail en werd een datum voorgesteld voor een belafspraak om de inclusiecriteria te checken. Negen therapeuten bevestigde de voorgestelde datum. Geen van deze therapeuten werden geëxcludeerd middels de inclusiecriteria. Aangezien na acht interviews op alle topics datasaturatie bereikt was, werd de negende participant afgezegd. De acht therapeuten die uiteindelijk deelnamen waren elk in een andere praktijk werkzaam, namelijk bij Fysiocompany, Fysio Daelenbroek, Fysio- en manuele therapie Seuren, Fysio Ospel, Fysiotherapie Hoofdstraat, Fysiotherapie Paul van der Weerden, Fysiotherapie van Mierlo en FysioZuyd. In een periode van twee weken werden alle acht de interviews afgenomen. Voorafgaand aan de interviews waren wijzigingen aangebracht in de vragen over de demografische gegevens. De eerste wijziging had betrekking op de vraag ‘Hoeveel patiënten met COPD heeft u in de afgelopen 2 jaar gezien?’ die veranderd werd in ‘Hoeveel patiënten met COPD ziet u ongeveer per week?’. De reden hiervoor was dat deze vraag beter aansloot bij de inclusiecriteria. Verder kwamen de onderzoekers in het proefinterview erachter dat niet alle geïnterviewde fysiotherapeuten waren aangesloten bij het Chronisch ZorgNet. De vraag in de demografische vragenlijst m.b.t. de reden voor aansluiten bij dat netwerk is daarom weggelaten. Alle resultaten van de demografische vragenlijst zijn beschreven in Tabel 3. In de tabel wordt de fysiotherapeut weergegeven als participant middels de ‘P’ en het bijbehorende nummer.

Tabel 3. *Demografische gegevens*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parti**  **Cipant (P)** | **Leeftijd**  **(jaren)** | | **Geslacht** | **Praktijknaam + plaats van praktijk** | **Plaats van fysiotherapiestudie** | **Werkervaring**  **(jaren)** | **Specialisatie + jaar diploma/certificaat** | **Aantal patiënten met COPD per week \*** |
| P1 | | 31 | V | Fysiotherapie Paul van der Weerden, Someren | Eindhoven | 11 | COPD en Astma, 2015 | 20 |
| P2 | | 58 | M | Fysio Company, Roermond | Heerlen | 35 | Cursus CIRO, 2015 + dagscholingen | 15 |
| P3 | | 52 | V | Fysiotherapie Daalenbroeck, Roermond | Heerlen | 28 | Chronisch zorgnet + cursussen\*\*, 2013 | 14 |
| P4 | | 25 | M | Fysiotherapie van Mierlo, Landgraaf | Heerlen | 3 | Cursus CIRO, 2019 | 12 |
| P5 | | 26 | M | Fysio Ospel, Ospel | Eindhoven | 3 | Cursus CIRO, 2019 | 9 |
| P6 | | 31 | M | Fysio-en manuele therapie Seuren, Nederweert | Eindhoven | 10 | COPD en Astma via NPI 2013 | 15 |
| P7 | | 23 | V | Fysio Zuyd, Maastricht | Breda | 1,5 | ProEducation 2021 | 8 |
| P8 | | 64 | V | Fysiotherapie Hoogstraat, Hoensbroek | Heerlen | 43 | Cursus CIRO, 2019 | 25 |

*\* Afzonderlijke patiënten, ongeacht hoe vaak ze per week trainen.*

*\*\*P3 wist de naam van de cursussen niet te benoemen. P3 wist wel dat een cursus bij het Chronisch ZorgNet gevolg was*

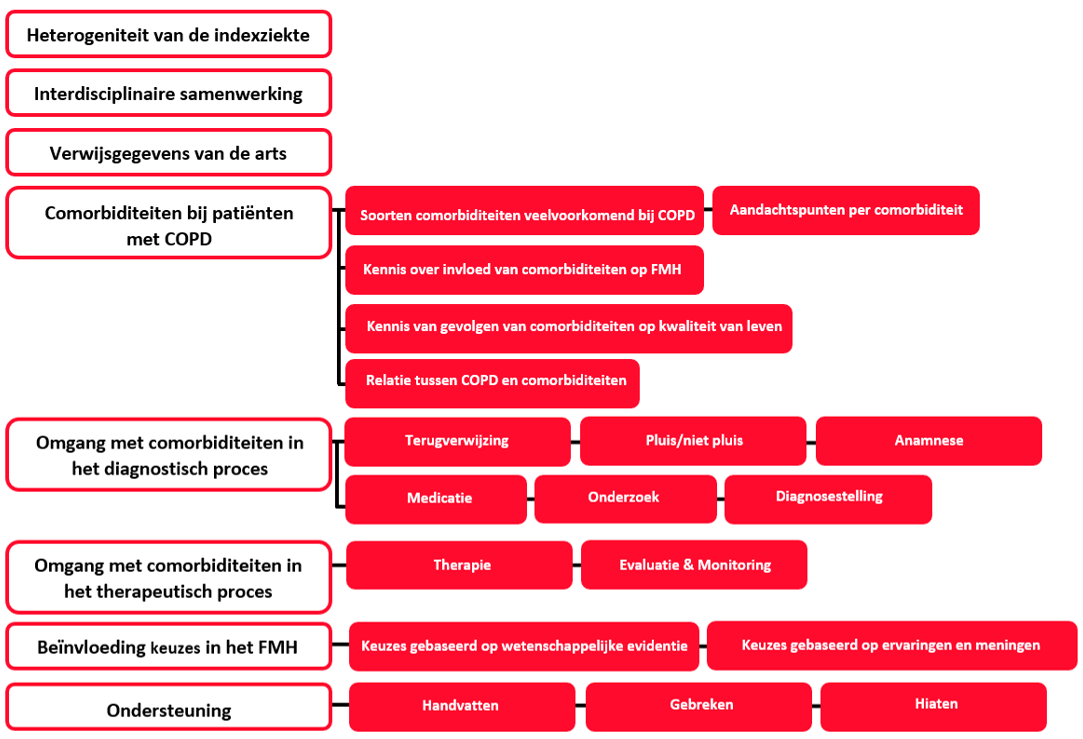
De leeftijd van de fysiotherapeuten heeft een mediaan van 31 (spreidingsbreedte 41), de werkervaring heeft een mediaan van 10,5 (spreidingsbreedte 41,5) en het aantal patiënten met COPD per week heeft een mediaan van 14,5 (spreidingsbreedte 17).

Het proefinterview vond bij de therapeut thuis plaats. De overige interviews werden afgenomen in de praktijk waar de fysiotherapeuten werkzaam waren. Gedurende het proefinterview viel de video-opname uit tussen minuut 6:18 en minuut 6:57, waardoor deze seconden niet meer terug beluisterd konden worden en enkel de notulen hiervan beschikbaar waren. De onderzoekers besloten om vanaf het volgende interview zowel een video-opname op de ene telefoon, als een audio-opname op een andere telefoon te maken. Alle fysiotherapeuten hadden toestemming gegeven voor een audio- en video-opname middels het ondertekenen van het audiovideo-opname consent formulier.

## 3.2 Categorieën en de codeboom

Tijdens de analyse werd uitgegaan van een deductieve aanpak. Gedurende het codeerproces werden een aantal wijzigingen aangebracht, waardoor ook inductief geanalyseerd werd. Als gevolg van inzichten die tijdens het proefinterview zijn opgedaan, werd de eerste aanpassing gedaan. De hoofdcategorie ‘Voorkennis’ werd gewijzigd naar drie afzonderlijke hoofcategorieën. Deze hoofdcategorieën betroffen ‘Heterogeniteit van de indexziekte’, ‘Interdisciplinaire samenwerking’ en ‘Verwijsgegevens van de arts’. De reden voor deze verandering was dat veel relevante informatie naar voren kwam in de interviews die niet toegekend kon worden aan de voormalige hoofdcategorie, waardoor het losstaande onderwerpen werden. Tevens was de hoofdcategorie 'Comorbiditeiten’ veranderd in de hoofdcategorie ‘Comorbiditeiten bij patiënten met COPD’. Bij de hoofdcategorie ‘Omgang met comorbiditeiten in het diagnostisch proces’ was in de beschrijving van de subcategorie ‘Anamnese’ de hulpvraag als aandachtspunt toegevoegd, omdat tijdens het proefinterview dit aspect relevant bleek. Tevens zijn de subcategorieën ‘Onderzoek’ en ‘Klinimetrie’ samengevoegd tot de subcategorie ‘Onderzoek’, omdat de twee categorieën veel overlap vertoonden. Bovendien vindt de afname van klinimetrie gedurende het onderzoek plaats. In de hoofdcategorie ‘Omgang met comorbiditeiten in het therapeutisch proces’ zijn meerdere wijzigingen aangebracht. Ten eerste zijn de subcategorieën ‘Behandelplan’ en ‘Afsluiting’, wegens geringe relevante informatie voor antwoord op de vraagstelling, weggehaald. Verder zijn de subcategorieën ‘Evaluatie’ en ‘Monitoring’ samengevoegd tot de subcategorie ‘Evaluatie & Monitoring’. Hiervoor is gekozen, omdat de resultaten van deze subcategorieën veel overlap vertoonden. Bovendien zijn de subcategorieën behorende bij de hoofdcategorie ‘Beïnvloeding keuzes in het FMH’ gewijzigd naar twee subcategorieën. De subcategorieën ‘KNGF-richtlijn COPD’, ‘Verschil voor en na herziene richtlijn’ en ‘Wetenschappelijke evidentie’ zijn samengebracht onder de nieuwe subcategorie ‘Keuzes gebaseerd op wetenschappelijke evidentie’, omdat elk van deze subcategorieën kenmerkend zijn voor wetenschappelijke evidentie. De subcategorieën ‘Ervaring therapeut’ en ‘Mening patiënt’ zijn onder de nieuwe subcategorie ‘Keuzes gebaseerd op ervaringen en meningen’ samengebracht. De informatie in deze categorieën gaan met name over de ervaringen en meningen die de therapeut gebruikt om aanpassingen te maken in het FMH. Als laatste zijn in de hoofdcategorie ‘Ondersteuning’ een aantal wijzigingen aangebracht. De subcategorieën ‘Mening & gedachtegang’ en ‘Ervaringen’ zijn uit de hoofdcategorie geschrapt, omdat de informatie uit de categorieën onder alle andere hoofd- en subcategorieën verdeeld konden worden.

De gebruikte acht hoofdcategorieën zijn ´ Heterogeniteit van de indexziekte’ ´, Interdisciplinaire samenwerking´, ´Verwijsgegevens van de arts´, ´Comorbiditeiten bij patiënten met COPD, ´Omgang met comorbiditeiten in het diagnostisch proces´, ´Omgang met comorbiditeiten in het therapeutisch proces´, ´Beïnvloeding keuzes in het FMH’ en ‘Ondersteuning’. De meeste hoofdcategorieën werden onderverdeeld in subcategorieën. De hoofd- en subcategorieën zijn weergegeven in Figuur 1. In Bijlage 11 is de codeboom weergegeven.



Figuur 1: *Overzicht codes*

In de volgende paragrafen worden de meest relevante resultaten voor de onderzoeksvraag per hoofdcategorie beschreven in chronologische volgorde. Deze beschrijving wordt middels citaten uit de interviews ondersteund.

## 3.3 Heterogeniteit van de indexziekte

De therapeuten gaven aan dat COPD een progressieve luchtwegobstructie is waar vaak meer bij komt kijken. Zij vermeldden dat patiënten met COPD ten opzichte van elkaar verschillen en dat vrijwel alle patiënten beperkt worden in hun dagelijks leven. Verder werden een aantal overeenkomsten aangegeven, namelijk dat alle patiënten weinig inspanningscapaciteit hadden en last hadden van benauwdheid en vermoeidheid.

P2: “… je kunt mensen niet onder één noemer pakken (…), maar goed de ene COPD-patiënt is de andere niet.”

P3: “… over het algemeen wel complexere patiënten die meerdere problemen hebben behalve dan de COPD. (…) vaak leefstijl gerelateerde klachten.”

## 3.4 Interdisciplinaire samenwerking

De therapeuten gaven aan dat de belangrijkste interdisciplinaire samenwerking met de huisarts en de longarts is. Vaak werd contact gezocht met deze disciplines, bijvoorbeeld wanneer de therapeut onvoldoende gegevens had om de therapie te starten. Dit contact verliep met name via de assistentes van de artsen. Verder had het merendeel van de therapeuten contact met diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten en een enkeling met de longverpleegkundige, psycholoog of praktijkondersteuner. De therapeuten zochten contact met deze disciplines wanneer zij specifieke vragen hadden voor de discipline over een patiënt. Volgens de therapeuten was het belangrijk dat je van elke discipline weet wat je aan elkaar had. Indien patiënten handvatten in de thuissituatie konden gebruiken, zou bijvoorbeeld de ergotherapeut ingeschakeld kunnen worden. Ook was een netwerk belangrijk, zodat bij een patiënt met veelvoudige problematiek vlot een multidisciplinair overleg (MDO) ingepland kon worden. Verder werd gebruik gemaakt van de app ‘Siilo’. Middels deze app kon per patiënt een groep aangemaakt worden, waarin met name paramedici informatie uitwisselen over de desbetreffende patiënt. Niet alle zorgverleners leken de app te willen gebruiken, omdat de meldingen niet stilgezet konden worden.

P2: “Af en toe bel ik (…) met de longverpleegkundigen als bijvoorbeeld de puffer slecht gebruikt wordt.”

P6: “Men [de zorg] heeft de laatste jaren meer aandacht besteed aan die multidisciplinaire aanpak en het totale plaatje.”

## 3.5 Verwijsgegevens van de arts

In de interviews gaven de therapeuten aan dat de verwijzing zelden compleet was. Volgens de therapeuten was de arts vaak heel globaal in de verwijzing, waarin alleen de GOLD-classificatie vermeld stond. Overige informatie, zoals voorgeschiedenis van de patiënt en/of medicatie, stond niet of zelden vermeld. Tevens werden comorbiditeiten niet specifiek vermeld op de verwijzing. De therapeuten gaven aan dat de verwijzing van de specialist minder informatie bevatte dan die van de huisarts. Relevante informatie op de verwijzing waren volgens de therapeuten uitslagen van uitgevoerde medische testen (bijvoorbeeld een maximale inspanningstest en/of longfunctietest), doorgemaakte exacerbaties, comorbiditeiten en medicatie.

P5: “De verwijzingen zijn de laatste tijd wel wat verbeterd omdat we nu ook met het ABCD-protocol werken. Maar de comorbiditeiten die worden eigenlijk niet echt benadrukt.”

P8: “Daar [bij de comorbiditeiten op de verwijzing] staat meestal heel weinig, vooral als we de verwijzing krijgen van de longarts staat dat er meestal niet bij. Dan is de huisarts wel wat specifieker.”

## 3.6 Comorbiditeiten bij patiënten met COPD

Ten aanzien van de subcategorie *‘Soorten comorbiditeiten veelvoorkomend bij COPD’* bleek dat de deelnemende therapeuten het meeste te maken kregen met hartproblematieken en vaatlijden in de dagelijkse praktijk bij de behandeling van patiënten met COPD. Verder werden de comorbiditeiten osteoporose, diabetes en artrose benoemd. Ook psychische klachten speelden volgens de therapeuten een rol, waarbij aangegeven werd dat deze comorbiditeiten de patiënten casus complexer maken. Aangezien patiënten met COPD vaak meer dan één comorbiditeit hadden, maakten het de behandeling moeilijker vanwege de lagere belastbaarheid van de patiënt.

P7: “Hoe meer [comorbiditeiten], hoe ingewikkelder de casus wordt, hoe lager belastbaar iemand is dus hoe gerichter je behandeling moet zijn.”

Met betrekking tot subcategorie *´Aandachtspunten per comorbiditeit’* concludeerden therapeuten dat het per comorbiditeit verschillend is waar op gelet werd tijdens de therapie. Meerdere therapeuten gaven aan dat bij hartproblematiek en vaatlijden met name gelet werd op vocht in de benen, saturatie en hartslag. Bij angstklachten was het geven van zelfvertrouwen en succesbeleving belangrijk. Verder werd aangegeven dat de comorbiditeiten ‘automatisch’ meegenomen werden, omdat je de comorbiditeiten niet afzonderlijk kon testen en/of behandelen.

P4: “Je ziet gewoon vaak dat niet de COPD de beperkende factor is maar ook de comorbiditeiten beperkende factor kan zijn in je onderzoek.”

In de subcategorie *‘Kennis over de invloed van comorbiditeiten op het FMH’* kwam naar voren dat het per comorbiditeit verschilde wat voor gevolgen de comorbiditeiten hadden in het FMH. De therapeuten vertelden dat de 6MWT soms niet uitgevoerd kon worden, doordat de patiënt deze conditioneel niet kon volhouden. Als alternatief voor de 6MWT werd dan een twee minuten wandeltest (2MWT) afgenomen. Verder gaven de therapeuten aan dat het afnemen van One Repetition Maximum (1RM) testen geen voorkeur had om de kracht te meten, aangezien deze door artrotische klachten of kortademigheid vaak niet uitgevoerd konden worden. De fysiotherapeuten dachten met de therapie weinig invloed te hebben op de comorbiditeiten angst en depressie aangezien dit buiten de competenties van een fysiotherapeut viel. De therapeuten gaven aan dat comorbiditeiten, zoals hartklachten of claudicatio, de therapie konden belemmeren. Gezocht moest worden naar de beperkende factor en daarop moesten alternatieven bedacht worden. Therapeuten gaven ook aan dat niet alle patiënten in een groep konden sporten. Patiënten met bijvoorbeeld een bepaalde vorm van dementie werden één op één gezien, omdat zij veel begeleiding nodig hadden bij het uitvoeren van de oefeningen.

P2: “Stel iemand heeft hartfalen, dan ga je het [de therapie] aanpassen dat het wel effect heeft op zijn longklachten, zonder te zeer belemmerd te worden door z’n hart.”

Omtrent de subcategorie *‘Kennis over de gevolgen van comorbiditeiten op kwaliteit van leven’* gaven vrijwel alle therapeuten aan dat de comorbiditeiten in sterke mate invloed hadden op de kwaliteit van leven van een patiënt met COPD. De therapeuten merkten op dat de kwaliteit van leven minder werd, als een patiënt niet meer in staat was tot wat hij/zij graag had willen doen. Patiënten gingen veel uit de weg (o.a. door angst), waardoor het sociale leven en de kwaliteit van leven achteruitging. Hoe meer comorbiditeiten er waren, des te slechter de kwaliteit van leven was. Verder werd door de therapeuten aangeduid dat de copingstijl, het positivisme en het activiteitenniveau van de patiënt bepalend was voor de kwaliteit van leven.

P5: “...je wil dat mensen toch wel wat actiever worden, maar ze hebben dan de angst dat ze een nieuwe benauwdheidsaanval krijgen en daardoor gaan ze juist minder doen en dan komen ze eigenlijk in die cirkel dat ze steeds meer achteruitgaan.”

P6: “Ik denk wel dat niet zo zeer de ernst van de COPD, maar wel de ernst van beperkingen in het dagelijks leven bepalend is voor de kwaliteit van leven. Hoe positief iemand erin staat of heeft iemand een adequate copingstijl of is iemand wel actief of niet, dat is wel heel bepalend.”

Ten aanzien van de subcategorie ‘*Relatie tussen COPD en comorbiditeiten’* gaven de therapeuten aan dat de comorbiditeiten en COPD elkaar in stand hielden. Daarbij werd aangegeven dat de indexziekte de comorbiditeiten nadelig beïnvloedde en vice versa. Zij vertelden dat deze patiëntencategorie zich vaak in een vicieuze cirkel bevonden. De indexziekte COPD had bijvoorbeeld invloed op het verminderen van het activiteitenniveau en dat had negatieve effecten op de bijkomende comorbiditeiten, omdat het hele weerstandsvermogen afnam.

P7: “Vaak als je het ene behandelt dan behandel je het ander ook dus vaak kun je het niet los van elkaar zien.”

## 3.7 Omgang met comorbiditeiten in het diagnostisch proces

Met betrekking tot de subcategorie *‘Terugverwijzing’* kwam tijdens de interviews naar voren dat de therapeuten patiënten om diverse redenen konden verwijzen naar een andere discipline.De patiënten werden bijvoorbeeld teruggestuurd naar een arts wanneer een exacerbatie optrad. Patiënten kregen dan een brief van de therapeut mee die ze aan de arts konden geven. Daarnaast werd verteld dat de patiënten in sommige gevallen zelf naar de arts gingen bij een exacerbatie, omdat de patiënten onbekende klachten leerden herkennen en daarop reageerden. Ook werden patiënten teruggestuurd voor vervolgonderzoek van de arts wanneer de therapeut bijvoorbeeld overmatig veel vocht in de benen opmerkte. Verder gaven de therapeuten aan zelden een patiënt door te verwijzen. Wél werd een patiënt doorverwezen naar een diëtist indien hij/zij extreem vermagerd was als gevolg van een exacerbatie.

In de subcategorie ‘*Pluis/niet-pluis’* kwam verschillende informatie naar voren t.a.v. een pluis/niet-pluis situatie.De therapeuten gaven gedurende het interview aan dat een niet-pluis situatie optrad wanneer een patiënt desatureerde. Terwijl andere therapeuten van bepaalde patiënten wisten dat saturatie onder de aanbevolen norm kon voorkomen en dus niet direct een niet-pluissituatie was. Verder vertelden de therapeuten dat een niet-pluis situatie optrad bij aanwezigheid van rode vlaggen, zoals druk op de borst tijdens het trainen. Daarnaast trad een niet-pluis situatie op indien een patiënt erg vermoeid was tijdens en na de training wat voor die patiënt niet als normaal gezien werd. De therapeut overlegde dan met de huisarts over eventuele vervolgstappen. Tevens werd bij bepaalde achteruitgang overlegd met de arts of er sprake was van een exacerbatie.

P5: ‘’Ook als ik tijdens het trainen merk dat die saturatie echt flink daalt, wat onbekend is bij die mensen.’’

Omtrent de subcategorie *‘Anamnese’* concludeerden therapeuten dat de verwijzing van de huisarts of specialist niet compleet was en kwamen zij middels de anamnese achter de comorbiditeiten van de patiënt. Verteld werd dat de hulpvraag van patiënten met COPD vaak op activiteitenniveau ingedeeld kon worden. Patiënten kwamen meestal niet met de vraag minder benauwd te zijn, maar wilden verder kunnen lopen of fietsen. De therapeuten vertelden dat de anamnese het belangrijkste onderdeel van het diagnostisch proces was om de comorbiditeiten in kaart te brengen. In de anamnese werd specifiek gevraagd naar andere aandoeningen of medicatie. Bij opvallende aspecten werd doorgevraagd om erachter te komen of de patiënt comorbiditeiten bezat.

P3: “Sowieso bij de anamnese ga je daar [de comorbiditeiten] dus naar op zoek.”

Ten aanzien van de subcategorie *‘Medicatie*’ gaven therapeuten gedurende het interview aan dat de farmacologische behandeling van belang was voor de fysiotherapie, omdat patiënten dan minder klachten ervaarden tijdens de therapie. Verder vertelden de therapeuten dat het wél of niet innemen van medicatie invloed kon hebben op de therapie. Indien een patiënt zijn medicatie niet innam, werd de patiënt sneller kortademig of benauwd tijdens de training. Hierdoor moest de training vroegtijdig afgebroken worden. Patiënten met COPD maakten voornamelijk gebruik van inhalatoren, bloedverdunners en cholesterolverlagers. Verder gaven de therapeuten aan dat via het vragen naar de reden voor inname van bijvoorbeeld bloedverdunners, comorbiditeiten als hartproblematiek naar voren kwamen.

P7: “Zeker, farmacologische behandeling daarnaast is heel belangrijk voor je therapie want op het moment dat dat niet goed is, dan gaat het ook niet goed in je therapie dus het is echt een combinatie van die.”

Ten aanzien van de subcategorie *‘Onderzoek’* bleek dat de comorbiditeiten een beperkende factor waren i n het diagnostisch proces van de meeste deelnemende therapeuten. De therapeuten vertelden dat zij een soort ‘checklist’ afwerkten gedurende het onderzoek. In deze checklist stonden de meetinstrumenten die de therapeuten bij de patiënten afnamen. De meeste therapeuten hadden de 6MWT, de CCQ, de MicroFET, de 1RM, de CAT en de MRC opgenomen in hun checklist. Bovendien werd in sommige gevallen een activiteitenmeter aan de patiënt meegegeven. De therapeuten hielden geen rekening met het onderscheid tussen de aanbevolen of optionele meetinstrumenten volgens de KNGF-richtlijn COPD. De checklist ging niet specifiek in op comorbiditeiten. Indien kenmerken van bepaalde comorbiditeiten sterk naar voren kwamen in de anamnese, werd verder onderzoek naar deze comorbiditeit uitgevoerd. Bij verdenking op angst werd bijvoorbeeld een Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) afgenomen. Tevens werd de Multidimensionle Vermoeidheids Index (MVI) afgenomen bij bovenmatige vermoeidheid. Bij artrotische klachten namen de therapeuten de Visual Analogue Scale (VAS) af voor de pijn of de stijfheid.

P1: “…Excel bestand waar we echt super veel stapjes afgaan en heel veel meetmomenten hebben, heel veel testjes, vragenlijstjes, als mensen tenminste eerlijk antwoorden, je echt een heel goed beeld van iemand krijgt.”

P1: “Klinimetrie van de COPD, als je echt ziet van d’r komt heel veel angst bij kijken, dan doen we wel eens een vragenlijstje extra, maar onze standaard klinimetrie is wel echt op de COPD gericht.”

In de subcategorie *‘Diagnosestelling’* gaven de therapeuten aan dat de fysiotherapeutische diagnose belangrijk was om een helder beeld te verkrijgen van het klachtenbeeld van de patiënt. Volgens de therapeuten zei de medische diagnose iets over de spirometrische waarde en stond deze waarde niet in relatie tot de gezondheidstoestand van de patiënt. Wat volgens de therapeuten het verschil was tussen de medische- en de fysiotherapeutische diagnose. Tevens vertelden de therapeuten dat de fysiotherapeutische diagnose de comorbiditeiten en de afgenomen klinimetrie omschreef.

P4: “Met de fysiotherapeutische diagnose krijg je een veel beter beeld hoe zo een patiënt zich presenteert dan wanneer je die spirometrische gegevens ziet.”

## 3.8 Omgang met comorbiditeiten in het therapeutisch proces

In de subcategorie *‘Therapie’* kwam naar voren dat bij aanwezigheid van COPD en comorbiditeit, per patiënt, aanpassingen gemaakt dienden te worden in de behandeling. Deze aanpassingen konden te maken hebben met de soort oefening, bijvoorbeeld bij een patiënt met knieartrose, waarbij de therapeut het uithoudingsvermogen wilde trainen. Hierbij kon de loopband voor pijnklachten zorgen, waardoor gekozen werd voor een fiets. De therapeuten zochten een andere vorm van trainen uit, waarbij je dezelfde prikkel kon toedienen en waar een patiënt zich prettig bij voelde. Verder konden de aanpassingen te maken hebben met intensiteit van de oefening, bijvoorbeeld in plaats van 4x20 herhalingen kozen de therapeuten in geval van kortademigheid voor 6x8 herhalingen. Wanneer uithoudingsvermogen getraind werd en de patiënt de duurtraining niet vol kon houden, werd gekozen voor intervaltraining. Verder gaven de therapeuten aan dat het trainen in groepsverband voordelen had. Patiënten met COPD kregen een oefenschema waarbij soort, duur en intensiteit van oefeningen patiënt specifiek waren. Bovendien kwam het lotgenotencontact aan bod en stimuleerde groepsverband patiënten in het opzoeken van eigen grenzen.

P2: “Groepstherapie geeft een heel andere dimensie aan de behandeling dus mensen kunnen hun eigen schema afwerken maar vooral de contacten onderling, het lotgenotencontact, dat is echt wel heel belangrijk.”

Met betrekking tot de subcategorie *‘Evaluatie & Monitoring’* kwam naar voren dat sommige therapeuten na iedere behandeling kort evalueerden hoe de therapie was gegaan, terwijl anderen om de drie maanden een evaluatiemoment inplanden. Therapeuten maakten gebruik van onderzoekend behandelen en behandelend onderzoeken, waarbij ze monitorden middels de saturatie en de borgschaal. Er werd aangegeven dat geen standaard oefenprogramma aan de patiënten gegeven kon worden om hier vervolgens geen aandacht meer aan te besteden. Verder vond de monitoring op de lange termijn plaats middels geschikte klinimetrie en in samenspraak met de patiënt. Tevens vertelden de therapeuten dat evaluaties altijd één op één plaatsvonden.

## 3.9 Beïnvloeding keuzes in het FMH

Ten aanzien van de subcategorie *‘Keuzes gebaseerd op de wetenschappelijke evidentie’* bleek dat vrijwel alle deelnemende therapeuten, bij het maken van fysiotherapeutische keuzes, gebruik maakten van de KNGF-richtlijn COPD en van (informatie)cursussen behorende bij het Chronisch ZorgNet. Overige wetenschappelijke evidentie waar gebruik van werd gemaakt zijn de fysiopraxis, Nederlands Paramedisch instituut (NPi) en medische literaire bronnen op Pubmed. Ten aanzien van de herziene KNGF-richtlijn COPD in 2020 was de therapie bij een aantal van de therapeuten veranderd. De indeling van patiëntenprofielen zorgde voor deze verandering in de therapie, maar had geen invloed op de integratie van comorbiditeiten. De therapeuten vertelden dat aanbevolen aanpassingen in het gehele FMH met betrekking tot de comorbiditeiten in de richtlijn uitgebreider beschreven mochten worden. Ondanks dat de huidige richtlijn rekening houdt met de capaciteiten van een patiënt, werd benoemd dat de therapie persoonsafhankelijk blijft. Het Chronisch ZorgNet gaf volgens de therapeuten daarentegen meer aanbevelingen m.b.t. comorbiditeiten in de vorm van lezingen.

P1: “Het [De therapie] zo patiëntafhankelijk is dat we daar meer naar de patiënt kijken dan naar de echte richtlijnen.”

P4: “Af en toe komt via het chronisch ZorgNet wat binnen. Of via het KNGF. Ik ga echt niet op Pubmed zoeken naar speciale literatuur voor COPD, of ik moet al echt een vraag hebben waar ik dan tegenaan loop.”

Omtrent de subcategorie *‘Keuzes gebaseerd op ervaringen’* hadden de therapeuten uiteenlopende ervaringen m.b.t. patiënten met COPD en comorbiditeiten. Over het algemeen werd verteld dat de therapeuten door hun ervaringen geregeld afweken van richtlijnen of standaard programma’s, omdat de therapie patiëntafhankelijk was. Therapeuten vertelden zelf opgestelde protocollen te volgen óf eigen ervaringen boven de aanbevelingen van de literatuur te kiezen. Deze ervaringen hadden te maken met de acceptatie dat patiënten soms niet voldoen aan de aanbevelingen van de richtlijn. De therapeuten gaven aan dat de hulpvraag van de patiënt vooral belangrijk was om mee te nemen in de behandeling, onafhankelijk van de aanwezigheid van de comorbiditeit. De keuzes in de therapie werden volgens hen gebaseerd op deze hulpvraag. Alle therapeuten vertelden dat zij de mening over de therapie, motivatie en kennis (m.b.t. comorbiditeiten) van de patiënt meenamen in het maken van fysiotherapeutische keuzes. Meerdere therapeuten gaven het belang van ziekte-inzicht en kennis over voor- en nadelen van het eigen gedrag met bijbehorende gevolgen bij de patiënten aan. Verder bestond de kans dat het met de patiënt bergafwaarts ging, indien tegen een patiënt ingegaan werd.

P5: “Als iemand aangeeft van ik vind dit belangrijk of ik vind dat belangrijk of dit is mijn doel of hier ben ik tevreden mee [m.b.t. therapie] (…). Je kan wel tegen mensen in gaan, maar dan komen ze dadelijk niet meer.”

P6: “dat [mening patiënt] komt eigenlijk tijdens zo een vraaggesprek aan bod. Dus dan heb je ook al meteen een inzicht over iemand ziekte-inzicht en ook wat daarvan klopt.”

## 3.10 Ondersteuning

Ten aanzien van de subcategorie *‘Handvatten’* bleek dat de deelnemende therapeuten gebruik maakten van verschillende handvatten tijdens de integratie van de comorbiditeiten in het FMH. Aangegeven werd dat één iemand een sleutelrol op zich nam binnen de zorg van een patiënt, zodat gescreend en direct doorgestuurd kon worden naar de juiste discipline. Een zorgnetwerk bestaat uit verschillende disciplines omtrent één patiënt, waardoor disciplines onderling makkelijk contact konden leggen m.b.t. deze patiënt. De therapeuten vertelden dat een interdisciplinaire samenwerking resulteerde in een betere integratie van comorbiditeiten. Verder werd aangegeven dat een nauw contact met de longarts aangeraden kon worden, omdat op die manier snel geschakeld en overlegd kon worden bij beperkingen in de therapie. Tevens werd aangegeven dat het voor de fysiotherapie voordelig was indien patiënten met ernstige COPD in eerste instantie in een revalidatiecentrum getraind hadden en daarna bij de eerstelijns fysiotherapeut kwamen trainen. In het revalidatietraject was namelijk meer tijd om multidisciplinair uit te filteren wat nodig was voor de patiënt. Verder was de geleverde zorg in een revalidatiecentrum uitgebreider, waardoor in de eerstelijns praktijk minder aandachtspunten waren en het ziekte-inzicht van de patiënt beter was. Overigens gaven meerdere therapeuten aan baat te hebben bij een lidmaatschap van het Chronisch ZorgNet. Hieruit haalden de therapeuten adviezen en werden zij ondersteund. Ook vonden de therapeuten het belangrijk om goed te luisteren naar de patiënten en soms één op één te gaan zitten, omdat een patiënt dan dieper inging op de problemen die hij/zij ervoer. De eigen ervaring werd geregeld boven de literatuur gekozen. Therapeuten gaven bijvoorbeeld aan dat in de literatuur aanbevolen werd dat patiënten moesten stoppen met roken. Ondanks deze kennis besteedde therapeuten geen aandacht aan deze aanbeveling wanneer het roken de kwaliteit van leven in stand hield.

P7: “Heel nauw contact houden met de longarts [waar de therapeut door ondersteund wordt]. Op het moment dat jij het [omgang met bepaalde symptomen] niet weet, is je eerste aanspreekpunt of de longarts of de huisarts.”

Met betrekking tot de subcategorie ‘*Gebreken*’ concludeerden de therapeuten dat de verwijsgegevens vanuit de arts zelden compleet waren, voornamelijk op het gebied van comorbiditeiten. Mocht er sprake zijn van (on)bekende comorbiditeiten bij een patiënt met COPD, dan diende meer diepgang gezocht te worden in literatuur door de therapeuten t.a.v. deze comorbiditeiten. Echter de therapeuten gaven aan dat weinig literatuur beschikbaar was over comorbiditeiten bij patiënten met COPD. Tijdens de interviews werd aangegeven dat het onduidelijk was welke richtlijn aangehouden diende te worden voor de integratie van comorbiditeiten bij patiënten met COPD indien voor zowel de indexziekte als voor de comorbiditeit een richtlijn beschikbaar was. Een voorbeeld hiervan was de keuze tussen welke tegenstrijdige adviezen uit de KNGF-richtlijnen bij een patiënt met COPD en osteoporose aangehouden diende te worden.

Ter illustratie dient bij osteoporose (Smits-Engelsman, de Kam & Hendriks, 2017) een voorovergebogen houding vermeden te worden, terwijl bij COPD (Vreeken et al., 2020) deze houding bij dyspneu klachten gewenst is.

P3: “Ik vind dat nog een beetje verwarrend van waar moet ik me nu aan houden [KNGF-richtlijn of richtlijnen vanuit Chronisch ZorgNet] het is beter dat er gewoon 1 organisatie is die zegt van dit is de richtlijn klaar.”

Omtren t de subcategorie ‘*Hiaten’* bleek dat het merendeel van de therapeuten de richtlijn niet overeen vond komen met het door de verzekering vergoede aantal behandelingen. Hierdoor konden niet alle behandelbare grootheden behandeld worden. Verder werd aangegeven dat het merendeel van de patiënten met COPD niet in het bezit waren van een smartphone, waardoor de indeling in patiëntenprofielen middels een activiteitenmeter lastiger was. Bovendien werd verteld dat het lastig was om alert te blijven op de individuen in een groep. Op het moment dat je met één patiënt bezig bent terwijl een andere patiënt de oefening wegens vermoeidheid niet vol kon houden, kon je deze immers niet de gewenste aandacht geven. Verder gaven de therapeuten aan dat de comorbiditeiten angst en depressie moeilijk te integreren waren in de behandeling van een patiënt met COPD. Aangegeven werd dat dit een lastige patiëntenpopulatie was om actief te krijgen en gemotiveerd te houden. Daarnaast vertelde de therapeuten dat bij meer comorbiditeiten de integratie lastiger werd, omdat de casus complexer werd. Een complexe patiënt vroeg volgens de therapeuten meer behandeltijd.

P5: “Maar je merkt wel zeker als er meerdere comorbiditeiten zijn daar [de integratie] ben je toch ook wel best wel wat tijd mee kwijt, met behandelen.”

# **4 Discussie**

In dit hoofdstuk worden de resultaten verbonden met de onderzoeksvraag. Verder zal verklaard worden in hoeverre de verkregen resultaten in overeenstemming zijn met de huidige literatuur en wordt gereflecteerd op de uitvoering van het kwalitatieve onderzoek. Vervolgens worden implicaties aangeduid voor de praktijk en eventueel vervolgonderzoek, waarna een conclusie getrokken wordt.

Het antwoord op de onderzoeksvraag: ‘In hoeverre integreren eerstelijns fysiotherapeuten de comorbiditeiten bij patiënten met COPD in het FMH?’ is dat de integratie over het algemeen plaatsvindt. Om de integratie te optimaliseren zijn aanpassingen nodig in de literatuur, in de werkwijze van de fysiotherapeut en in de werkwijze van de arts (m.b.t. de verwijzing). In de inleiding werd al beschreven dat de literatuur aanduidt dat comorbiditeiten in het algemeen onderbehandeld zijn (Smith & Wrobel, 2014), maar een duidelijke reden of verdere toelichting ontbreekt. De fysiotherapeuten ervaren dat de comorbiditeiten voldoende geïntegreerd worden in zowel het diagnostisch als het therapeutisch proces. In het diagnostisch proces speelt de integratie met name bij de verwijzing en anamnese een duidelijke rol voor de therapeuten. Gedurende het therapeutisch proces speelt deze integratie met name tijdens de aanpassing in de oefentherapie een duidelijke rol. Voor de therapeuten komen tijdens de integratie een aantal hiaten naar voren, variërend van de beknopt beschreven verwijzing, aantal vergoede behandelingen tot het verdelen van aandacht in groepstherapie.

De fysiotherapeuten concludeerden dat zij geen gebrek hadden aan literatuur. Maar zij vonden dat in de literatuur meer aandacht besteed mag worden aan de comorbiditeiten bij patiënten met COPD. De integratie in het FMH kan verbeterd worden middels het implementeren van nieuwe secties per specifieke comorbiditeit in bestaande richtlijnen van COPD (Fabbri et al., 2012).

Een specifiek aantal comorbiditeiten gaf moeilijkheden bij de integratie in het FMH bij de patiënten met COPD, met name de comorbiditeiten angst en depressie. Fysiotherapeuten dachten met training weinig invloed te kunnen uitoefenen op deze comorbiditeiten, aangezien dit buiten de competenties van een fysiotherapeut valt. Echter de literatuur duidt aan dat bijvoorbeeld een depressie veroorzaakt kan worden door lichamelijke inactiviteit (Scherder, 2017). Dat depressie- en angstsymptomen de functionele beperkingen en de ernst van de ziekte verergeren (Seung Kim et al., 2000), bevestigd de gedachte van de therapeuten. Het wederzijds verergeren wordt ook wel een intercurrent verband genoemd (Van Weel & Schellevis, 2006).

Momenteel maken de therapeuten met name gebruik van eigen ervaring en expertise. Hierdoor worden de comorbiditeiten op verschillende manieren geïntegreerd in zowel het diagnostisch- als het therapeutisch proces. In het diagnostisch proces begint de integratie bij de verwijzing. Volgens de therapeuten zou het van toegevoegde waarde zijn als de comorbiditeiten op de verwijzing (uitgebreider) beschreven zouden staan, wat tevens wordt aanbevolen in een case-study (Beekman et al., 2013). Ook de NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut raadt aan dat de kern van een verwijzing de ontvanger snel inzicht moet geven in de problematiek van een patiënt en dat de voorgeschiedenis, die gerelateerd is aan de klacht, op de verwijzing moet staan (NHG, 2012). Bij patiënten met COPD en comorbiditeiten wordt aan deze informatie-uitwisseling over het algemeen niet voldaan, aangezien onder andere de comorbiditeiten gemist worden in de verwijzing. Vervolgens wordt gedurende het fysiotherapeutisch diagnostisch proces niet specifiek ingegaan op de comorbiditeiten. De afgenomen klinimetrie is bij vrijwel alle therapeuten gelijk en met name gebaseerd op de KNGF-richtlijn COPD of op het Chronisch ZorgNet. Hierbij werd geen rekening gehouden met het onderscheid tussen aanbevolen of optionele meetinstrumenten. De uitvoering van integratie van de comorbiditeiten bij patiënten met COPD wordt regelmatig beperkt in de oefentherapie, doordat de comorbiditeiten zorgen voor belemmeringen tijdens het trainen van de COPD. Hierdoor dienen aanpassingen gemaakt te worden in soort oefening, oefenvorm en oefenintensiteit. Bijvoorbeeld, het kiezen van intervaltraining in plaats van duurtraining of het verlagen van het aantal herhalingen en verhogen van aantal series.

Ondanks dat de artsen de patiënten moeten indelen volgens de GOLD-stadia en de ABCD-klassering (Bischoff et al., 2021), delen fysiotherapeuten de patiënten in volgens de klassering voor de verzekering. De patiëntenprofielen die in de KNGF-richtlijn opgesteld staan, worden door de therapeuten zelden toegepast. De therapeuten hadden de meeste patiënten met COPD al onder behandeling vóór het ontstaan van deze patiëntenprofielen. Daarbij waren de therapeuten overtuigd dat de ziektelast bij COPD niet alleen bepaald wordt door respiratoire insufficiëntie en klachten, waar in de andere classificering met name rekening wordt gehouden, maar ook door blijven roken, longaanvallen, een slechte voedingsstatus en aanwezigheid van comorbiditeit (Vreeken et al., 2020). Bij een patiënt met meerdere comorbiditeiten zijn veel aandachtspunten in de behandeling waar rekening mee gehouden dient te worden, om op die manier de achteruitgang van kwaliteit van leven te voorkomen (Putcha et al., 2015; Smith & Wrobel, 2014). Voorbeelden van deze aandachtspunten zijn verminderen van pijn en stimuleren van een actieve leefstijl, waardoor sociaal isolement voorkomen kan worden. Door de limiet in het aantal vergoedde fysiotherapie behandelingen, die niet altijd overeenkomen met het aantal benodigde behandelingen per patiënt op basis van de ziektelast en mede door comorbiditeit, kunnen niet alle aandachtspunten optimaal behandeld worden.

De constatering dat fysiotherapeuten met name gebruik maken van eigen ervaring en expertise, tijdens de integratie van comorbiditeiten, wordt vooral teruggezien bij de meer ervaren fysiotherapeuten. Deze ervaren therapeuten in dit onderzoek hadden een relatief hoge leeftijd (52-64 jaar). De fysiotherapeuten met geringe ervaring baseren hun therapie voornamelijk op beschikbare evidentie, zoals de KNGF-richtlijn en/of informatie vanuit het Chronisch ZorgNet. Dit zou verklaard kunnen worden doordat de jongere therapeuten meer zijn opgeleid met klinisch redeneren en evidence based handelen. Een ander opvallend punt in het onderzoek is dat de minder ervaren fysiotherapeuten meer in interdisciplinair verband werken, wat tevens aangeduid wordt in de literatuur (De vries, Hagenaars, Kiers, Schmitt, 2014). Verder is uit de interviews duidelijk geworden dat de drempel om contact te leggen met andere disciplines lager ligt bij therapeuten die werkzaam zijn in een interdisciplinaire setting.

Dit afstudeeronderzoek bevatte een aantal zwaktes ten aanzien van de methodologie van deze studie. Eén van deze zwaktes was het gebruik maken van één telefoon gedurende de afname van het proefinterview. Deze telefoon stopte onverwachts met filmen, wat wellicht kan zorgen voor het missen van informatie. Echter had de notulist alle relevantie informatie genotuleerd waardoor achteraf bleek dat het stoppen van de opname geen invloed heeft gehad op het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Een volgend zwaktepunt was het gebrek aan ervaring van de onderzoekers op het gebied van het afnemen van interviews en het coderen van de gegevens. De onderzoekers hadden vóór het coderen niet voldoende overlegd over de betekenis van de codes. Dit had tot gevolg dat de onderzoekers de codes verschillend interpreteerden en daardoor toekenden aan de data die niet volledig overeenkwam. Wat resulteerde in veel discussiepunten en verloren tijd om tot een concessie te komen. Met voortschrijdend inzicht zijn tijdens het coderen een aantal wijzigingen in de topiclijst aangebracht, hiervoor diende extra overlegd te worden om wederom op één lijn te komen.

Een aantal topics zijn vervallen, omdat de lading door andere topics gedekt was of niet relevant bleken voor de onderzoeksvraag. De informatie behorend bij deze subcategorieën zijn vervolgens geïntegreerd waar dit paste, zodat uiteindelijk alle categorieën een unieke bijdrage aan de onderzoeksvraag leken te hebben. Gebrek aan ervaring van de onderzoekers heeft mogelijk geleid tot het aanpassen van deze categorieën na het afnemen van de interviews. Indien alle veranderingen in de topiclijst op voorhand waren gedaan, had dit wellicht kunnen leiden tot andere resultaten. De onderzoekers hadden ondersteuning van een begeleider met veel ervaring waar ze op terug konden vallen en zo weloverwogen beslissingen konden nemen. Hierdoor werden extra aanpassingen gedaan ten aanzien van de indeling van de codes en categorieën, waardoor de onervarenheid van de onderzoekers relatief weinig nadelige gevolgen leek te hebben voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Verder vond het onderzoek plaats in een periode waar het COVID-19-virus heerste. Eén lid van de onderzoeksgroep raakte tijdens het schrijven van de resultaten en discussie besmet met het virus, waardoor het schrijven van deze twee hoofdstukken via een onlineverbinding werd uitgevoerd. Digitaal samenwerken werkt minder effectief dan samenwerken in een fysieke omgeving. In de literatuur wordt aangeduid dat bij een digitale samenwerking verwarring kan ontstaan over de verwachtingen van de onderzoekers (Kahootz, 2019). Deze verwarring ontstond ook in dit afstudeerproces, waardoor extra overlegd diende te worden. Deze verwarringen kunnen de credibility van het onderzoek verminderen. Verwacht wordt dat deze zwakte geen invloed heeft op het beantwoorden van de onderzoeksvraag, omdat de onderzoekers in het overleg de verwarringen uitspraken en zo tot oplossingen zijn gekomen.

Verder kwamen een aantal sterke punten naar voren tijdens het kritisch reflecteren op dit onderzoek. Eén van deze sterke punten is de variërende onderzoekspopulatie. De deelnemende fysiotherapeuten zijn geografisch geclusterd tot de regio Limburg en Zuidoost-Brabant. Ondanks de bredere spreiding dan enkel Zuid-Limburg, is deze spreiding nog summier voor transferability van de resultaten over integratie van comorbiditeiten bij patiënten met COPD naar fysiotherapeuten in andere regio’s of in andere omstandigheden. Idealiter worden de interviews uitgevoerd bij fysiotherapeuten verdeeld over het gehele land, maar dit is niet haalbaar (Ritchie, Lewis, McNaughthon Nicholls, & Ormston, 2013). Verder vielen de fysiotherapeuten in een leeftijdscategorie van 23 tot en met 64 jaar, waardoor een brede leeftijdsrange bereikt werd.

Een ander sterk punt is dat de therapeuten aangaven dat de interviewer uitgebreide vragen stelde in de interviews en dat de fysiotherapeuten eigen inbreng hadden, waardoor de belevingswereld van de therapeuten uitgebreid in kaart is gebracht. Dit kan worden verklaard door het gebruik van semigestructureerde interviews en een interview guideline (Lucassen & Olde Hartman, 2007). De interviews verliepen op een natuurlijke manier, de inhoud die uitgevraagd diende te worden bleef in ieder interview gewaarborgd en verkregen resultaten konden vergeleken worden.

De thick description werd verkregen middels het rapporteren van een verhalende en gedetailleerde beschrijving door het gebruik van citaten (Plochg, Juttmann, Klazinga & Mackenbach, 2007). Door deze thick description werd wél bijgedragen aan de transferability. Aangezien de rolverdeling gedurende alle interviews gelijk bleef, werd de dependability gewaarborgd (Korstjens & Moser, 2018).

Tevens werd op de toegestuurde transcripten geen feedback gegeven door de fysiotherapeuten tijdens de membercheck, waarmee credibility is gecontroleerd. Na de membercheck analyseerden twee onderzoekers de transcripten. Doordat de analyses afzonderlijk van elkaar werden uitgevoerd, werd de comfirmability gedurende het onderzoek gewaarborgd (Korstjens & Moser, 2018).

In dit afstudeeronderzoek werd een proefinterview afgenomen, waardoor zwaktes in de vraagstellingen vroegtijdig gesignaleerd en vervolgens aangepast werden vóórdat de verdere interviews afgenomen werden (Reulink & Lindeman, 2005). Tevens werd na het vierde interview geëvalueerd op welke categorieën geen datasaturatie bereikt was. Datasaturatie wordt bereikt indien nieuwe informatie zich niet meer aandient (Fusch & Ness, 2015). Indien dit op bepaalde categorieën niet bereikt was, werd in de daaropvolgende interviews dieper op deze onderwerpen ingegaan. Op een aantal categorieën werd beperkte datasaturatie bereikt, doordat maar zeer weinig nieuwe informatie in de laatste interviews naar voren kwam. Deze categorieën zijn: ‘Medicatie’ en ‘Evaluatie & Monitoring’. Echter deze geringe datasaturatie heeft geen nadelige gevolgen voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, aangezien de uitgebreide informatie van andere categorieën heeft geleid tot voldoende data.

Fysiotherapeuten zullen comorbiditeiten minder snel over het hoofd zien als de verwijzingen van de arts uitgebreider zijn op het gebied van comorbiditeiten. In de KNGF-richtlijn COPD staat beschreven dat de volgende gegevens op de verwijzing dienen te staan voor correcte fysiotherapeutische zorg: mate van kortademigheid, luchtstroombeperking, symptoomlast, aantal longgerelateerde ziekenhuisopnamen in de afgelopen 12 maanden, aantal doorgemaakte longaanvallen in de afgelopen 12 maanden, vraagstelling/reden van verwijzing, actueel medicatieoverzicht, relevante comorbiditeit en uitslagen van relevant medisch diagnostisch onderzoek (Vreeken et al, 2020). De richtlijn beveelt aan contact op te nemen met de verwijzer, indien de noodzakelijke informatie niet op de verwijzing beschreven staat. Gebrek aan deze informatie kan zorgen voor een minder patiëntgerichte zorg (Van Weel & Schellevis, 2006) en voor een mogelijke verhoging van de ziektekosten (Carlin, 2012). Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat de medicatie via een patiëntgebonden overzichtslijst opgevraagd wordt bij de apotheek door patiënt of therapeut. Dit is een betrouwbare wijze om de juiste informatie te achterhalen voor de fysiotherapeut en minder tijdintensief voor de verwijzend arts. Een andere oplossing zou kunnen zijn dat de verwijzend arts een checklist aanhoudt, zodat alle benodigde informatie op de verwijzing genoteerd wordt. Op die checklist kunnen de gegevens vermeld staan die de KNGF-richtlijn COPD aanraadt. Deze oplossing zal voor de arts in eerste instantie tijdrovend zijn. Indien hierdoor betere zorg wordt geleverd zal de checklist juist tijdbesparend zijn.

Door verschillende nationale zorgnetwerken, zoals het Chronisch Zorgnet, de KNGF en het NPi, worden aanbevelingen gegeven aan fysiotherapeuten. Aangezien het aantal comorbiditeiten zeer uitgebreid is en dit niet in één specifieke richtlijn verwoord kan worden is het niet haalbaar of verstandig om verschillende ziekte-specifiek richtlijnen te combineren binnen de fysiotherapie (Beekman et al., 2013). Weliswaar zouden fysiotherapeuten geholpen zijn met het implementeren van secties in een richtlijn voor COPD voor de vijf meest voorkomende comorbiditeiten, waarin de KNGF en het Chronisch Zorgnet eventueel samenwerken. In deze secties dient uitgewerkt te worden waar fysiotherapeuten alert op moeten blijven, zodat de comorbiditeiten zo optimaal mogelijk geïntegreerd worden. Er is gekozen voor vijf comorbiditeiten, omdat het niet realistisch is om alle voorkomende comorbiditeiten bij COPD te implementeren. Cardiovasculaire aandoeningen, osteoporose, angst en depressie, metabolische syndroom en cognitieve beperkingen zijn de meest voorkomende comorbiditeiten bij COPD (Hillas et al., 2015; Putcha et al., 2015; GOLD, 2021). Deze aanbeveling is niet geheel realistisch, omdat de integratie van diverse comorbiditeiten patiëntafhankelijk is. Hierdoor kan niet één wijze van behandelen aangehouden worden.

Het stroomschema ‘Aanspraken COPD Basisverzekering’ van de KNGF-richtlijn COPD beveelt, afhankelijk van de patiënt, aan hoeveel behandelingen een patiënt nodig heeft op basis van exacerbatie met of zonder ziekenhuisopname (KNGF, 2021). Een patiënt met een betere gezondheidstoestand (CCQ<1) (Van der Molen et al., 2003) en geen doorgemaakte exacerbaties zou volgens het huidige schema minder behandelingen vergoed krijgen, terwijl deze patiënt een actieve copingstijl zou kunnen hebben. Daar tegenover staat dat een patiënt met een slechtere gezondheidstoestand (CCQ≥1) en doorgemaakte exacerbaties meer behandelingen vergoed krijgt, hieraan gepaard gaat dat deze patiënt juist een passieve copingstijl zou kunnen hebben.

Een aanbeveling op basis van de ervaringen van de therapeuten, is om het aantal behandelingen te baseren op vooruitgang in de behandeling, copingstijl van de patiënt, aantal comorbiditeiten, indeling o.b.v. de patiëntenprofielen in de richtlijn en de mening van de therapeut. Echter de vooruitgang in de behandeling is lastig te beoordelen en exacerbaties zorgen voor een zekere achteruitgang (Anzueto, 2010). Overigens kan klinische stabiliteit van klachten bij deze doelgroep ook al een relevant en haalbaar doel zijn (Avdeev et al., 2020). Aangezien iedere patiënt met COPD verschillend is, is een algemeen stroomschema voor het bepalen van het aantal behandelingen ingewikkeld.

Het verdient de aanbeveling om de drempel tussen de interdisciplinaire contacten tussen zorgverleners die patiënten met COPD behandelen te verlagen. Deze drempel zou mogelijk verlaagd kunnen worden door fysiotherapiepraktijken in een locatie te vestigen met meerdere disciplines. Het meer gebruik maken van bestaande apps, zoals de app ´Siilo´, kan mogelijk een andere verklaring zijn voor het verlagen van de drempel. In deze app worden zorgprofessionals met een gemeenschappelijk doel samengebracht op één platform en kan zorg geleverd worden afgestemd op de patiënt (Siilo, 2021). Door een verlaagde drempel in de interdisciplinaire samenwerking kan de zorg meer patiëntgericht worden (Van Weel & Schellevis, 2006).

Verder verdient het, op basis van de ervaringen van de therapeuten, de aanbeveling dat binnen de zorg van patiënten met COPD en comorbiditeiten één persoon een ‘sleutelrol’ op zich moet nemen, zodat gescreend en direct doorgestuurd kan worden. Degene met deze ‘sleutelrol’ wordt ook wel de casemanager genoemd (Mwandala, 2021). Zij hebben vaardigheden nodig op het gebied van monitoring, beoordeling, coördinatie en samenwerking om de doelen van patiënten te bereiken. Indien een therapeut weet welke andere disciplines benaderd kunnen worden, maakt het de zorg en samenwerking een stuk makkelijker bij integratie van comorbiditeiten.

Door middel van dit onderzoek is een beter beeld verkregen in hoeverre therapeuten de comorbiditeiten bij patiënten met COPD integreren. Vervolgonderzoek kan zich richten op de wijze van de integratie, zodat een uitgebreidere beschrijving gegeven kan worden. Daarbij is toekomstig onderzoek nodig naar de hiaten waar therapeuten in dit onderzoek tegenaan lopen bij de integratie van comorbiditeiten. Een van deze hiaten is de verwijzing vanuit de arts. Onderzocht kan worden hoe de apotheek, de huisarts en de fysiotherapeut de verwijzing zo optimaal mogelijk kunnen opstellen. Waarbij wordt geïnventariseerd hoe in de praktijk de kennis hierover toegepast, geëvalueerd en vervolgens bijgesteld wordt middels participatief actieonderzoek (Cordeiro & Soares, 2018). Bovendien moet toekomstig onderzoek zich richten op de interdisciplinaire samenwerking bij patiënten met COPD en comorbiditeiten. Daarbij is het van belang te weten hoe andere disciplines deze integratie toepassen en hoe verschillende disciplines gezamenlijk de integratie zo optimaal mogelijk kunnen uitvoeren. Tevens kan vervolgonderzoek zich richten op welke zorgverlener de rol van de casemanager het beste op zich kan nemen en hoe die rol optimaal vormgegeven kan worden binnen de zorg van patiënten met COPD en comorbiditeiten. Ook is meer onderzoek nodig naar de hiaten van therapeuten t.a.v. de herziene KNGF-richtlijn COPD. Onderzocht kan worden of de richtlijn bepaalde beperkingen heeft om de therapeuten zo optimaal mogelijk te kunnen ondersteunen. Als laatste kan vervolgonderzoek uitgevoerd worden naar de categorieën waar in dit afstudeeronderzoek minder datasaturatie is bereikt.

Geconcludeerd kan worden dat comorbiditeiten over het algemeen geïntegreerd worden bij patiënten met COPD, zowel in het diagnostisch als in het therapeutisch proces. Therapeuten kunnen niet om de comorbiditeiten heen bij een patiënt met COPD, omdat de comorbiditeiten een aanzienlijke invloed hebben op het handelen van de fysiotherapeut en op de kwaliteit van leven van de patiënt. De belangrijkste aanbeveling voor vervolgonderzoek is het inventariseren van de nodige aanpassingen binnen de fysiotherapeutische zorg bij patiënten met COPD en comorbiditeiten ter verbetering van de integratie. De belangrijkste aanbevelingen voor de praktijk omvatten een betere aansluiting tussen verzekering en patiëntenprofielen in de richtlijn, het beschrijven van noodzakelijke verwijsgegevens op de verwijzing en het verlagen van de drempel tussen interdisciplinair contact.

# **Literatuurlijst**

Almirall, J., & Fortin, M. (2013). The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *Journal of Comorbidity*,*3*(4-9). <https://doi.org/10.15256/joc.2013.3.22>

Anzueto, A. (2010). Impact of exacerbations on COPD. European Respiratory review, 19(116), 113-118. https://doi.org/10.1183/09059180.00002610

Aoyagi, T. (2003). Pulse oximetry: its invention, theory, and future. *Journal of anesthesia*,*17*(4), 259-266. <https://doi.org/10.1007/s00540-003-0192-6>

Avdeev, S. N., Aisanov, Z. R., Belevsky, A. S., Beeh, K. M., Vizel, A. A., Zyryanov, S. K., . . . Shmelev, E. I. (2020). The concept of chronic obstructive pulomnary disease clinical control as a decision - making tool in real clinical practice for optimizing of basic pharmacotherapy. *Therapeutic archive journal*,*1*, 89-95. <https://doi.org/10.26442/00403660.2020.01.000489>

Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!* (3e druk). Groningen: Noordhoff uitgevers.

Baarda, D. B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fisher, T., Peters, V., & van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4e druk). Groningen: Noordhoff uitgevers.

Beekman, E., Mesters, I., Rooij de, M., Vries de, N., Werkman, M., Huizebos, E., . . . Bie de, R. A. (2013). Therapeutic Consequences for Physical Therapy of Comorbidity Highly  
Prevalent in COPD: A Multi-case Study. *Alleergy & Therapy*,*8*(185), 6. <https://doi.org/10.4172/2155-6121.S2-004>

Bischoff, E., Bouma, M., Broekhuizen, L., Donkers, J., Hallensleben, C., Hallensleben, C., . . . Wagenaar, M. (2021). *NHG-standaard: COPD*. Geraadpleegd op 12 september 2021, van <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/copd>

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (2e druk). Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.

Burgel, P.-R., Escamilla, R., Perez, T., Carré, P., Caillaud, D., Chanez, P., . . . Roche, N. (2013). Impact of comorbidities on COPD-specific health-related quality of life. *Respiratory Medicine*,*107*(2), 233-241. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2012.10.002>

Butland, R. J., Pang, J., Gross, E. R., Woodcock, A. A., & Geddes, D. M. (1982). Two-, six- and 12-minute walking tests in respiratory disease. *British Medical Journal*,*6329*(284), 1607-1608. [https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.284.6329.1607](https://doi.org/https:/doi.org/10.1136/bmj.284.6329.1607)

Carlin, B. W. (2012). COPD and Associated Comorbidities: A review of Current Diagnosis and Treatment. *Postgraduate Medicine*,*124*(4), 225-240. <https://doi.org/10.3810/pgm.2012.07.2582>

Cavaillès, A., Brinchault-Rabin, G., Dixmier, A., Goupil, F., Gut-Gobert, C., Marchand-Adam, S., . . . Diot, P. (2013). Comorbidities of COPD. *European Respiratory review*,*22*(130), 454-475. <https://doi.org/10.1183/09059180.00008612>

Cordeiro, L., & Soares, C. B. (2018). Action research in the healthcare field: a scoping review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 16(4), 1003-1047. https://doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003200

Chronisch ZorgNet. (2021). [www.chronischzorgnet.nl](http://www.chronischzorgnet.nl). Zorgzoeker. Geraadpleegd op 28 september 2021, van <https://chronischzorgnet.nl/nl/zorgzoeker>

De Vries, C., Hagenaars, L., Kiers, H., & Schmitt, M. (2014). The physical therapist - a professional profile. Geraadpleegd op 6 decemeber 2021, van https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/beroepsprofiel-engels.pdf

Eskes, A., & Os-van Oostveen, C. J. (2021). Onderzoek langs de meetlat: Onderzoekdesigns voor verpleegkundigen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Fabbri, L. M., Boyd, C., Boschetto, P., Rabe, K. F., Buist, A. S., Yawn, B., . . . Schünemann, H. J. (2012). How to Integrate Multiple Comorbidities in Guideline Development Article 10 in Integrating and Coordinating E

Forum of international Respiratory Societies. (2017). *The global impact of Respiratory Disease* (Second Edition). Geraadpleegd op 12 september 2021, van <https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease.pdf>

Franssen, F. M. E., & Rochester, C. L. (2014). Comorbidities in patients with COPD and pulmonary rehabilitation: do they matter? *European Respiratory Review*,*23*(131), 131-141. <https://doi.org/10.1183/09059180.00007613>

Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research. *The Qualitative Report*,*20*(9), 1408-1416. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2281>

Gibson, G. J., Loddenkemper, R., Lundbäck, B., & Sibille, Y. (2013). Respiratory health and disease in Europe: the new European Lung White Book. The European respiratory journal, 42(3), 559-563. https://doi.org/doi.org/10.1183/09031936.00105513

Global initative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2021). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2021 report*. Geraadpleegd op 7 september 2021, van <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf>

Gossselink, R., & Decramer, M. (2016). *Revalidatie bij chronisch obstructieve longziekten* (druk 2). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Hillas, G., Perlikos, F., Tsiligianni, I., & Tzanakis, N. (2015). Managing comorbidities in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*,*10*(1), 95-109. <https://doi.org/10.2147/copd.s54473>

Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*,*15*(9), 1277-1288. <https://doi.org/doi.org/10.1177%2F1049732305276687>

Jones, P.W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen W-H., & Kline Leidy, N. (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. *European Resipiratory Journal*,*3*(34), 648–654. <https://doi.org/10.1183/09031936.00102509>

Kahootz. (2019). *Advantages and Disadvantages of Online Collaboration*. Geraadpleegd op

3 december 2021, van <https://www.kahootz.com/advantages-and-disadvantages-of-online-collaboration/>

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). (2021). *Discrepantie tussen vergoedingsaanspraak en KNGF-richtlijn COPD*. Geraadpleegd op 29 november 2021, van <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/positie-en-functioneren/vergoedingen/discrepantie-richtlijn-aanspraak-copd>

Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Practical guidance to qualitative research. *European Journal of General Practice*,*23*(1), 274-279. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>

Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Practical guidance to qualitative research. *European Journal of General Practice*,*24*(1), 120-124. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092

Liu, H., & Fletcher, J. P. (2006). Analysis of Physicians’ Referrals: Further Diagnosis Needed? *North american journal of sports physical therapy*,*1*(1).

Longcijfers. (2019). *Longcijfers.nl*. Geraadpleegd op 14 september 2021, van <https://www.longcijfers.nl/longziekte/copd/de-cijfers/>

Lucassen, P. L. B. J., & olde Hartman, T. C. (2007). Kwalitatief onderzoek: Praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Luppi, F., Franco, F., Beghé, B., & Fabbri, L. M. (2008). Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its comorbidities. *Proceedings of the American Thoracic Society*,*5*(8), 848-856. <https://doi.org/10.1513/pats.200809-101TH>

Mantoani, L. C., Rubio, N., McKinstry, B., MacNee, W., & Rabinovich, R. A. (2016). Interventions to modify physical activity in patients with COPD: a systematic review. *European Respiratory Journal* (48), 69-81. <https://doi.org/10.1183/13993003.01744-2015>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021). *Over het BIG-register*. Geraadpleegd op 7 september, van <https://www.bigregister.nl/over-het-> big -register

Morgan, A. D., Zakeri, R., & Quint, J. K. (2018). Defining the relationship between COPD and CVD: what are the implications for clinical practice? *Therapeutic advances in Respiratory Diseases*,*12*. <https://doi.org/10.1177/1753465817750524>

Mwandala, T. (2021). Roles, Training, and Qualifications of Case Manager in the Canadian Health Care Industry: A Narrative Review. Professional Case Management, 26(1), 27-33. <https://doi.org/doi.org/10.1097/ncm.0000000000000425>

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Preoporative Tests (Update): Routine Preoperative Tests for Elective Surgery*. Geraadpleegd op 21 december 2021, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK355755/pdf/Bookshelf_NBK355755.pdf>

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2012). *NHG/KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatie-uitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut*. Geraadpleegd op 4 december 2021, van <https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2013/06/NHG-KNGF-Richtlijn-Gestructureerde-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-fysiotherapie.pdf>

Negewo, N. A., Gibson, P. G., & McDonald, V. M. (2015). COPD and its comorbidities: impact, measurement and mechanisms. *Respirology*,*20*(8), 1160-1171. <https://doi.org/10.1111/resp.12642>

Plochg, Dr. T., Juttmann, dr. R. E., Klazinga, Prof. dr. N. S., & Mackenbach, Prof. dr. J. P. (2007). *Handboek: gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Putcha, N., Drummond, M. B., Wise, R. A., & Hansel, N. N. (2015). Comorbidities  
and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Influence on Outcomes,  
and Mangement. In *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 36(4), 575-591). https://doi.org/10.1055/s-0035-1556063

Ranzini, L., Schiavi, M., Pierobon, A., Granata, N., & Giardini, A. (2020). From Mild Cognitieve Impairment (MCI) to Dementia in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Implications for Clinical Practice and Disease Management: A Mini-Review. *frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00337>

Reulink, N., & Lindeman, L. (2005). *Kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op 4 december 2021, van <http://cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2019). *Copd, cijfers & context, huidige situatie*. Geraadpleegd op 7 september 2021, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/copd/cijfers-context/huidige-situatie#:~:text=Naar%20schatting%20bijna%20585.000%20pati%C3%ABnten,%2C6%20per%201.000%20vrouwen)>

Ritchie, J., Lewis, J., McNaughton Nicholls, C., & Ormston, R. (2013). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers* (Second Edition). London: Sage Publications Ltd.

Sawatsky, A. P., Ratelle, J. T., & Beckman, T. J. (2019). Qualitative Research Methods in Medical Education. *Anesthesiology*,*131*, 14-22. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002728>

Scherder, E. (2017). *Laat je hersenen niet zitten* (Druk 18). Amsterdam: Athenaeum - Polak & Van Gennep.

Seung Kim, H. F., Kunik, M. E., A., M. V., Hillman, S. L., Lalani, S., Orengo, C. A., . . . Goodnight-White, S. (2000). Functional Impairment in COPD Patients: The Impact of Anxiety and Depression. *Psychosomatics*,*41*(6), 465-471. [https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.6.465](https://doi.org/https:/doi.org/10.1176/appi.psy.41.6.465)

Sievi, N. A., Senn, O., Brack, T., Brutsche, M. H., Frey, M., Irani, S., . . . Clarenbach, C. F. (2015). Impact of comorbidities on physical activity in COPD. *Respirology (Carlton, Vic.)*,*20*(3), 413-418. <https://doi.org/10.1111/resp.12456>

Siilo. (2021). *Siilo.com*. Geraadpleegd op 2 december 2021, van <https://www.siilo.com/nl/>

Smith, M. C., & Wrobel, J. P. (2014). Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*,*9*, 871-888. <https://doi.org/10.2147/copd.s49621>

Smits-Engelsman, B. C. M., de Kam, D., & Hendriks, H. J. M. (2017). KNGF-richtlijn Osteoporose. Geraadpleegd op 22 december 2021, van <https://www.ebpnet.be/KNGF%20Documenten/Osteoporose%20praktijkrichtlijn.pdf>

Spruit, A., Assink, M., van Vught, E., van der Put, C., & Stams, G. J. (2016). The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in  
adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*,*45*, 56-71. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.006>

Stevens, dr. A. (2017). *Patiënt Specifieke Goal-setting methode, PSG*. Geraadpleegd op 21 december 2021, van <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/PSG-meetinstr.pdf>

van Ancum, J. M. (2020). *Diagnostics, determinants and consequences of poor muscle status during hospitalization: Action needed for an underappreciated organ*.

Van der Kwartel, A. J. J., Bloemendaal, I., van der Velde, F., & van der Wind, W. (2012). *Quick Scan Zorgvraag 2030*. Utrecht: Prismant. Geraadpleegd op 19 oktober, van <https://adoc.pub/queue/quick-scan-zorgvraag-2030.html>

Van der Molen, T., Willemse, B. W., Schokker, S., Ten Hacken, N. H., Postma, D. S., & Juniper, E. F. (2003). Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 13. https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-13

Van Lanen, M. (2010). Inductief en deductief analyseren bij kwalitatief onderzoek: het geheel is meer dan de delen. *KWALON*,*15*(1), 36-42. <https://doi.org/10.5117/2010.015.001.008>

Van Staa, A., & de Vries, K. (2014). Directed content analysis: een meer deductieve dan inductieve aanpak bij kwalitatieve analyse. *KWALON*,*19*(3), 46-54. <https://doi.org/10.5553/KWALON/138515352014019003006>

Van Weel, C., & Schellevis, F. G. (2006). Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *The Lancet*,*367*(9510), 550-551. <https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68198-1>

Vestbo, J., Suzanne, S., Hurd, A., A. G., Jones, P. W., Vogelmeier, C., Anzueto, A., . . . Rodriguez-Roisin, R. (2013). Global strategy for the diagnosis, management, and  
prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary *American journal of respiratory and critical care  
medicine, 187*(4), 347-360. <https://doi.org/10.1164/rccm.201204-0596PP>

Visser, M., Kok, A. A. L., Spies, P. E., & Buurman, B. M. (2020). Inleiding in de gerontologie en geriatrie (druk 6). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vreeken, H. L., Beekman, E., van Doormaal, M. C. M., Post, M. H. T., Meerhoff, G. A., & Spruit, M. A. (2020). KNGF-richtlijn COPD. 75. Retrieved 7 september 2021, from <https://www.kngf2.nl/kennisplatform/richtlijnen/copd-2020>

World Health Organization (2020). *www.who.int*. Geraadpleegd 16 september, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Wouters, E., van Zaalen, Y., & Bruijning, J. (2015). *Praktijkgericht onderzoek in de (para)medische zorg*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

# **Bijlagen**

Bijlage 1 - Wervingsmail

Beste (naam praktijk),

Wij zijn 3 studenten uit het vierde jaar van de opleiding Fysiotherapie te Heerlen.

Op het moment zijn wij onze afstudeeropdracht aan het maken welke COPD met comorbiditeiten betreft.

Voor deze afstudeeropdracht gaan wij een interview uitvoeren bij Longtherapeuten welke met patiënten met COPD mét comorbiditeiten werken.

Bent u geïnteresseerd om met onze afstudeeropdracht mee te werken?

Ons interview zal ongeveer een half uurtje tot een uurtje in beslag nemen!

Indien u akkoord gaat zal verder informatie via een wervingsbrief volgen!

Wij horen graag iets van u!

Met vriendelijke groet,

Maud Bosch, Melissa Scheffer & Ruby van der Loos

Bijlage 2 - Geadresseerden fysiotherapiepraktijken

Tabel 1: *Geadresseerden fysiotherapiepraktijken (1e werving)*

|  |
| --- |
| **Naam praktijk** |
| 1. Centrum voor fysiotherapie Ramakers |
| 1. Fysiocentrum Maastricht |
| 1. Fysiocompany Roermond |
| 1. Fysiofit Eindhoven |
| 1. Fysio Jonkers Neerkant |
| 1. Fysio Mark Souren |
| 1. Fysio Ospel |
| 1. Fysio sport Meijel |
| 1. Fysio van den boogaarten leende |
| 1. Fysiotherapie Daelenbroeck |
| 1. Fysiotherapie & FysioFitness Fincken city centre |
| 1. Fysiotherapie Hoofdstraat |
| 1. Fysiotherapiepraktijk Yvonne Janss |
| 1. Fysiotherapie Schurmann |
| 1. Fysiotherapie van Mierlo |
| 1. Fysiotherapie van Veldhoven |
| 1. Fysiotherapie Vissers |
| 1. Jouwfysio |
| 1. Lifestyle Health & Prevention |
| 1. Paramedisch centrum zuid |
| 1. Ster Fysio Coumans Maastricht |
| 1. Van der weerden Someren |

Tabel 2. *Geadresseerden fysiotherapiepraktijken (2e werving)*

|  |
| --- |
| **Naam praktijk** |
| 1. Actief! Fysiotherapie Nieuwstadt |
| 1. Fysio- en manuele therapie Seuren |
| 1. Fysioplus Roermond |
| 1. FysioQ |
| 1. Fysiotherapie Brunssum Noord |
| 1. Fysiotherapie Heerlerbaan |
| 1. Fysiotherapie Panken |
| 1. Fysiotherapie Regtop |
| 1. Fysiotherapie van der Zijden |
| 1. Fysio Zuyd Groep BV |
| 1. Health plus |

Bijlage 3 - Wervingsbrief

Geachte heer/mevrouw,

Het feit dat COPD gepaard gaat met comorbiditeiten is over het algemeen bekend onder fysiotherapeuten. Maar dat comorbiditeiten bij patiënten met COPD onderhandeld zijn, is bij het merendeel onbekend.

Wij zijn Maud Bosch, Melissa Scheffer & Ruby van der Loos en wij zijn 4e jaarstudenten van de opleiding Fysiotherapie aan Zuyd Hogeschool in Heerlen. Momenteel zijn wij bezig met onze afstudeerscriptie met als titel “integratie van comorbiditeiten in het FMH bij patiënten met COPD.”

Studies rapporteren dat 80-98% van de patiënten met COPD één of meer comorbiditeiten heeft. Vaak wordt gezien dat behandeling van de primaire aandoening een negatieve wisselwerking heeft op behandeling van de comorbiditeit en vice versa. Momenteel is weinig bekend over de manier waarop fysiotherapeuten hedendaags comorbiditeiten behandelen en wat de gevolgen hiervan zijn voor het FMH.

**Doel**

Ons onderzoek zal zich richten op de integratie van comorbiditeiten in het FMH bij patiënten met COPD. Dit gaf reden tot het opzetten van de volgende onderzoeksvraag:

“In hoeverre nemen fysiotherapeuten in de eerste lijn de comorbiditeiten bij patiënten met COPD op in het FMH?”

Door middel van kwalitatief onderzoek zullen wij deze onderzoeksvraag in kaart brengen.

**Wat wij vragen**

Om onze onderzoeksvraag te beantwoorden, willen wij interviews gaan afnemen bij therapeuten die patiënten met COPD en comorbiditeiten behandelen. Deze interviews zullen 30-60 minuten duren. Het is belangrijk dat de therapeuten die wij gaan interviewen patiënten met COPD onder behandeling hebben die minstens één comorbiditeit bezitten. Verdere inclusiecriteria worden in het volgende contactmoment nog besproken. Het interview zal eenmalig plaatsvinden, waarbij wij vooral geïnteresseerd zijn naar uw ervaringen en meningen. Locatie en tijdstip van het interview wordt naderhand afgesproken.

We horen graag of u wilt deelnemen aan ons onderzoek. Middels deze brief is deelname aan ons onderzoek is nog niet vastgelegd of definitief.

Wij hopen u zo voldoende geïnformeerd te hebben. Wanneer u nog vragen heeft zijn wij bereikbaar via onderstaande e-mailadressen en/of nummers. Binnen een aantal dagen nemen wij contact met u op om verdere zaken toe te lichten en vervolgstappen te bespreken. Daarin zullen wij ook de inclusiecriteria met u langsgaan, zoals eerder vermeld.

Met vriendelijke groeten,

Maud Bosch

Telefoonnummer: 06-27276901

E-mailadres: [1808338bosch@zuyd.nl](mailto:1808338bosch@zuyd.nl)

Melissa Scheffer

Telefoonnummer: 06-42101606

E-mailadres: [1711172scheffer@zuyd.nl](mailto:1711172scheffer@zuyd.nl)

Ruby van der Loos

Telefoonnummer: 06-49384331

E-mailadres: [1738232loos@zuyd.nl](mailto:1738232loos@zuyd.nl)

Bijlage 4 - Proefpersoneninformatie

**Proefpersoneninformatie voor deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek**

**[*Integratie van comorbiditeiten in het FMH bij patiënten met COPD.*]**

**Inleiding**

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u om mee te doen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig. U ontvangt deze brief naar aanleiding van ons vorig contactmoment waarin u aangegeven heeft deel te willen nemen aan ons afstudeeronderzoek.

Dit onderzoek zal plaatsvinden in de fysiotherapiepraktijk waar u werkzaam bent. Aan dit onderzoek zullen naar verwachting 8 proefpersonen meedoen.

Dit onderzoek is beoordeeld door de Zuyd Hogeschool Lectoraat Autonomie en Participatie van chronisch zieken & Opleiding Fysiotherapie raadplegen.

Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees deze informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. U kunt er ook over praten met uw partner, vrienden of familie.

1. **Doel van het onderzoek**

Het onderzoek is gebaseerd op een beroepsrelevant probleem. Uit studies is gebleken dat 80-98% van de patiënten met COPD één of meer comorbiditeiten heeft. Echter, de comorbiditeiten worden zelden geïntegreerd in het fysiotherapeutisch proces.

Uit het werkveld blijkt dat weinig tot geen aandacht besteed wordt aan comorbiditeiten bij patiënten met COPD. Momenteel is weinig bekend over de manier waarop fysiotherapeuten hedendaags comorbiditeiten behandelen en wat de gevolgen hiervan zijn voor het therapeutisch proces. Middels ons onderzoek willen wij in kaart brengen in hoeverre fysiotherapeuten in de eerste lijn de comorbiditeiten bij patiënten met COPD integreren in het therapeutisch proces. Om dit in kaart te brengen, worden fysiotherapeuten uit de eerste lijn geïnterviewd. Op basis van deze ervaringen kan een duidelijker beeld verkregen worden over dit probleem. Voor de werkzame fysiotherapeuten wordt duidelijker hoe fysiotherapeuten comorbiditeiten behandelen bij patiënten met COPD.

1. **Wat meedoen inhoudt**

Om het onderzoek in goede banen te laten verlopen is het van belang dat u bereidt bent zich aan de volgende afspraken te houden, namelijk:

* Bereikbaar blijven voor de onderzoekers;
* Beschikbaar zijn voor een interview van ongeveer 30-60 minuten;
* Openstaan voor eventueel aanvullende vragen.

1. **Mogelijke voor- en nadelen**

Bij dit onderzoek zijn de risico’s die u loopt bij deelname nagenoeg nihil. Het is wel belangrijk dat u de mogelijke voor- en nadelen goed afweegt voordat u besluit mee te doen.

* Het kost ongeveer 30-60 minuten van uw tijd
* Er is geen medisch voordeel voor u als proefpersoon
* De uiteindelijke uitkomst van ons onderzoek zal gedeeld worden met u, dit kan een voordeel hebben voor uw werkzaamheden in de praktijk.

1. **Als u niet wilt meedoen of wilt stoppen met het onderzoek**

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoeker. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek.

Als er nieuwe informatie over het onderzoek is die belangrijk voor u is, laat de onderzoeker dit aan u weten. U wordt dan gevraagd of u blijft meedoen.

1. **Gebruik en bewaren van uw gegevens**

Voor dit onderzoek worden uw persoonsgegevens verzameld, gebruikt en bewaard. Het gaat om gegevens zoals uw naam, adres, geboortedatum en werkervaring. Het verzamelen, gebruiken en bewaren van uw gegevens is nodig om de vragen die in dit onderzoek worden gesteld te kunnen beantwoorden en de resultaten te kunnen publiceren. Wij vragen voor het gebruik van uw gegevens uw toestemming.

**Vertrouwelijkheid van uw gegevens**

Om uw privacy te beschermen krijgen uw gegevens een code. Uw naam en andere gegevens die u direct kunnen identificeren worden daarbij weggelaten. Alleen met de sleutel van de code zijn gegevens tot u te herleiden. De sleutel van de code blijft veilig opgeborgen in de lokale onderzoeksinstelling. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden.

Onderzoeksgegevens t.b.v. scriptie en publicatie worden opgeslagen op de speciaal voor onderzoeksgegevens ingerichte O-schijf, een beveiligde server van Zuyd Hogeschool.

Voor de opslag van onderzoeksdata heeft Zuyd Hogeschool een data infrastructuur gerealiseerd. Binnen dit systeem worden de data die verzameld worden opgeslagen, beheerd, gedeeld en toegankelijk gemaakt. Het functioneel beheer van deze infrastructuur ligt bij Team Research Support van Zuyd Bibliotheek van de dienst Onderwijs & Onderzoek. Dit team regelt toegang (autorisatie) tot het systeem en ondersteunt bij de toepassing ervan.

De infrastructuur bestaat uit: De Zuyd-netwerkschijf, waarop ieder lectoraat een eigen map ter beschikking heeft, waarvan dagelijks een back-up gemaakt wordt. De netwerkschijf is exclusief toegankelijk voor onderzoekers en geschikt voor veilige opslag van onderzoeksdata en het delen hiervan met Zuyd-collega-onderzoekers.

**Toegang tot uw gegevens voor controle**

Sommige personen kunnen wel uw naam en andere persoonlijke gegevens zonder code inzien. Dit zijn mensen die controleren of de onderzoekers het onderzoek goed en betrouwbaar uitvoeren. Deze personen kunnen bij uw gegevens komen:

* Afstudeerders Maud Bosch, Melissa Scheffer en Ruby van der Loos
* Dr. Emmylou Beekman
* Loek van der Heide
* Leden van de Blokplanningsgroep Afstuderen en eventueel de leden van de examencommissie van de opleiding Fysiotherapie, Zuyd Hogeschool (dit zijn collega docenten van de hoofdonderzoeker)
* Nationale en internationale toezichthoudende autoriteiten. Bijvoorbeeld de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Deze personen houden uw gegevens geheim. Wij vragen u voor deze inzage toestemming te geven.

**Bewaartermijn gegevens**

Uw gegevens zullen 15 jaar worden bewaard op de onderzoekslocatie van Zuyd Hogeschool.

**Intrekken toestemming**

U kunt uw toestemming voor gebruik van uw persoonsgegevens altijd weer intrekken. De onderzoeksgegevens die zijn verzameld tot het moment dat u uw toestemming intrekt worden nog wel gebruikt in het onderzoek.

**Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens**

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van Zuyd Hogeschool Lectoraat Autonomie en Participatie van chronisch zieken & Opleiding Fysiotherapie raadplegen. Bij vragen over uw rechten kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke voor de verwerking van de persoonsgegevens. Voor dit onderzoek is dat Zuyd Hogeschool Lectoraat Autonomie en Participatie van chronisch zieken & Opleiding Fysiotherapie raadplegen. Zie bijlage 10 voor de contactgegevens.

Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met Emmylou Beekman. U kunt ook de Functionaris voor de Gegevensbescherming van Zuyd Hogeschool raadplegen (waaronder Lectoraat Autonomie en Participatie van chronisch zieken & Opleiding Fysiotherapie valt), zie bijlage 10 voor de contactgegevens. Een volledig overzicht van uw rechten, zoals het recht op inzage, correctie, bezwaar en verwijdering, staat op de website van de Autoriteit Persoonsgegevens ([www.autoriteitpersoonsgegevens.nl](https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/)). Wilt u van een van uw rechten gebruik maken, dan neemt u contact op via [privacy@zuyd.nl](mailto:privacy@zuyd.nl). U hebt ook het recht een klacht in te dienen bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

1. **Vergoeding voor meedoen**

Er zijn geen kosten verbonden aan deelname voor het onderzoek en u krijgt geen vergoeding voor de deelname.

1. **Heeft u vragen of een klacht?**

Indien u vragen of klachten heeft over dit onderzoek, dan kunt u dit bespreken met de onderzoeker. Wilt u dit liever niet, dan kunt u zich wenden tot de Functionaris Gegevensbescherming van Zuyd Hogeschool. Alle gegevens vindt u in bijlage 10: Contactformulier.

1. **Ondertekening toestemmingsformulier**

Wanneer u voldoende bedenktijd heeft gehad, wordt u gevraagd te beslissen over deelname aan dit onderzoek. Indien u toestemming geeft, zullen wij u vragen deze op de bijbehorende toestemmingsverklaring schriftelijk te bevestigen. Door uw schriftelijke toestemming geeft u aan dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek. Zowel uzelf als de onderzoeker ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsverklaring.

Dank voor uw aandacht.

Bijlage 5 - Toestemmingsformulier proefpersoon

**‘’Integratie van comorbiditeiten in het fysiotherapeutisch proces bij patiënten met COPD.’’**

* Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
* Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
* Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
* Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot al mijn gegevens kunnen krijgen. Die mensen staan vermeld in deze informatiebrief. Ik geef toestemming voor inzage door deze personen.
* Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam proefpersoon:

Handtekening:

Datum : \_\_/ \_\_/ \_\_

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ik verklaar dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

 Datum: 28/ 9/ 2021

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Bijlage 6 – Interview guideline

**Interview guideline**:

Structuur van het interview:

1. *Voorstellen en onderwerp uitleggen*

* Introductie

Wij zijn Maud Bosch, Melissa Scheffer en Ruby van der Loos en wij zijn vierdejaars studenten fysiotherapie aan hogeschool Zuyd in Heerlen. Op dit moment zijn wij bezig met ons afstudeerproject over de integratie van comorbiditeiten in het fysiotherapeutisch proces bij patiënten met COPD.

* Uitleg over doel en opzet van de studie

Na veel literatuur gelezen te hebben over het desbetreffend onderwerp, concludeerden wij dat weinig bekend was over de manier waarop fysiotherapeuten hedendaags comorbiditeiten integreren in het therapeutisch proces en wat de gevolgen hiervan zijn. Middels afname van een interview willen wij dit in kaart brengen in de eerstelijns fysiotherapiepraktijken. Dit interview zal 30-60 minuten tijd kosten en zal compleet opgenomen worden, zodat we dit later kunnen analyseren. Wij zijn voornamelijk benieuwd naar uw ervaringen omtrent het onderwerp, er zijn daarom geen foute of goede antwoorden.

* Uit de literatuur blijkt dat 80-98% van de patiënten met COPD één of meer comorbiditeiten hebben. Voor dit interview is de belangrijkste vraag hoe u met de comorbiditeiten in het therapeutisch proces rekening houdt.
* Laten tekenen van Informed consent formulier en Audiovideo-opname formulier.
* Zoals eerder benoemd in voorgaande brieven en formulieren zijn alle gegevens uit dit onderzoek in vertrouwelijke handen. De deelname aan dit interview is geheel vrijwillig. Het interview zal getranscribeerd worden, waarbij uw naam vervangen wordt door participant X.

1. *Het interview*

* Demografische invullijst laten invullen
* Vanaf nu gaan we starten met het interview, de opname zal over enkele seconden gestart worden. Als er vragen zijn vanuit u of als er iets niet duidelijk is mogen deze gerust tussendoor gesteld worden.
* Hoofd- en subvragen.

Tabel 5. *Interviewvragen*

|  |  |
| --- | --- |
| **Hoofdvragen** | **Subvragen** |
| Wat betekent een patiënt met COPD voor u? | * Kunt u in grote lijnen vertellen wat COPD inhoudt + hoe de pathofysiologie in zijn werk gaat? * Wordt u altijd op voorhand ingelicht over aanwezigheid van comorbiditeiten? * Wat vindt u van de volledigheid van de verwijzing die u van de arts krijgt? * Met welke disciplines communiceert u over patiënten met COPD met comorbiditeiten? Waarom communiceert u met andere disciplines? * In welke omstandigheden verwijst u patiënten door of terug? |
| Wat is volgens u de relatie tussen comorbiditeiten en COPD? | * Welke comorbiditeiten komt u het meeste tegen in combinatie met COPD? Hoe houdt u rekening met deze comorbiditeiten? * Welke comorbiditeiten zorgen voor de meeste hiaten? Wat zijn deze hiaten? Wanneer schakelt u hulp in? * Wat zijn de gevolgen van de comorbiditeiten die de patiënten ervaren? * In welke mate denkt u dat comorbiditeiten los gezien kunnen worden van COPD? * Hoe gaat u om met de comorbiditeiten? * Hoe gaat u ermee om als een patiënt vermoeid raakt door een van de comorbiditeiten, is dit beperkend? * Hoe gaat u ermee om als een patiënt veel pijn heeft als gevolg van een comorbiditeit? * Waar houdt u vooral rekening mee bij cardiovasculaire symptomen? * Herkent u symptomen van angst/depressie? Waaraan? Hoe gaat u hier mee om? Welke andere cognitieve aandoeningen komt u tegen? * Waar houdt u vooral rekening mee bij de aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat? * Waar houdt u vooral rekening mee bij metabole aandoeningen? * Waar houdt u vooral rekening mee bij patiënten die onder- of juist overvoed zijn? * In hoeverre denkt u dat comorbiditeiten invloed hebben op de kwaliteit van leven bij een patiënt? Hoe gaat u daar mee om als dit zichtbaar is? * In hoeverre merkt u verschil bij patiënten met COPD met 1 comorbiditeit en/of met meerdere comorbiditeiten? |
| In welke mate ervaart u comorbiditeiten bij patiënten met COPD als complex? In hoeverre belemmert dit u in het onderzoek en hoe gaat u hier mee om? | * Als u de medische diagnose en de fysiotherapeutische diagnose met elkaar vergelijkt, wat valt u dan op? Wat vindt u van het verschil? * Tegen welke problemen loopt u aan bij patiënten met comorbiditeiten in het onderzoek? Hoe gaat u hiermee om? * Voert u extra onderzoek boven op het basis COPD-onderzoek uit voor de comorbiditeiten? Waarom? * Hoe verloopt de afname van de klinimetrie? Tegen welke problemen loopt u aan? Welke successen ervaart u bij de afname? |
| In welke mate ervaart u de invloed van comorbiditeiten bij patiënten met COPD op de therapie? | * In welke mate houdt u rekening met de comorbiditeiten in de behandeling? * In hoeverre komen problemen naar voren in de behandeling bij de patiënten met COPD met comorbiditeiten? Welke zijn dit en hoe gaat u hiermee om? * Welke aanpassingen maakt u in de behandeling ten gevolge van de comorbiditeiten? * Als u tijdens de behandeling gebruik maakt van hulpmiddelen. Welke hulpmiddelen zijn dit dan en waarom maakt u hier gebruik van? |
| Waar worden uw keuzes in het therapeutisch proces op gebaseerd | * Wat vindt u van de herziene richtlijn COPD? Heeft u baat bij het gebruik van de richtlijn? * In hoeverre is er iets veranderd aan uw therapie sinds deze richtlijn veranderd is? * In welke mate maakt u gebruik van het EBP? Hoe doet u dat? * Van welke literaire bronnen maakt u verder nog gebruik tijdens uw behandeling van COPD met comorbiditeiten? * In hoeverre voldoet de beschikbare literatuur aan uw behoefte? * Welke ervaringen neemt u in de behandeling mee? * Hoe behandelde u patiënten een aantal jaar geleden? Waarom is dit veranderd? Waarom is dit niet veranderd? * Wat vindt de patiënt van de behandeling? Hoe neemt u die mening mee in de behandeling? |
| Hoe vindt u dat de integratie van comorbiditeiten nu verloopt? | * Wat is belangrijk bij die integratie? * Wat raadt u andere therapeuten aan? * Wat raadt u andere therapeuten niet aan? * Heeft u ideeën of oplossingen voor het probleem? * Welke handvatten gebruikt u om de comorbiditeiten te integreren? * Wat is een goed voorbeeld waarbij de integratie succesvol is verlopen? * Wat is een goed voorbeeld waarbij de integratie misgelopen is? * Mist er nog iets om de comorbiditeiten zo goed mogelijk te integreren? Zo ja, wat mist u? |

1. *Afronding en afsluiting*

* Heeft u een relevant onderwerp gemist t.a.v. het integreren van comorbiditeit in fysiotherapie bij COPD?
* Dit was het interview, heeft u zelf nog aanvullingen of vragen?
* Er wordt nu een korte samenvatting gegeven
* De opname zal gestopt worden.
* Deze opname zullen wij uitwerken en vervolgens naar u toe mailen. U kunt dan goedkeuring geven over de inhoud van het interview. Indien wij binnen 7 dagen niks van u horen, gebruiken wij het interview zoals wij die u toegestuurd hebben.
* Het contactformulier en een bedankje worden achtergelaten door de onderzoekers en er wordt nogmaals mondeling bedankt voor de deelname.

Bijlage 7 – Audiovideo-opname constent formulier

**Audiovideo-opname consent formulier**

**‘’Integratie van comorbiditeiten in het fysiotherapeutisch proces bij patiënten met COPD.’’**

Hiermee verklaar ik dat ik op de hoogte ben van het feit dat:

* Het interview opgenomen zal worden. De onderzoekers zullen duidelijk aangeven wanneer het gesprek opgenomen zal worden;
* De gemaakte opnames van het gesprek worden geanalyseerd door de onderzoekers;
* De gemaakte opnames enkel en alleen door de onderzoekers gebruikt zullen worden;
* De opnames worden na het analyseren verwijderd.

Naam:

Datum: \_/ \_\_/ \_\_

Plaats:

Handtekening:

Bijlage 8 – Demografische vragenlijst

Tabel 3. *Demografische gegevens*

|  |  |
| --- | --- |
| **Vragen** | **Antwoorden** |
| Wat is uw leeftijd? |  |
| Wat is uw geslacht? |  |
| In welke plaats en in welke praktijk bent u werkzaam? |  |
| Aan welke hogeschool heeft u de opleiding fysiotherapie gevolgd? |  |
| Hoeveel jaar bent u werkzaam als fysiotherapeut(e)? |  |
| Wat voor vervolgopleiding en/of cursus voor COPD heeft u gevolgd? In welk jaar? |  |
| Hoeveel patiënten met COPD ziet u ongeveer per week? |  |

Bijlage 9 - Contactformulier

**(Lokale) Hoofdonderzoeker**

Naam: Emmylou Beekman

Functie: Lector, Lectoraat Autonomie en Participatie van Chronisch Zieken (academie Logopedie) Docent academie Fysiotherapie

Contactgegevens: [emmylou.beekman@zuyd.nl](mailto:emmylou.beekman@zuyd.nl)

Bereikbaarheid: per mail

**Uitvoerende onderzoekers**

Naam: Maud Bosch

Functie: Fysiotherapeute in opleiding

Contactgegevens: [1808338bosch@zuyd.nl](mailto:1808338bosch@zuyd.nl)

Bereikbaarheid: per mail

Naam: Melissa Scheffer

Functie: Fysiotherapeute in opleiding

Contactgegevens: [1711172scheffer@zuyd.nl](mailto:1711172scheffer@zuyd.nl)

Bereikbaarheid: per mail

Naam: Ruby van der Loos

Functie: Fysiotherapeute in opleiding

Contactgegevens: [1738232loos@zuyd.nl](mailto:1738232loos@zuyd.nl)

Bereikbaarheid: per mail

**Klachten**

Voor algemene informatie over uw rechten, zoals inzage, correctie, bezwaar en verwijdering, kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen ([www.autoriteitpersoonsgegevens.nl](http://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl)). Bij vragen of klachten meldt deze dan eerst bij Zuyd, e-mail: [privacy@zuyd.nl](mailto:privacy@zuyd.nl)

**Meer informatie over uw rechten bij verwerking van gegevens**

Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met Emmylou Beekman. U kunt ook de Functionaris voor de Gegevensbescherming van Zuyd Hogeschool raadplegen, e-mail: [functionarisgegevensbescherming@zuyd.nl](mailto:functionarisgegevensbescherming@zuyd.nl).

Bijlage 10 - Topiclijst

Tabel 4. *Topiclijst*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hoofdtopic** | **Subtopic** | **Beschrijving** |
| Voorkennis | * COPD * Pathofysiologie COPD * Verwijzing arts * Interdisciplinaire samenwerking | * In kaart brengen van de kennis van therapeut over COPD * Inventariseren wat de therapeut van de informatie op de verwijzing vindt + de communicatie hierover * Inventarisatie wat de therapeut van de compleetheid en inhoud van de verwijzing vindt. * Andere disciplines samenwerking kwaliteit (diepgang van het overleg) en kwantiteit (hoe vaak contact met verwijzer en andere disciplines) |
| Comorbiditeiten | * Soorten comorbiditeiten veelvoorkomend bij COPD * Aandachtspunten per comorbiditeit * Kennis over invloed van comorbiditeiten op het FMH * Kennis van gevolgen van comorbiditeiten op kwaliteit van leven * Relatie tussen COPD en comorbiditeiten | * Inventarisatie welke comorbiditeiten vooral tegengekomen worden * Inventariseren wat vooral aandachtspunten zijn per comorbiditeit * Invloed van comorbiditeiten op keuzes in FMH * Invloed van comorbiditeiten op de kwaliteit van leven voor de patiënt * In kaart brengen wat volgens de therapeuten de relatie is tussen COPD en comorbiditeiten. |
| Omgang met comorbiditeiten in diagnostisch proces | * Verwijzing * Pluis/ Niet pluis * Anamnese * Medicatie * Onderzoek * Klinimetrie * Diagnosestelling | * Andere procedure m.b.t. rode vlaggen in relatie tot (onbekende) comorbiditeiten  terugsturen van een patiënt naar arts * Inventarisatie van de alertheid m.b.t. niet pluis situatie * Inventarisatie anamnestische punten, hierbij is ook de hulpvraag van belang * Medicatie die van invloed is op FMH bij COPD * Ander onderzoek voor de comorbiditeiten in kaart te brengen * Inventarisatie op welke specifieke tekenen gelet wordt * Klinimetrie die toegepast wordt voor de comorbiditeiten in kaart te brengen * Verschill in medische diagnose t.o.v. fysiotherapeutische diagnose |
| Omgang met comorbiditeiten in therapeutisch proces | * Behandelplan * Therapie * Evaluatie * Monitoring * Afsluiting | * Aanpassingen in het behandelplan * Aanpassingen in intensiteit en duur van de therapie o.b.v. comorbiditeiten * Bereikbare doelen stellen * Moment van evaluatie en monitoring + diepgang hierin * Afsluiten van de behandeling |
| Beïnvloeding keuzes in het FMH | * KNGF-richtlijn COPD * Verschil voor en na herziene richtlijn * Wetenschappelijke evidentie * Ervaring therapeut * Mening patiënt | * Gebruik van KNGF-richtlijn - hoe en waarom? * Verandering in therapie vóór en na herziene richtlijn * Gebruik van welke wetenschappelijke evidentie en waarop keuze gebaseerd is * Inventarisatie ervaring therapeut * Inventarisatie mening patiënt |
| Ondersteuning | * Handvatten * Mening en gedachtegang * Ervaringen (good examples & briljant faillures) * Gebreken * Hiaten | * Handvatten waar de therapeut gebruik van maakt tijdens de integratie van comorbiditeiten in het FMH * Inventarisatie van mening en gedachtegang(en) over de integratie van comorbiditeiten in het FMH * Ervaringen over de integratie van comorbiditeiten en wat hebben ze daarvan geleerd * Inventarisatie over de ervaren gebreken tijdens de integratie van comorbiditeiten in het FMH * Tegen welke hiaten loopt de therapeut nog aan tijdens het integreren van comorbiditeiten in het FMH |

Bijlage 11 – Codeboom

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hoofdcode** | **Subcode** | **Citaten** |
| Heterogeniteit van de indexziekte |  | P1: “…problemen met hun luchtweg, sommige zijn heel benauwd, andere zijn heel erg vermagerd bijvoorbeeld of heel veel terugvallen. Dus dat ze heel vaak in het ziekenhuis belanden vanwege longontsteking.”  P2: “…je kunt mensen niet onder één noemer pakken (…) maar goed de ene COPD-patiënt is de andere niet.”  P3: “over het algemeen wel complexere patiënten die meerdere problemen hebben behalve dan de COPD.”  P3: “omdat het blijkt dat er zo’n grootpercentage is van COPD mensen die gewoon rondlopen die als zijnde niet gediagnosticeerd zijn als COPD-patiënten. Dat percentage is iets hoger dan mensen die daar therapie krijgen. De specialist kaart het niet aan dat het kan.”  P3: “Een aandoening van de longen die de mens beperkt om de dagelijkse dingen uit te voeren.”  P4: “Een patiënt met COPD dat is iemand die een grote beperking heeft in zijn dagelijks leven vanwege zijn luchtwegklachten.”  P5: “iemand die last heeft van de luchtwegen en die daardoor gehinderd wordt in zijn dagelijkse omstandigheden dus daardoor niet meer in staat is om zijn huishoudelijke activiteiten te doen of zijn sport of zijn hobby’s en dat het echt komt doordat hij verminderd luchtinhoud heeft.”  P6: “Over het algemeen zie je met name een beperkte inspanningstolerantie en capaciteit gepaard gaande met veel klacht van kortademigheid. Vaak perifere spierzwakte en met veel beperkingen in ADL.”  P7: “Sommige mensen hebben het aangeboren maar dat komt bijna niet voor en meestal ervaren zij heel veel beperkingen in ADL.”  P7: “COPD is een progressieve luchtwegobstructie.”  P8: “kortademig, weinig lucht en weinig conditie.” |
| Interdisciplinaire samenwerking |  | P1: “Wij hebben een heel netwerk van ergo’s en logo’s waar wij mee samen werken en diëtistes. Wij hebben binnen onze praktijk heel veel specialisaties ook weer binnen de COPD, we hebben ook een orthomoleculaire voedingsdeskundige die ook COPD-patiënten behandelt.”  P1: “Ik vind vaak een diëtistes rare adviezen geven.”  P1: “[soms vragen we de patiënten zelf al om een dagboek bij te houden en soms werkt dat niet] en dan verwijs ik naar ergo.”  P1: “Ik denk ook wel dat een stukje overdracht is vanuit het ziekenhuis of arts.”  P1: “…dus dat is heel verschillend per huisarts [hoe ze reageren als je ze aanspreekt op het feit dat patiënten eerder doorgestuurd moesten worden].”  P2: “[Met welke specialisaties heeft u vooral contact als het om de COPD gaat?] soms komt de revalidatiearts, maar longarts ruim op 1. Soms de vaatspecialist, soms orthopeed en de neurologe.”  P2: “[Heeft u ook nog contact met een ergotherapeut of logopedist?] Ja.”  P2: “Af en toe bel ik en dan contacten met de longverpleegkundigen als d’r bijvoorbeeld de puffer slecht gebruikt wordt.”  P3: “[heb je nog met andere disciplines contact?] soms wel de diëtist, buiten de huisarts en specialist kan nog weleens de ergotherapie. Ergotherapie denk ik nog wel eerder dan diëtist.”  P3: “Als je nog een los ergens COPD-netwerk hebt denk ik dat die er ook niet aan ontkomen om aan te gaan sluiten, want die hebben gewoon al een bepaalde footprint gemaakt.”P4: “[zijn er nog andere disciplines waarmee je communiceert over die copd patiënten?] vooral de huisarts, af en toe de ergotherapeut.”  P4: “…voor de huisarts en natuurlijk de longspecialist.”  P4: “Als ze naar de longarts gaan dan willen wij altijd wel een verslagje meegeven, waarop we de klinimetrie laten zien. En volgens mij vindt de longarts het wel fijn als wij op die manier even communiceren en laten zien wat wij doen.”  P4: “[krijg je dan een verslagje terug?] dan moet ik er wel vaak naar vragen aan de patiënt, zorg dat je een kopietje mee krijgt als ze een functieonderzoekje krijgen en dan krijgen wij eigenlijk altijd wel wat meer gegevens.”  P5: “[je zegt huisarts, de longspecialist zijn er nog andere disciplines waarmee jij in contact raakt voor die COPD-patiënten?] heel af en toe met de ergo, maar dan is het meestal over de thuissituatie. Sommige die kunnen thuis wel wat meer handvaten gebruiken.”  P6: “[Welke disciplines moet je vooral erbij betrekken?] de logopedie richten op ademhalingsoefeningen en de diëtist met name met ondervoeding en overvoeding.”  P6: “De psycholoog en de ergotherapeut worden wat minder snel ingeschakeld.”  P6: “Men heeft de laatste jaren meer aandacht besteed aan die multidisciplinaire aanpak en het totale plaatje.”  P6: “[Loop je wel eens vast in je behandeling?] soms, maar dan schakel i hulp in van longarts of huisarts om te kijken van wat moet daar verder mee.”  P6: “Als ik een verwijzing krijg van de huisarts dan heb ik meestal wel een beetje de inventariserende rol en ga ik kijken wat ik eigenlijk nog meer nodig vind om die patiënt zo optimaal te behandelen. Krijg je iemand die al een hele revalidatie setting heeft gehad en die meer een soort onderhoudsbehandeling gaat krijgen dan heb je daar een andere rol in.”  P6: “[bij een revalidatietraject krijgen ze een intake met een ergotherapeut, een psycholoog een diëtist, fysiotherapeut, verpleegkundige tot longarts] dus dat is wel het voordeel dat ze daar veel meer de tijd kunnen nemen om alles uit te filteren wat ze echt nodig vinden bij die patiënt.”  P6: “Voor de rest met de ergotherapie zijn allemaal korte lijntjes dus het voordeel van hier is dat we even binnen kunnen lopen of zeggen van heb je even tijd kom even mee met de patiënt meekijken is het iets voor je of niet.”  P6: “Daar wordt dan ook aangehaald wat willen wij dan van een longarts en wat verwacht een longarts van ons? Dat wordt daar dan ook allemaal besproken in de hoop dat dat netwerk steeds beter gaat draaien.”  P6: ”…het enige nadeel is dat als je hulp nodig hebt of als je psychologisch in wilt zetten in die sector de wachttijden lang zijn.”  P6: “Bij multi problematiek van een patiënt kun je heel makkelijk een MDO inplannen.”  P8: “…dan op advies van de specialist is meestal een samenwerking verder alleen de huisarts, een praktijkondersteuner en met de ergotherapie**.”** |
| Verwijsgegevens van de arts |  | P1: “Vaak is dat wel zelf achter komen. De arts is vaak heel globaal in deze klasse.”  P2: “Als je van de huisarts een verwijzing krijgt, dan staat d’r de medicatie bij en dan staat d’r ook een lijstje met voorgeschiedenis, comorbiditeiten. Dat begint steeds meer te worden.”  P2: “Vanuit de huisarts krijgen we meer informatie als van de specialist Vanuit de specialist daar staat meestal op COPD 2d of zoiets. En soms dan staan d’r wat waardes bij en als je vraagt dan krijg je een uitdraai van de spirometrie mee, maar dan heb je alleen maar alles wat op de longen betrokken is.”  P3: “Als de verwijzing komt is het echt COPD en dan komt daar de GOLD-klassering.”  P4: “…daar [comorbiditeiten] word je echt totaal niet over ingelicht. En dat er nog altijd verwezen wordt naar met name de gold stadium. Wat betreft de comorbiditeiten wordt er echt zelden iets op de verwijzing.”  P4: “Het vervelende is dat je vaak nog niet weet wat de comorbiditeit is omdat het vaak niet op de verwijzing vermeld staat.”  P5: “De verwijzingen zijn de laatste tijd wel wat verbeterd omdat we nu ook met het ABCD-protocol werken. Maar de comorbiditeiten die worden eigenlijk niet echt benadrukt.”  P5: “…want op de verwijzing staat, vrij weinig d’r staat vaak op COPD, type 3 of GOLD3/4 en dan staat d’r nog wel eens bij wat de longinhoud is, of de longfunctie, en dan staat d’r vaker nog bij of het A, B, C of D is en dan houdt het op. De rest moet je zelf uitzoeken.”  P6: “De mild tot matige COPD’ers die krijg je door via een huisarts of longarts en als de longarts dan een indicatie ziet voor fysiotherapie en het is een heel ernstige COPD-patiënt dan wordt vaak eerst een revalidatietraject geadviseerd.”  P6: “Van huisarts en longarts zijn vaak nooit compleet genoeg. Soms heb je niet alle gegevens die je graag zou willen.”  P7: “Vaak krijg je de longfunctie ook meegestuurd vanuit de longarts.”  P7: “Niet zoveel, alleen als je het opvraagt [Veel waardes van de longarts].”  P7: “Nee eigenlijk niet je krijgt gewoon uiteindelijk dezelfde verwijzing. [Verschil tussen doorverwijzing HA of Longarts].”  P7: “Vaak zie je dan gewoon staan COPD en dan alle comorbiditeiten [op de verwijzing].”  P8: “[vindt u de verwijzing compleet] nee, dat is ook het probleem.”  P8: “[u vindt dat de verwijzing beter kan?] ja officieel als we het volgens de richtlijn van het KNGF zouden werken dan zou het echt op de verwijzing moeten staan.”  P8: “[staan de comorbiditeiten op de verwijzing] daar staat meestal heel weinig, vooral als we de verwijzing krijgen van de longarts staat dat er meestal niet bij. Dan is de huisarts wel wat specifieker.”  P8: “[diagnostische waarden van de huisarts/specialist] dat kunnen wij niet dus dat vind ik dan ook wel fijn.”  P8: “[krijgt u die waardes altijd?] als ik aan patiënten vraag of ze die mee willen nemen dan krijgen we ze wel.”  P8: “Soms worden ze rechtstreeks vanuit de specialist, maar meestal eigenlijk toch via de huisarts.” |
| Comorbiditeiten bij patiënten met COPD | Soorten comorbiditeiten veelvoorkomend bij COPD  Aandachtspunten per comorbiditeit  Kennis over de invloed van comorbiditeiten op het FMH  Kennis over de gevolgen op kwaliteit van leven  Relatie tussen COPD en comorbiditeiten | P1: ‘’ik heb er een [patiënt] en daar is die uitwisseling van zuurstof en koolstofdioxide niet goed.’’  P1: ‘’Als je echt buiten die COPD kijkt, dan is echt voeding gewoon heel belangrijk, he dat ze echt heel sterk vermagerd zijn bijvoorbeeld. Of juist veel te zwaar omdat ze weinig bewegen.’’  P1: ‘’[zijn er nog andere comorbiditeiten die je vaak ziet bij COPD-patiënten?] nee, wij hebben ze nog redelijk goed binnen. We hebben d’r wel aan de zuurstof.’’  P1: ‘’Zit er ooit wel bij maar geen hele heftige gevallen [hartfalen of diabetes als comorbiditeit].’’  P1: ‘’[Wel iets met depressie en angst] Ja die zitten dr ook wel bij.’’  P2: ‘’Artrose en jicht, Algemeen komen die eigenlijk veel voor en over het algemeen zijn het wat oudere mensen.’’  P2: ‘’Hartfalen komt veel voor, artrose van de onderste extremiteit dan in dit geval want dat is eigenlijk waar ze het meeste tegen aan lopen, neurologische klachten regelmatig voorkomen, TIA of een CVA, slechte ogen.’’  P2: ‘’Misschien ook nog wel een comorbiditeit de centen van de patiënt, misschien met osteoporose.’’  P2: ‘’Angstklachten. En depressief, mensen zijn angstig eigenlijk met name voor te vallen en dat het achteruit gaat. Depressie niet denk ik, niet meer dan bij andere aandoeningen.’’  P3: ‘’Artrose ook of dat nou knie heup, osteoporose, PAV, dus claudicatio, Hoge bloeddruk diabetes, gewrichtsproblemen, rugklachten zijn nek en schouder, orthopedische klachten.’’  P3: ‘’[angst en depressie] Speelt allemaal wel mee, maar ik denk dat dat niet de boventoon voert.’’  P4: ‘’Diabetes, angst en depressie. En vooral cardiovasculair eigenlijk alles wat het gevolg van roken.’’  P4: ‘’Ik denk niet dat die mensen met die depressieve krampen echt meer comorbiditeiten moeten hebben.’’  P4: ‘’Het moeilijke is dat COPD’ers niet vaak 1 comorbiditeit hebben maar dat er heel erg veel samen zijn.’’  P5: ‘’Meeste wat ik toch zie is vaatlijden. Hartproblematiek komt ook wel eens vaker voor en het zijn vaak toch wel wat oudere mensen dus ook artrose.’’  P5: ‘’Zoiets al diabetes, bij COPD zie je juist eerder wat mensen die wat smaller zijn.’’  P5: ‘’Stukje dementie. Een stukje angst sowieso. Mensen zijn toch wel bezorgd om hoe het zou gaan en als er een keer een slechte dag is van gaat het wel lukken. Een stukje vermoeidheid. En ook angst voor weer een nieuwe benauwdheidsaanval.’’  P6: ‘’Als je het dan hebt over comorbiditeiten dan zie je ook vaak dat er ook psychisch gerelateerde klachten een rol speelt.’’  P6: ‘’Cardiale problematiek, vaatlijden, hartfalen, osteoporose, hypertensie als je dat ook onder comorbiditeit mag noemen algeheel of pulmonaal bij sommige.’’  P6: ‘’Ligt eraan of je perifere spierzwakte ook een comorbiditeit noemt, dat is een beetje een grijs gebied. Depressie valt dan ook onder comorbiditeit maar waar baken je het af.’’  P6: ‘’Volgens mij drie of vier comorbiditeit bij meer dan de helft van de COPD-patiënten dat toonde toen al aan dat COPD niet vaak op zichzelf staat.’’  P7: ‘’Pneumonie heel vaak, bijna geen orgaandisfunctie.’’  P7: ‘’Heel veel mensen zijn echt heel bang om m die grenzen op te zoeken, zowel in de therapie als buiten de therapie.’’  P7: ‘’Bijna bij alle COPD’ers is er wel sprake van angst depressie is wel weer wat verder maar angst zeker wel.’’  P8: ‘’Longkanker, botontkalking, rugklachten, angst, artrose, claudicatioklachten.’’  P1: ‘’Vaak moet je daar diep op doorvragen, of kom je er gaandeweg de behandeling achter.’’  P1: ‘’[bij angst] Vooral coaching dat je ze wel vertrouwen geeft en dan ga ik sowieso niet heftig insteken in de training.’’  P1: ‘’[tussen testen door] met veel rust.’’  P2: ‘’Ik heb de cijfers niet in de kop maar een 80-jarige, die heeft gemiddeld iets van 5 of 6 medicijnen ja. Dus comorbiditeiten komen veel voor bij COPD’ers.’’  P2: ‘’Dus je gaat altijd uit van van aannames eigenlijk En dan ga je uit van dit zijn mijn zekerheden, want dat weet ik, want daarmee is hij doorgestuurd, en dat zijn mijn vermoedens.’’  P2: ‘’Maar ook van wat heeft die, En ook wat een arts zegt. Maar dat is wel wat zij in hun dossier hebben, dus niet wat ze d’r niet in hebben staan daar kom je ook niet achter en daar kom je wel in de anamnese achter. En de precieze hulpvraag. Eigenlijk te verhelderen om van ja dit en dit dat verwacht je misschien en dat wil je misschien, maar dat ga je nooit halen. Maar je moet natuurlijk wel de, de belastbaarheid bepalen door iemand te testen.’’  P2: ‘’Dus als je COPD hebt ga je minder bewegen, minder spierkracht, mindere stabiliteit, minder uithoudingsvermogen.’’  P3: ‘’Dan wil ik dr wel bijzeggen dat geldt voor de mensen met claudicatio verdenk ik heel veel mensen ervan dat ze ook COPD hebben.’’  P3: ‘’Maar ik weet zeker dat als je al die mensen op COPD gaat onderzoeken dat ze het ook hebben en ook omgekeerd. En ik denk dat het logisch is hoe meer comorbiditeiten, hoe groter het probleem.’’  P3: ‘’Ik denk dat je onbewust eigenlijk veel meer doet dan dat je denkt.’’  P3: ‘’… vocht in de benen of dan de saturatie of dan als je dan de pols voelt dat je dan ziet aan die hartslagmeter dan heb ik zoiets van ja denk ik van daar zit wat.’’  P4: ‘’…extreem satureren bij inspanning. Dat COPD’ers niet vaak 1 comorbiditeit hebben.’’  P4: ‘’… de mensen met angst en depressie ook de mensen die heel veel vagen hebben naar ademhalingsoefeningen en vooral die mensen komen vaak wel trouw naar therapie toe maar om die zelf aan de slag te krijgen.’’  P4: ‘’…als mensen met COPD komen en ze hebben als comorbiditeit etalage benen dan ga ik niet nog een wandeltest uitzetten voor die etalagebenen.’’  P4: ‘’[Mensen die overgewicht hebben en COPD] Zie ik in ieder geval de meeste.’’  P4: ‘’Je ziet gewoon vaak dat niet de COPD de beperkende factor is maar ook de comorbiditeiten beperkende factor kan zijn in je onderzoek.’’  P5: ‘’Daar moet je eigenlijk met de patiënt zelf achter zien te komen wat voor onderliggende dingen er nog zijn, en waar ze nog last van hebben en wat er nog mee speelt.’’  P6: ‘’Want je moet je behandelingen ergens op bepalen zeg maar en als je niet een bepaalde nulmeting of baseline kunt hebben dan weet je ook niet waar het probleem ligt bij die patiënt.’’  P6: ‘’Het is wel allemaal heel bepalend wat voor behandeling je uiteindelijk aanbiedt.’’  P7: ‘’Dan gaan we trainen ook al is het effect een stuk minder.’’  P7: ‘’Vaak merk je dat heel positief werkt in die grenzen opzoeken.’’  P7: ‘’Lager trainen of geen maximale inspanning trainen [Wat ziet u onder een stapje terug doen].’’  P7: ‘’…kun je wel je therapie op aanpassen maar dus het ligt er ook maar net aan welke comorbiditeit dat je hebt.’’  P8: ‘’…dus daar kan ik wel andere oefeningen voor hem geven [aanpassingen maken tijdens trainen].’’’  P8: ‘’…je moet toch goed die zuurstof in de gaten houden.’’  P8: ‘’Ga je met interval trainen als de zuurstof echt flink aan t zakken.’’  P1: ‘’[vind jij dat je de comorbiditeiten los kan zien van de COPD?] ik denk dat je echt wel het hele probleem aan moet pakken, dat je anders wel dingen mist. denk ook wel dat dat ooit over het hoofd wordt gezien.’’  P1: ‘’[persoon met veel comorbiditeiten] bij zo iemand is er nog net iets meer aanpassing nodig vaak.’’  P1: ‘’Of twee minuten wandeltest of een fietstest, dan gaat het wel’’  P2: ‘’Maar om te zeggen van hier is je programma als je het tegen iemand hebt met zware artrose bijvoorbeeld met jicht, die kun je niet op de loopband zetten.’’  P2: ‘’… nou stel iemand heeft hartfalen of je vermoed hartfalen daarbij, ja dan ga je, dan ga je het inderdaad zo aanpassen dat je, dat het wel effect heeft op zijn longklachten, zonder te zeer belemmerd te worden door z’n hart.’’  P2: ‘’[Slechte ogen] Dan gaan mensen dus vallen en dan heb je dus alweer een probleem, want dan worden ze bang.’’  P3: ‘’Ik denk dat dat duidelijk is hoe meer comorbiditeiten je hebt hoe meer je beperkt bent in je adl.’’  P3: ‘’De ernst van de COPD maakt wel veel uit.’’  P3: ‘’Je moet creatief zijn, je moet je structuurtjes af en toe.’’  P3: ‘’…je past gewoon steeds je therapie een beetje aan afhankelijk wat patiënten zeggen.’’  P3: ‘’[1RM] vaak niet uitvoeren omdat mensen vaak last hebben van hun heupen en knieën.’’  P4: ‘’…dan is de vraag wat is nu de beperkende factor in de therapie of onderzoek - zijn dat nou de comorbiditeiten of zijn dat de klachten van de COPD.’’  P4: ‘’…bij de COPD maar ook regelmatig bij de comorbiditeiten als iemand een 6 minuten wandeltest niet kan volhouden.’’  P5: ‘’En soms zijn die d’r niet dus dan ga je maar zonder dat je bepaalde gegevens hebt proberen te trainen maar dat is soms wel lastig.’’  P5: ‘’Zeker als ze ook daarnaast wat dementie of zo hebben of andere klachten waarom ze echt 1 op 1 gezien moeten worden omdat ze anders op een apparaat gaan zitten en niet weten wat ze moeten doen.’’  P6: ‘’Maar groep 1 en 2 konden dat helemaal niet aan, die kregen elektrostimulatie op de beenspieren en uiteindelijk is wel uit onderzoek gebleken dat, daaruit bleek dat het wel effectief is maar alleen als je een dusdanige spierzwakte hebt.’’  P6: ‘’En dat is gedaan met de onderliggende gedachten om de kortademigheid niet een beperkende factor voor de afname van die 1rm testen. Als je iemand 20 herhalingen laat maken maar iemand is wel heel erg kort van adem dan is bij diegene de spiekracht niet het probleem, maar de kortademigheid de belemmerende factor.’’  P6: ‘’…over het algemeen wordt het niet zo zeer belemmerd.’’  P7: ‘’…bepaalde comorbiditeiten heb je niet zo veel mee te doen.’’  P7: ‘’Dan kun je botversterkende oefeningen trainen [comorbiditeit osteoporose].’’  P8: ‘’…ga je opzoek naar andere oefeningen geven.’’  P8: ‘’…dus daar kan ik wel andere oefeningen voor hem geven.’’  P1: ‘’[Comorbiditeiten invloed op kwaliteit van leven?] dat denk ik zeker wel ja dat dat invloed op elkaar heeft. Ze gaan heel veel uit de weg, ze blijven vooral binnen dus dan waardoor het sociale leven eigenlijk ook weer achteruitgaat.’’  P2: ‘’Dus de kwaliteit van leven zoals ik die zie die wordt eigenlijk beperkt door of die wordt bepaald door wat iemand wil en wat iemand kan. En als dat in balans is, dan is dat allemaal geen probleem.  P4: ‘’…doormiddel van je anamnese kom je dan achter andere problematiek.’’  P4: ‘‘…in jouw rugzakje met comorbiditeiten draagt als patiënt zijnde, dat je kwaliteit van leven daar alleen maar onder te leiden komt en niet minder wordt. En dan is het aan de persoon zelf hoe goed zijn coping is.’’  P5: ‘’…niet meer in staat bent om te kunnen doen wat je graag had willen doen, dan merk je dat die kwaliteit van leven toch wel minder wordt.’’  P5: ‘’Omdat je wil dat mensen toch wel wat actiever worden maar ze hebben dan de angst dat ze een nieuwe benauwdheidsaanval krijgen en daardoor gaan ze juist minder doen en dan komen ze eigenlijk in die cirkel dat ze steeds meer achteruitgaan.’’  P5: ‘’Maar als dat hun kwaliteit van leven bevorderd door wel te mogen roken wie ben ik dan om te zeggen van dat roken dat gaan we afschaffen want dan gaat de kwaliteit van leven misschien wel helemaal omlaag.’’  P6: ‘’Ik denk wel dat niet zo zeer de ernst van de COPD maar wel de ernst van beperkingen in het dagelijks leven bepalend is voor de kwaliteit van leven. Hoe positief iemand erin staat of heeft iemand een adequate copingstijl of is iemand wel actief of niet, dat is wel heel bepalend.’’  P7: ‘’…als ze dat op een gegeven moment niet meer kunnen dan is dat heel confronterend.  Dat vermindert ook je kwaliteit van leven.’’  P7: ‘’…hoe meer comorbiditeiten hoe slechter de kwaliteit van leven vaak.’’  P8: ‘’…dan is de kwaliteit van leven toch wel heel erg beperkt.’’  P1: ‘’Je ziet vaak wel koppeling tussen comorbiditeiten en COPD, vaak een cirkel en negatieve spiraal als het een aan het een gewerkt wordt, dan gaat het ander vaak ook beter.’’  P2: ‘’Wederzijds. Het een bevorderd het andere. COPD verminderd activiteiten dat heeft negatieve effecten op de bijkomende comorbiditeiten. Dus een veranderde doorbloeding, die heeft ook weer direct gevolgen op de COPD. Het hele weerstandvermogen van iemand die met meerdere comorbiditeiten zit is een stuk minder.’’  P2: ‘’En bepaalde dingen [comorbiditeiten] die kosten dan veel tijd maar die zijn wel voorwaarde om de COPD goed onder de knie te krijgen.’’  P3: ‘’De leefstijl. Voeding speelt ook wel vaker een rol.’’  P3: ‘’Ik denk dat toch meestal als een geheel, je kunt het bijna niet los zien. Het is een systeem.’’  P3: ‘’Ik ben ervan overtuigd dat het hart niet 100% functioneert als je allerlei dat soort problematiek hebt.’’  P4: ‘’Dus de samenhang is moeilijk om te onderscheiden.’’  P5: ‘’Want vaak is het toch iemand die COPD heeft, heeft bijna altijd iets d’r naast, je ziet bijna nooit iemand die alleen COPD heeft.’’  P5: ‘’…je merkt dat er wel een verband is, ook met vaatlijden, met hartproblemen, met longen, dat zijn toch alle drie wel componenten die samenvallen.’’  P5: ‘’…daar zit zeker verschil in, de ene patiënt die vind zelf dat die nog best wel goed kan en als je dan zijn longfunctie bekijkt en als je vragenlijsten kijkt wat die heeft ingevuld, daar zit heel veel verschil in.  P6: ‘’Nee dat nooit, want het is bepalend voor je behandeling.’’  P6: ‘’…ja en dat is ook met oog op die comorbiditeit past dat d’r ook wel een beetje bij dat je niet denkt van COPD en ik doe dit en dit en dit want omdat ik dat bij iedere COPD-patiënt doe.’’  P7: ‘’Vaak als je het ene behandelt dan behandel je het ander ook dus vaak kun je het niet los van elkaar zien.’’  P8: ‘’…pompjes die dat ze gebruiken, dat dat ook wel werkt op de botten.’’  P8: ‘’…angstig zijn omdat ze meestal ook zuurstof gebruiken.’’ |
| Omgang met comorbiditeiten in het diagnostisch proces | Terugverwijzing  Pluis/niet pluis  Anamnese  Medicatie  Onderzoek  Diagnosestelling | P2: ‘’Bij problemen. Als ze een exacerbatie hebben bijvoorbeeld.’’  P2: ‘’Dus in feite verwijzen ze zichzelf meestal terug als ze een exacerbatie hebben.’’  P2: ‘’Het alert blijven dus als ze in een groep zitten je probeert aandacht te houden op iedereen maar dat lukt natuurlijk niet altijd.’’  P2: ‘’Maar als iemand niets laat merken dan kan het best zijn dat je 3-4 maanden verder bent voordat je erachter komt.’’  P3: ‘’Niet echt nee, ik stuur ze bijna nooit nooit terug. Maar misschien voor vervolgonderzoeken of als je bepaalde symptomen ziet waarvan je denkt dit moet nog onderzocht worden.’’  P3: ‘’Toch weer wat vocht in de benen of dan de saturatie of dan als je dan de pols voelt dat je dan ziet aan die hartslagmeter dan heb ik zoiets van ja denk ik van daar zit wat. En dan stuur je ze naar de cardioloog.’’  P3: ‘’…doormiddel van je anamnese kom je dan achter andere problematiek. Dan komt er weer wat naar boven wat er dan speelt of wat er in het verleden is geweest waarvan je denkt dat heeft er toch ook wel mee te maken.’’  P3: ‘’Van die terugkoppelingsbrieven. Die geef ik gewoon in de hand van de patiënt en die neemt hij dan mee naar de specialist.’’  P5: ‘’Ook vaak met vocht in de benen.’’  P6: ‘’In sommige gevallen wel als ik niet meer in de behandeling vooruit kan.’’  P6: ‘’…vooral als iemand een exacerbatie heeft doorgemaakt, een X aantal kilo verloren heeft binnen een bepaalde tijd, waarbij dan een indicatie voor de voor de diëtist is.’’  P7: ‘’Niet zo vaak, vaak kun je d’r wel als fysio mee aan de slag.’’  P7: ‘’Als je merkt van de bijwerkingen zijn echt heel erg flink t.o.v. de voordelen dan is het echt een kwestie van terugsturen.’’  P8: ‘’[staan de comorbiditeiten op de verwijzing] daar staat meestal heel weinig, vooral als we de verwijzing krijgen van de longarts staat dat er meestal niet bij. Dan is de huisarts wel wat specifieker.’’  P1: ‘’…vaak komt zoiets pas naar voren als er een ziekenhuisopname is, maar als je ziet tijdens de trainingen, laatst had ik een vrouw die bleef heel erg moe en saturatie zakte verder dan normaal tijdens activiteiten tijdens de training en dan ga ik wel eerder overleggen met de huisarts. Je moet heel alert op al die tekenen blijven bij al die mensen.’’  P1: ‘’…goed luisteren en kijken naar de patiënten, dat vooral vaak zie je wel al in kleur en in blik kun je al zoveel zien wat ze misschien nog niet meteen vertellen. Doorvraagt en eventueel een op een van zullen we ff daar gaan zitten en het erover hebben.’’  P3: ‘’Maar dan wel wat alerter en wat meer directer erop qua meten kijken hoe ze herstellen.’’  P4: ‘’Als ze bij COPD bijvoorbeeld extreem satureren bij inspanning, onder normwaarde. Een huisarts inlichten. Als ik vermoed dat een exacerbatie. Maar comorbiditeit specifiek niet zo zeer.’’  P5: “Maar bij sommige patiënten heb ik wel het gevoel van daar moet ik op letten als ik denk van ik vertrouw het niet dan stuur ik ze ook wel terug naar de huisarts.”  P5: “Als je merkt dat ze in een keer heel erg achteruit zijn gegaan.”  P5: “Ook als ik tijdens het trainen merk dat die saturatie echt flink daalt, wat onbekend is bij die mensen.”  P6: “In heel enkele gevallen, maar dan schakel ik hulp in van longarts of huisarts om te kijken van wat moet daar verder mee. Ook bij een bepaalde achteruitgang waarvan je niet goed de vinger op kan leggen van is het nu exacerbatie of niet? En voor de rest screenen door collega’s van andere disciplines.”  P7: “Ligt eraan of je wel rode vlaggen hebt, druk op de borst ervaart als je aan het trainen bent, dan gaan ze wel terug naar de huisarts.”  P1: “Vaak toch wel activiteitgericht en niet van ik wil minder benauwd worden.”  P2: “Bij de anamnese komt dat eigenlijk al d’r uit, dan komen de comorbiditeiten.”  P2: “Ja, In de diagnostiek. In de anamnese kom je eigenlijk d’r achter met wie heb je te maken, ook de soort patiënt van ja, kun je iemand zeg maar moet je heel strikt zijn of kun je wat losser zijn met iemand.”  P2: “Anamnese die kun je ook direct gebruiken om eigenlijk te verhelderen om van ja dit en dit dat verwacht je misschien en dat wil je misschien, maar dat ga je nooit halen.”  P3: “Sowieso bij de anamnese ga je daar dus naar op zoek [De comorbiditeiten].”  P3: “Ja de anamnese [wat is het belangrijkste deel van het onderzoek].”  P7: “De eerste interventie is altijd uitvragen of dat ze gestopt zijn met roken.”  P7: “Als het er niet bij staat dan is het eerste wat ik doe is aan de patiënt vragen ben je bekend met andere klachten, indien ze niet in staat zijn om die vraag te beantwoorden dan neem ik contact op met de huisarts.”  P7: “Bij het eerste contact met de patiënt ga je al vragen van welke medicatie neemt u?”  P8: “Via de anamnese [hoe je achter de comorbiditeiten komt als het niet vermeld is op de verwijzing].”  P2: “…dan krijg je een medicatielijstje.”  P2: “Maar dan moet je ook de tijd nemen om die medicatie ja te inventariseren.”  P5: “Vaak vraag je ook wel of ze medicatie hebben, welke medicatie dat ze hebben en als je merkt dat ze toch verschillende medicatie hebben ga je toch nadenken van waarom zullen ze die gebruiken?”  P7: “Vooral heel veel pufjes, bij de meeste helpt het niet echt.”  P7: “[Helpt vooral tegen] luchtwegverwijding en daar merk je wel bijvoorbeeld de saturatie gaat meteen omhoog, ze kunnen net wat langer lopen en net wat langer fietsen op die manier.”  P7: “Zeker, farmacologische behandeling daarnaast is heel belangrijk voor je therapie want op het moment dat dat niet goed is, dan gaat het ook niet goed in je therapie dus het is echt een combinatie van die.”  P7: “Nee vaak al voor die comorbiditeiten [medicatie voor COPD of comorbiditeiten].”  P7: “…de fysiotherapeutische behandeling hier van toepassing kan zijn op de farmacologische? Ja het is echt vica versa.”  P7: “…een van de enige personen die aan de huisarts kan zeggen wat niet klopt [bij bepaalde medicatie].”  P8: “…gebruiken gewoon 3 verschillende pufjes, vaak altijd bloedverdunners, cholesterolverlagers ja dat hoort er vaak allemaal wel bij. Dus dat is beetje standaard.”  P8: “ventolin”.  P8: “…ja dat werk je wel [verschil tussen wel of niet ingenomen medicatie].”  P8: “[pufjes] ja dan merken ze wel dat ze meer lucht hebben.”  P1: “…excel bestand waar we echt super veel stapjes afgaan en heel veel meetmomenten hebben, heel veel testjes, vragenlijstjes, als mensen tenminste eerlijk antwoorden, je echt een heel goed beeld van iemand krijgt.”  P1: “Klinimetrie van de COPD, als je echt ziet van d’r komt heel veel angst bij kijken, dan doen we wel eens een vragenlijstje extra, maar onze standaard klinimetrie is wel echt op de COPD gericht.”  P2: “…de 6 minuten wandel test dat wordt geadviseerd en d’r wordt een knijptest geadviseerd.”  P2: “…soms laat ik ze dan blazen, dus beetje de 1 seconde waarde en bloeddruk.”  P2: “…lengte, gewicht, buikomvang.”  P2: “Dat is zo gewoon omvang meting van de borst, in- en uitgeademd dus dan krijg je een beetje hetzelfde wat je ook met het blazen krijgt dus hoeveel liter inhoud heb je, maar vooral ook van gewoon met een meetlint van ik heb een stijve borstkast of ik heb een wat mobielere borstkast.”  P2: “[welke vragenlijsten neemt u af] CCQ, MVI, CIS, par-q, CAT.”  P2: “[wat test u] Inspanningscapaciteit.”  P2: “…fiets, loopband, crosstrainer bijvoorbeeld en daar kun je ook gewoon een test op zetten. Wat dan een zuurstofopname bepaald.”  P2: “Krachttesten, niet 1RM, want dat denk ik ja dat je in de fysiotherapie nooit moet doen.”  P3: “Maar ik begin wel altijd zoals wat verwacht wordt van chronisch zorgnet en je daarop te richten.”  P3: “Dus toch eigenlijk vrij algemeen beginnen en misschien wat gedetailleerde worden als het je beperkt.”  P3: de zes minuten wandelltest, CCQ, MRC, 1RM de krachttest.  P3: “Je hebt een groepje van vragenlijsten, als iemand erg over vermoeidheid klaagt dan pak ik hem toch eventjes bij.”  P4: “We moeten volgens een soort meetprotocol handelen dus ik volg vrijwel altijd een klinimetrie uit en voor de copd betekent dat dan die 6 minuten wandeltest als inspanningsonderzoek. CCQ, nog twee vragenlijsten van het chonisch zorgnet zelf die gaan over de ziekte stabiliteit en weer een stappenteller.”  P4: “…voor angst en depressie zou je als het echt speelt een HADS afnemen. Voor de artrose kun je nog een een pijnscore of een score aan de stijfheid afnemen.”  P4: “Als mensen bijvoorbeeld etalagebenen hebben, daar heb je normaal ook een heel protocol voor hoe je dat apart gaat behandelen, maar als mensen met copd komen en ze hebben als comorbiditeit etalage benen dan ga ik niet nog een wandeltest uitzetten voor die etalagebenen.”  P5: “Als ik weet dat iemand niet in staat is om te lopen dan wordt de 6mwt er uitgehaald of ik vervang hem door een fietstest.”  P5: “…handknijpkracht, 6 minuten wandeltest microFET voor de quadriceps vooral,  en dan ook nog de vragenlijsten; MRC, CAT-score, CCQ, de MRC-score.”  P6: “…heel soms komt uit die vragenlijst hoe iemands psyche ervoor staat. Maar ik neem niet specifiek een 4DKL af.”  P6: “…handheld dynamo meter, HKK, microfet, looptest, de CAT-vragenlijst, MRC dyspneu, 6mwt, eventueel een PSK met een NRS, de CCQ en de SNAG vragenlijst.”  P7: “…als dat niet zo is dan moet je dat gesprek aangaan [stoppen met roken].”  P7: “Dan is het gewoon we gaan trainen ook al is het effect een stuk minder ook al is het resultaat veel minder.”  P7: “…bij de intake maak je gebruik van andere vragenlijsten dan tussendoor, 6mwt, CCQ en CAT.”  P7: “Ik moet zeggen als iemand echt verslechterd dan is het niet dat ik al die vragenlijsten opnieuw ga doen.”  P8: “[van welke klinimetrie maak jij gebruik] CCQ, CAT, 6MWT.”  P2: “Maar de fysiotherapeutische diagnose wijkt niet af van de medische diagnose. Het enige wat kan zijn is dat de COPD met comorbiditeiten. En dat de comorbiditeit toch in meer of mindere mate een belangrijke rol speelt.”  P4: “…dat is dan ons toegevoegd onderzoek, die eigenlijk misschien nog wel belangrijker zijn dan die andere dus dan wel.”  P4: “Met de fysiotherapeutische diagnose heb je je klinimetrie gedaan.”  P4: “Met de fysiotherapeutische diagnose. Krijgt een veel beter beeld hoe zo een patiënt zich presenteert dan wanneer je echt die spirometrische gegevens ziet.”  P4: ‘’Naar mijn idee zijn ze de laatste tijd van die spirometrie steeds meer af aan het stappen. Longartsen vinden het volgens mij nog best belangrijk om dat uit te voeren maar voor zover ik weet inderdaad hoeven die spirometrische gegevens niet overeen te komen met de werkelijkheid hoe fit iemand is, hoe ja hoe goed belastbaar iemand eigenlijk.”  P4: “Voor zover ik weet inderdaad hoeven die spirometrische gegevens niet overeen te komen met de werkelijkheid hoe fit iemand is, hoe ja hoe goed belastbaar iemand eigenlijk is.”  P5: “daar zit zeker verschil in, de ene patiënt die vindt zelf dat die nog best wel goed kan en als je dan zijn longfunctie bekijkt en als je vragenlijsten kijkt wat die heeft ingevuld, daar zit heel veel verschil in.”  P5: “Het ICF is wel wat uitgebreider daarin.”  P8: “…bij het ziekenhuis krijg je natuurlijk altijd die waardes.” |
| Omgang met comorbiditeiten in het therapeutisch proces | Therapie  Evaluatie & Monitoring | P1: “Dan gaan we naar de voeding kijken, vaak beginnen we zo dat we mensen bijvoorbeeld een week lang, hun voeding laten opschrijven.”  P1: “De training zelf gaan we aanpassen dat we echt meer op kracht gaan trainen en minder op uithoudingsvermogen. Beetje dat uithoudingsvermogen eraf dat we ze niet te veel vermoeien maar echt puur op die kracht gaan trainen.”  P1: “Vooral coaching dat je ze wel vertrouwen geeft en dan ga ik sowieso niet heftig insteken in de training. Saturatie meten.”  P1: “…voor iedereen wordt een schema wel individueel ingesteld.”  P1: “…ik ga wel in samenspraak met de patiënt het plan opstellen.”  P2: “…en daar [comorbiditeiten] moet je ja regelmatig wel de therapie op aanpassen.”  P2: “…exacerbatiemanagement [eerste dingen die ze krijgen].”  P2: “De therapie, die is afhankelijk van de hulpvraag.”  P2: “Groepstherapie geeft een heel andere dimensie aan de behandeling dus mensen kunnen hun eigen schema afwerken maar vooral de contacten onderling, het lotgenotencontact, dat is echt wel heel belangrijk.”  P2: “Stel iemand heeft hartfalen of je vermoed hartfalen daarbij, ja dan ga je, dan ga je het inderdaad zo aanpassen dat je, dat het wel effect heeft op zijn longklachten, zonder te zeer belemmerd te worden door z’n hart.”  P3: “Daar [saturatie, metingen, hoe ze zich voelen] houd je allemaal rekening om een behandelplan te maken.”  P3: “Dus dat is ter plekke uitproberen wat gaat wel en wat gaat niet.”  P3: “Sommige willen geen variatie ‘nee ik hoef geen nieuwe oefening’ en andere ‘ja’.”  P3: “Dan ga je over op intervaltraining de pauze iets langer maken, de saturatie altijd even in de gaten houden.”  P3: “Je past gewoon steeds je therapie een beetje aan afhankelijk wat patiënten zeggen.”  P3: “Onbewust zet je die dingen [motivational interviewing], dan toch wel in wat je voorheen niet deed.”  P3: “Ga je zeggen van we gaan dit doen en dat en we gaan spierkrachttraining en dat is hetzelfde, voor 2 en 4 maar de inhoudelijke indeling heel specifiek is natuurlijk niet hetzelfde.”  P3: “Je moet het wel integreren anders denk ik van of je hebt een patiënt die zich niet serieus genomen voelt en die vertrekt en die gaat dingen doen die niet kunnen.”  P4: “…in je behandelplan en in je behandeling dat je daar rekening mee moet gaan houden door bepaalde oefeningen aan te passen; intensiteit te verlagen.”  P4: “Een saturatiemetertje die gebruik je veel om zuurstofwaarde te checken. Stappenteller gebruik ik veel, die adviseer ik ook om mensen zelf aan te schaffen.”  P4: “Mensen met artrose in de knie hebben vaak moeite om op de loopband te lopen en dan op de fiets is dat een stuk makkelijker.”  P4: “Dat is gewoon zoeken in type oefening wat mensen prettig vinden en dat je wel ervoor zorgt dat je grote spiergroepen blijft trainen door de oefening die de mensen prettig vinden om uit te voeren zonder de pijnklachten.”  P5: “De meeste komen hier trainen vaak als ze een ziekenhuisopname hebben gehad d’r zijn sommige die met slecht weer niet het huis uit komen.”  P5: “Soms zijn die d’r niet [uitslagen van diagnostische testen, vanwege comorbiditeiten] dus dan ga je maar zonder dat je bepaalde gegevens hebt proberen te trainen maar dat is soms wel lastig.”  P5: “Stukje krachtuithoudingsvermogen dan bouw je toch wel uithoudingsvermogen op [hoe doorbreek je de cirkel als iemand niet kan trainen op uithoudingsvermogen, maar dat is wel je trainingsdoel].”  P5: “Ik heb wel groepen, meestal begin ik wel 1 op 1 en ja dat is vooral als ze net een exacerbatie hebben gehad of in het ziekenhuis zijn geweest en dan na een maand of drie, vier dan komen ze eigenlijk in de groep terecht.”  P5: “…niet iedereen is geschikt voor een groep, sommige hebben wat meer begeleiding nodig.”  P6: “Ik probeer het [NMES] soms wel in te zetten als iemand hier een exacerbatie heeft en die die kan een aantal weken niet komen trainen.”  P6: “Meestal probeer ik de mensen in groepsverband te laten trainen en de eerste paar keer zie je ze vaak ook individueel om ze ademhalingstechnieken aan te leren of mucus evacuerende technieken.”  P6: “Bespreekbaar maken met een patiënt en educatie verschaffen, iemand inzicht geven in eigen klachten het voordeel is als je maar een beperkt aantal behandelingen hebt dat je op een gegeven moment wel moet.”  P6: “Dan zoek ik een andere trainingsvorm uit, waarbij je toch wel dezelfde energie hebt en dezelfde trainingsprikkel toedient en je hetzelfde effect krijgt maar waarbij je een patiënt wel binnenhoudt”  P6: “En dan heb je ook al meteen als je iemand educatie geeft van op welk niveau moet je iemand educatie geven.”  P6: “je wil wel hebben dat de mensen gemotiveerd blijven dus ik heb liever dat ze dan een kleine twist maken in de behandeling met iets van andere oefeningen waarbij de patiënt zich meer kan vinden, maar dat ik me d’r ook nog wel in kan vinden.”  P6: “UAE (unsupported arm exercises), dat is eigenlijk om de hulpademhalingsspieren te trainen dus de nek-schoudergordel. ja ik pas dat hier in de praktijk eigenlijk niet toe.”  P7: “[In groepsverband trainen] Vaak merk je dat heel positief werkt in die grenzen opzoeken.”  P7: “Lager trainen of geen maximale inspanning trainen, lager in je herhalingen.”  P8: “dat is voor hun al een stimulans [van intervaltraining naar duurtraining].”  P8: “weer een extra motivatie [als ze merken dat de afstand die ze lopen groter is dan voorheen].”  P8: “Je gaat inderdaad kijken van de longcapaciteit en of mensen ook wel goed ademhalen.”  P8: “Ja dat werkt als je de goeie groep hebt [in groepsverband trainen].”  P8: “mensen ook wel goed ademhalen [waar kijk je naar]”  P1: “Wij hebben altijd na een maand of drie opnieuw testen.”  P1: “Soms vragen we de patiënten zelf al om een dagboek bij te houden [over de dagindeling] en soms werkt het niet.  P1: “Vaak komt zoiets pas naar voren als er een ziekenhuisopname is, maar als je ziet tijdens de trainingen.”  P2: “en dan kun je naderhand vergelijken Evalueren [met de vragenlijsten].”  P3: “Je kunt niet dit is het oefenprogramma en dit gaan we volgen, het is echt per keer bekijken.”  P3: “Dus dat is ter plekke uitproberen wat gaat wel en wat gaat niet.”  P3: “Bekijk je tussentijds je doel.”  P4: “kies je een tijd op de dag waarop zij zich het fitst voelen.”  P4: “De intensiteit een stuk te verlagen, je houdt die vermoeidheid in de gaten met borgschaal of iets dergelijks.”  P5: “tussentijdse evaluaties, dat ik echt in de agenda zet van na 3 maanden, 6 maanden, na 9 en dan na 12 maanden eigenlijk weer.”  P7: “Na iedere behandeling evalueer je eventjes kort hoe het is gegaan, hoe de patiënt zich voelt, Op het moment dat ze echt heel veel inspanning hebben geleverd gaan ze eventjes zitten. Echt op langere termijn ga je dat gewoon heel goed monitoren, je doet het gewoon in samenspraak met de patiënt.”  P7: “evaluaties doe ik echt 1 op 1.”  P7: “[groepsverband] soms kan dat confronterend zijn, van dit staat mij te wachten”  P8: “Ja die zou je eigenlijk na een aantal maanden opnieuw moeten doen [klinimetrie].”  P8: “Vooral mensen die in groep B zitten, die sluiten we dan na een bepaalde periode af en die kun je dan ook nog wel meer motiveren om zelf dan weer naar de sportschool te gaan.” |
| Beïnvloeding keuzes in FMH | Keuzes gebaseerd op wetenschappelijke evidentie  Keuzes gebaseerd op ervaringen | P1: “Ik weet eerlijk gezegd niet precies wat eraan veranderd is. Ik weet ongeveer wat erin staat, maar ik vind t nog steeds zo persoonsafhankelijk.”  P1: “Ervaringen en dan nemen we wel echt de KNGF-richtlijn mee [eigen gemaakte protocol] omdat het zo afhankelijk van de patiënt is hoort geen een richtlijn of een standaard programaatje af te werken.”  P1: “Het [de therapie] is zo patiëntafhankelijk is dat we daar meer naar de patiënt kijken dan naar de echte richtlijnen.”  P1: “Als we iets niet weten dan zoeken we dat op.”  P1: “Ik denk dat er nog wel meer aandacht voor mag zijn [integratie]. Dat er nog iets breder gekeken wordt naar het onderwerp.”  P1: “Ik denk dat goed is, dat het in ieder geval meer meegenomen wordt [protocol vanuit praktijk].”  P1: “Ik denk echt door sowieso een super goeie intake af te nemen.”  P1: “[Wat is belangrijk bij de integratie] Je kunt gerichter gaan behandelen of dat je nog dingen eerder opmerkt, waardoor je bepaalde dingen kunt voorkomen. Of juist beter kan meenemen.”  P1: “Ik denk ook wel dat een stukje overdracht is vanuit het ziekenhuis of arts. [Beter kunnen] Een iets uitgebreidere overdracht meesturen dan ben je ook al van heel veel dingen op de hoogte.”  P1: “Dan denk ik stuur gewoon eens na die eerste keer door naar de longarts [huisarts altijd kuurtjes], stuur eerder door dat vind ik wel belangrijk.”  P2: “En het belangrijkste is; de patiënt is degene die je uiteindelijk beoordeeld.”  P2: “Ik denk dat je de therapie aan expertise van de therapeuten moet overlaten en op het moment dat patiënten ontevreden zijn. Wat niet aan klopt dan moet je daar wat aanpassen maar missen nee.”  P2: “Tevreden patiënten krijg je door samen dingen te doen, maar dat is met alles ook buiten de COPD.”  P2: “Fysiopraxis en internet. Echt de medische literatuur. Ik probeer echt de bronnen wel de selecteren dus als wat van de NPI. zoek je ze gewoon op pubmed of wat dan ook en dan kun je ze verder lezen.  cursus af en toe.”  P2: “[voldoet beschikbare literatuur aan behoefte] Goed, die service van de NPI gebruik ik veel.”  P2: “ik denk dat je gewoon als therapeut creatief moet zijn.”  P2: “de waarde van de patiënt hoger, hoger, hoger stellen of op gelijk niveau of op gelijk niveau als die van mezelf”  P2: “d’r wordt veel meer van de eigen activiteit van de patiënt gevraagd, d’r wordt ook rekening gehouden nu met wat doet iemand.”  P2: “Wat mijn bezwaar aan die vernieuwing is, is dat er nog steeds bij met name bij de zwaardere categorie beperkingen zitten aan hoe vaak iemand kan komen, want je moet toch wel eens van de richtlijn afwijken.”  P2: “Er wordt trouwens ook vanuit chronisch ZorgNet eigenlijk ook aangeraden van ja zorg dat je contact hebt met je netwerk.”  P3: “Ik maak wel gebruik van de KNGF-richtlijn”  P3: “Ik denk dat het wel op hetzelfde neer komt [chronisch zorgnet en KNGF]”  P3: “Dus het is de bedoeling om COPD onder de aandacht te krijgen van huisartsen van specialisten, omdat het blijkt dat er zo’n groot percentage is van COPD mensen die gewoon rondlopen die als zijnde niet gediagnosticeerd zijn.”  P3: “Ik volg het chronisch zorgnet behoorlijk goed ik ga ieder jaar naar congres en dan hoop ik dat hun daarin een mooie selectie maken van zaken die van invloed zijn of nieuwe onderzoeken.”  P3: “Wat meer risico nemen af en toe afhankelijk van de situatie.”  P3: “In het begin deed ik dat vrij fanatiek maar dan kreeg ik vaak van die maar dan kreeg ik af en toe van die lompe [contact opnemen met de specialist].”  P4: “Af en toe komt via het chronisch zorgnet wat binnen. Of via het KNGF. Ik ga echt niet op pubmed zoeken naar speciale literatuur voor COPD, of ik moet al echt een vraag hebben waar ik dan tegenaan loop.”  P4: “Vanuit het chronisch zorgnet wordt regelmatig bijscholing aangeboden.”  P4: “Ik denk dat er zeker voldoende literatuur beschikbaar is, het moet me wel een beetje gevoerd worden”  P4: “[wat vind je van de mening van de patient in de behandeling] Dat is natuurlijk wel heel belangrijk dat je de hulpvraag van de patiënt inventariseert. Dus het is wel belangrijk wat wil zo’n patiënt bereiken en wat vind hij er zelf van. Dus de mening van de patiënt is natuurlijk belangrijk.”  P4: “[Klinimetrie] is heel belangrijk sinds de nieuwe richtlijn uit is.”  P4: “[therapie verandert tov nieuwe richtlijn] vooral in het onderzoek, nu dat dat dat meetprotocol dat we de mensen in groepen 1 tot en met 6 kunnen indelen, met fysieke activiteit en fysieke capaciteit. Dus mijn therapie is wel verandert sinds die nieuwe richtlijn.”  P5: “[patiënten indelen volgens de indeling in de KNGF-richtlijn COPD] ben ik wel mee bezig. Je merkt dat ze vaak vastgeroest zitten aan 1x in de week komen in plaats van een tijd lang komen en dat ze het zelfstandig moeten oppakken.”  P5: “komen ze eigenlijk in die cirkel dat ze steeds meer achteruitgaan [door angstklachten krijgen ze nieuwe benauwdheidsaanval]”  P5: “de mindset van iemand en hoe gemotiveerd is iemand dat is wel heel belangrijk”  P5: “[patiënten blijven behandelen ondanks dat ze blijven roken] en dat zijn misschien wel dingen dat ervaring is ten opzichte van wat de literatuur aan geeft wat dat betreft. Want daar is roken natuurlijk uit den boze.”  P5: “Dat is iets wat ervaring is ten opzichte van wat de literatuur aan geeft [kwaliteit van leven kiezen boven wat de literatuur aangeeft].” P5: “D’r zijn wel eens momenten waarvan je denkt bij iemand we gaan eens iets anders proberen of we gaan d’r eens een paar schepjes bovenop doen, maar dan merken we dat ze ineens heel erg terugzakken in de saturatie.”  P5: “…ervaringen en stukje wat ik op de cursus heb geleerd [bronnen waarvan hij gebruikt maakt]”  P5: “Daar worden comorbiditeiten wel wat meer besproken [chronisch zorgnet].”  P6: “Daar [CIRO] wordt ook heel veel wetenschappelijk onderzoek gedaan en met de kennis van daar en een aantal scholingen heb ik het hier verder allemaal doorgetrokken.”  P6: “Hoe proactief dat je in het COPD-wereldje of in het longwereldje actief bent en tegenwoordig je kunt qua scholing heel veel doen.”  P6: “[vernieuwde richtlijn] op zich prima alleen soms mis je bepaalde informatie van de specialist wat je dan toch nodig hebt om bepaalde keuzes te maken. Maar ik vind het wel goed dat er ontwikkelingen zijn waar kritisch gekeken wordt naar wat een patiënt nodig heeft of wat uiteindelijk ook iemand vergoed krijgt.”  P6: “Vanuit daar [chronisch zorgnet] krijg je al behoorlijk wat ondersteuning.”  P6: “Maar het is wel belangrijk dat iemand een realistisch beeld heeft over zijn klachten.”  P6: “Een stukje lotgenotencontact dus echt die groep sessies dat is wel heel waardevol dat mensen ook met elkaar kunnen praten en dat ze ook bepaalde overeenkomsten merken maar ook elkaar scherp houden of in ieder geval meetrekken.”  P6: “De inhoud van de training is wel wat verandert maar niet in een hele grote mate en patiënt specifiek kijken.”  P7: “[behandelen in groepen] werkt veel effectiever dan wanneer je iemand 1 op 1 zou zien.”  P7: “Ik denk dat mijn tussenevaluaties een stuk beter kunnen, op het moment dat je dat doet kun je je therapie ook wat een stuk beter en gerichter daarop gaan aanpassen.” P7: “[hoe verloopt de integratie] ik denk dat dat altijd wel beter kan.”  P7: “Ook al merk je van de longkwaliteit gaat wat meer achteruit, dus de symptoomlast is wat meer betekent het niet altijd dat je verkeerd met je behandeling bezig bent.”  P7: “De ervaringen met de patiënten vind ik belangrijk”  P7: “Ik hou sowieso altijd de richtlijn d’r bij dus bij alles wat je doet.”  P7: “Ik denk meestal het diagnostiek gedeelte [deel van de richtlijn]”  P7: “het stukje comorbiditeiten, vind ik meer van belang dan het stukje hulpvraag dat super uitgebreid is beschreven in de richtlijn dus dat daar wat meer balans in is.”  P7: “Dat zou wel wat uitbreiding kunnen gebruiken [comorbiditeiten in richtlijn]”  P8: “ja ik weet nog niet eigenlijk helemaal hoe die richtlijn. Ik heb d’r een stuk van gelezen maar dat weet ik eigenlijk niet.”  P8: “Dat vind ik ook wel een uitdaging om dan goed te kijken en wat ik dan ook moeilijker vind ik heb ook wel eens een paar gehad en die waren dan wat jonger om die goed gemotiveerd te houden.”  P8: “Op hun ervaring wat we in die praktijk, theorie cursus hebben geleerd [waar baseer je jouw therapie op?]”  P8: “Maar in het begin deed ik dus echt patiënten volgens die oude richtlijn, maar zijn toch na die cursus in CIRO ben ik toch wel overgestapt op hun ervaring wat we in die praktijk.”  P1: “Goed luisteren en kijken naar de patiënten [advies], doorvraagt en eventueel een op een van zullen we ff daar gaan zitten en het erover hebben.”  P1: “Ik denk dat het wel goed is om ook bij elkaar te zitten, want de meeste copd-patiënten trainen natuurlijk in een groep. Zo gaat dat bij ons in ieder geval en dan vertellen ze lang niet altijd alles en als je echt een op een zit dan zeggen ze wel meer en gaan ze dieper op alles in, Als er echt grote dingen zijn dan melden ze dat wel, maar als je een op een met iemand zit dan komt er toch meer naar boven.”  P2: “En dan heb je het nog over die integratie wat je zei comorbiditeiten ik denk dat die goed behandeld worden, ik neem ze altijd mee, maar het kan altijd beter.” P2: “Ik vraag dus wat die wil, wat zijn hulpvraag is en die probeer ik dan dus direct in het begin al goed helder te krijgen.”  P2: “[heeft u ergens van geleerd] Ik denk dat je een mens niet te zeer moet dwingen. Maar als ze niet kunnen maar ook niet willen voldoen aan de richtlijn dan moet je dat accepteren.”  P3: “Dus ik vind qua saturatie heb ik wel geleerd dat dat getal op zich zegt nog niet zo heel veel, hoe voelt die patiënt zich.”  P3: “Als je een beetje betrokken bent bij je patiënten ben je daar altijd mee bezig.”  P3: “Vooral eerst de vraag van de patiënt van wat wil die bereiken [basering keuzes] – de hulpvraag.”  P3: “Ik denk wel dat inderdaad van als mensen niet bij het chronisch zorg net zit dan denk ik wel dat ze het een en ander missen.”  P3: “Als ergens iets fout dan moet je toch even naar mijn collega [specialisme].” P3: “Het chronisch net is denk ik de toekomst, ik denk dat dat ook niet los van elkaar kan blijven. Ik denk dat dat één geheel gaat worden.”P4: “Ik moet wel zeggen dat de meeste COPD-ers wel snappen dat ze hier bij de therapie actief moeten zijn en oefeningen moeten gaan doen. Die hebben wel een beetje een beeld van wat welke kant we op gaan, snappen dat we de oefenzaal in moeten.”  P4: “[mening patiënt] Dan denk ik van als mensen écht graag iets willen en je hebt ze op de hoogte gebracht van wat jij ervan vind en waar jij de beste ervaringen mee hebt en mensen zeggen nog steeds van nee ik wil dat je dat gaat doen ja dan doe je dat toch.” P5: “Als iemand aangeeft van ik vind dit belangrijk of ik vind dat belangrijk of dit is mijn doel of hier ben ik tevreden mee. je kan wel tegen mensen in gaan, maar dan komen ze dadelijk niet meer en dan gaat het alleen maar meer bergafwaarts, dat wil je ook niet hebben.”  P5: “Ik vind eigenlijk ook wel dat vanuit de longarts verwezen moet worden. De longarts heeft toch meer kennis dan een normale huisarts in principe.”  P5: “[hoe vind je dat de integratie van de comorbiditeiten nu verloopt?] Ik vind dat ze over het algemeen wel redelijk mee worden genomen, soms kan het nog wel altijd beter. D’r is altijd nog ruimte voor verbetering. Maar je merkt wel zeker als er meerdere comorbiditeiten zijn daar ben je toch ook wel best wel wat tijd mee kwijt, met behandelen.”P6: “[mening patiënt] dat komt eigenlijk tijdens zo een vraaggesprek aan bod.. dus dan heb je ook al meteen een inzicht over iemand ziekte-inzicht en ook wat daar van klopt.”  P6: “[baat bij eerst revalidatiecentrum] Over het algemeen wel als je kijkt wat we hieraan kunnen bieden dat is twee keer in de week trainen onder begeleiding.”  P7: “Het gewoon duidelijk maken en inzicht geven in wat de nadelen zijn [van roken] en op het moment dat ze dat weten en ze willen er alsnog mee doorgaan dan, dan is het buiten je macht om.” |
| Ondersteuning | Handvatten  Gebreken  Hiaten | P2: “Vanuit behandelpunt moet je gewoon zeggen van ja de therapeut is degene die bepaalde kennis heeft en die moet bepalen hoe vaak iemand therapie nodig heeft.”  P2: “[afwijken van richtlijn] Maar wel gefundeerd afwijken.”  P3: “Alleen denk ik dat de zorg dat vaak niet doet [mens in het geheel bekijken], want iedereen is gespecialiseerd op zijn vlak en er gaat veel te weinig aandacht naar mens als geheel zien en dan ook zo behandelen.”  P3: “Dus het is de bedoeling om COPD onder de aandacht te krijgen van huisartsen van specialisten.”  P3: “Vooral heel goed blijven luisteren naar de mensen en probeer inderdaad ook creatief om te gaan met de beperkingen.”  P3: “Die terugkoppelingsbrieven zitten gewoon standaard in het systeem en die gebruik ik ook steeds en voor COPD begint dat nu een beetje te komen.”  P5: “Ja dat is iets wat in de richtlijn ook wat meer benoemd mag worden [comorbiditeiten].”  P5: “Het zou beter zijn als d’r gewoon een richtlijn zou komen waarin meerdere comorbiditeiten samengevoegd zijn.”  P5: “Ja het zou beter zijn als d’r gewoon bij iedere patiënt hetzelfde wordt gedaan [qua diagnostische testen van de huisarts/specialist].”  P6: “[betere integratie] Ik denk vooral gewoon goeie multidisciplinaire samenwerking en SILO, Dat is eigenlijk een soort whatsapp maar dan voor zorgverleners.”  P6: “Zorgen dat in jouw netwerk een bepaald iemand een bepaalde sleutelrol op zich neemt die gaat screenen van wat is waar nodig, als je weet welke mensen je kunt benaderen, maakt dat het een stuk makkelijker.”  P7: “[aanbevelingen andere therapeuten] Heel nauw contact houden met de longarts. Op het moment dat jij het niet weet, is je eerste aanspreekpunt of de longarts of de huisarts.”  P2: “Wat fijn zou zijn is dat er makkelijkere contacten waren met specialisten of dat je eerder een onderzoek zou kunnen, zelf zou kunnen aanvragen. Dus zonder eerst terug te verwijzen naar de specialist.”  P2: “Ik zou m’n eigen kennis als uitgangspunt voor een aantal behandelingen willen gebruiken maar dat gaat niet.”  P2: “[hoe kan het dat een comorbiditeit gemist wordt?] Eigen slordigheid dan heb je gewoon niet ver genoeg doorgevraagd.”  P3: Maar als je dus een mooi compacte overdracht, verwijzing zou krijgen waar al bijvoorbeeld vijf zaken op zouden staan dan helpt dat en dan kun je ook al in je anamnese wat meer sturen qua vraagstelling.  P4: “[hoe vind je dat de integratie verloopt] Naar mijn idee is daar nog best wat onduidelijkheid over hoe je het doet.”  P4: “Op de verwijzing welke comorbiditeiten d’r spelen en al vanaf de intake duidelijk is wat er is. Dat is eigenlijk dat er alleen op de verwijzing staat COPD en het enige waar ik nog meer voor zou vragen is dan comorbiditeiten en medicatie dat weet de patiënt je niet te vertellen.”  P4: “Vaak hebben die mensen al enige baat bij een gesprek met een praktijk ondersteuner die daar meer affiniteit mee, Dus wat ik nodig heb is echt een andere discipline die daarbij ook ingeschakeld wordt zonder dat dat van mij af moet komen. Ik zeg dan wel van ik zou als ik jou was toch een afspraak maken bij de huisarts en eens vragen of je daar over kan praten.”  P5: “Het zou het wel een stukje makkelijker maken [als de verwijzing uitgebreider zou zijn].”  P5: “Klopt ik denk bij de mensen die nieuw zijn daar zou je gewoon mee kunnen starten maar de mensen die al langer komen, is het gewoon lastig [met indeling in patiëntenprofielen].”  P5: “[op oude stageplek] zaten de patiënten 5 dagen intern, dus die hadden tijd genoeg om te sporten en om dingen te doen, maar dat zit er helaas niet in, om dat hier te doen. Dus dat is wel een probleem.”  P5: “dan wordt er al gauw gezegd van ja kijk maar naar die richtlijn of zoek maar op in die richtlijn en dan staat in die richtlijn weer als het dan over COPD gaat van kijk maar weer in de andere richtlijn dus.”  P5: “Het is niet dat hun een heel handboek neerleggen van hier je kan aan de slag.”  P7: “[KNGF-richtlijn] dus dat zou wel wat uitbreiding kunnen gebruiken.”  P7: “[waar ligt veel aandacht in de therapie] als iemand rookt dan zie je echt heel belemmerd in je fysiotherapie en dat is een van de meest belemmerende factoren.”  P7: “[mist er iets om de integratie beter te laten verlopen] Ik denk ook meer diepte zoeken in de comorbiditeiten die ik niet ken.”  P8: “En vooral door die corona is ze ook heel erg teruggegaan in conditie ook.”  P8: “Die comorbiditeiten dat geloof ik is niet zo heel veel literatuur over bekend.”  P1: “Intake ja, ik denk echt wel verder uitvragen en niet zomaar alleen maar op de COPD zitten maar echt de hele geschiedenis meenemen van gezondheid. [Beter kunnen bij ft]” P2: “Want de brief schrijven daar gaat gewoon ontzettend veel tijd inzitten.”  P2: “De richtlijn komt ook niet persé overeen met de vergoedingsstructuur. Ik zou m’n eigen kennis als uitgangspunt voor een aantal behandelingen willen gebruiken maar dat gaat niet.”  P2: “[alert blijven in een groep] dat lukt natuurlijk niet altijd. In een groep dan moet je je aandacht verdelen.”  P2: “Iemand met COPD die krijgt de eerste keer maximaal 70 keer vergoed als die een goede aanvullende verzekering heeft dan kun je een jaar lang 2 keer per week behandelen bij wijze van spreken, maar daar moet je alles in doen he, dus als iemand bijvoorbeeld echt problemen heeft met vallen, ik noem maar iets, ja dan moet je daar wel echt de tijd voor gaan vrijmaken en dat gaat ten kosten van de behandeling van de COPD dat is een aanname dat het ook komt doordat patiënten gesloten kunnen zijn, dat ze niet alles willen.”  P2: “…vertellen. Sommige mensen die met name die met psychosomatische klachten, die houden dat achter.”  P2: “d’r zijn beperkingen in vergoeding.“  P2: “de richtlijn komt ook niet persé overeen met de vergoedingsstructuur.”  P2: “[afgenomen vragenlijsten] omdat ze ook bepalend zijn voor de indeling van de vergoedingen”  P2: “beperkingen in de vergoeding.”  P2: “de richtlijn komt ook niet persé overeen met de vergoedingsstructuur”  P2: “de zorgverzekeraar die moet de kosten in de hand houden die heeft gemerkt dat er toch wel wat therapeuten zijn die in tijden van nood wat extra behandelingen doen en daar is een middenweg in gevonden.”  P3: “Is wel het lastige want wie van die leeftijd loopt er met een smartphone rond.”  P3: “Omdat je toch wel erg vaak tegen je beperkingen aanloopt als fysiotherapeut, ondanks je motivational interviewing en allerlei zaken ben je afhankelijk van de patiënt.”  P3: “Die orthopedische problematiek vind ik vaak wel het lastigste.”  P3: “Omdat je vaak het niet de invloed hebt op mensen die je graag zou willen hebben, door puur gewoon hoe mensen zijn [beperkt in leefstijl].”  P3: “Het zou wel mooi zijn als het verzekeringswereldje en alles wat je met vragenlijsten moet toesturen dat dat gewoon gekoppeld wordt.”  P3: “In de anamnese krijg je lang niet altijd alles naar boven wat je naar boven wil krijgen.”  P3: “Alleen ben ik dan als fysiotherapeut vaak ook heel erg beperkt in het behandelen daarvan [mensen in het geheel bekijken].”  P3: “Ik vind dat als iemand zo zwaar COPD heeft, dan vind ik die moet gewoon de mogelijkheid blijven krijgen ongeacht of die longontsteking heeft of niet dat ie gewoon in ieder geval die 1 keer in de week en dat vinden ze zelf echt te weinig dat ze gewoon 2 keer in de week moeten kunne komen en dat kan volgens geen een richtlijn nu.”  P3: “Ik vind dat nog een beetje verwarrend van waar moet ik me nu aanhouden het is beter dat er gewoon 1 organisatie is die zegt van dit is de richtlijn klaar.”  P3: “Het is eigenlijk heel erg gestuurd door de vergoedingen en zorgverzekeraar.”  P3: “Het is toch bizar dat iemand die hier met de zuurstof komt dat die volgend jaar als die geen longontsteking zou hebben gehad dat die meteen geen recht op therapie zou krijgen omdat hij dan in een ander stadia komt.“  P3: “Vind ik niet kunnen, iemand die heeft geknokt dat jaar, dat gaat goed die heeft geen longontsteking gekregen, dus helemaal happy de peppie die krijgt dan volgend jaar dan bijwijze van spreken geen therapie meer omdat die nú goed zijn best heeft gedaan, maar het werkt zo niet ik denk dat je daar geen kosten mee bespaard want die mensen komen weer eerder in het ziekenhuis waarschijnlijk.”  P4: “Als er 1 comorbiditeit is dan gaat dat nog wel, maar vaak als er drie verschillende comorbiditeiten zijn probeer dat maar eens samen te mengen tot een behandelmanier waarin geen enkele comorbiditeit een beperkende factor is.”  P4: “sinds de nieuwe richtlijn nog steeds dat het heel vaak fout gaat [inlichting comorbiditeiten door arts].”  P4: “Dus ik vind die spirometrie wel leuk om te zien maar het is niet dat daar extreem veel waarde in zit dat je dan meteen een hele goede indruk van die patiënt krijgt.”  P4: “[Zijn er andere comorbiditeiten die zorgen voor hiaten?] Ik denk dat de meeste comorbiditeiten wel een hiaat hebben.”  P4: “mensen met angst en depressie] Dat vind ik wel een heel moeilijke groep om actief te krijgen.”  P4: “maar ik denk dat iedere comorbiditeit wel punten heeft waar je tegenaan kan lopen. Ik denk angst en depressie, niet zo zeer als in de therapie in de praktijk maar vooral om die thuis zelf actief te krijgen.”  P4: “[verloop van integratie comorbiditeiten] als er enkel artrose speelt in gewricht, vind ik er veel makkelijker mee te dealen. Terwijl bij mensen met angst en depressie klachten het echt wel heel erg lastig en erg complex is.”  P5: “Het probleem is vaak de motivatie van de mensen.” P5: “dat stukje angst dat is soms toch wel lastig.”  P5: “Als er meerdere comorbiditeiten zijn daar ben je toch ook wel best wel wat tijd mee kwijt, met behandelen.”  P5: “want op de loopband wil je toch een tijd kunnen lopen en als ze naar 2 minuten al moeten stoppen vanwege de pijn in de benen dan kan dat wel tegenhouden om dat stukje uithoudingsvermogen te kunnen opbouwen.”  P5: “maar d’r zijn best wel wat bij die zijn al lang in de praktijk dus dat is een lastige [indeling in patiëntenprofielen].”  P5: “Tegenwoordig zitten we ook met verzekeringen en je moet ook aangeven welke schaal dat iemand komt want dan zie je ook op hoeveel behandelingen dat ie recht heeft en dat is tegenwoordig wel een item wat heel belangrijk is en vaak moet je het zelf dan gaan uitzoeken.”  P5: “is het 1x in de week dan is het echt behoudt. Laat je ze 2/3 keer in de week komen dan kun je nog wel opbouwen maar op een gegeven moment zijn de behandelingen op en dan moet je gaan kiezen of ga je door met die drie keer en dan op een gegeven moment ga je stoppen en dan moeten ze het maar thuis oppakken.”  P6: “Maar je tijd is best beperkt dus in een revalidatietraject zijn ze vaak 8 weken intern 5 dagen in de week.”  P6: “Maar dan kan ik niet mijn gewenste trainingsprikkel eigenlijk toedienen [comorbiditeit die zorgt voor beperking].”  P6: “wat een beetje het probleem is is de richtlijn die heeft nog meer klasses dan eigenlijk de verzekering.“  P6: “richtlijn van COPD een beetje kennen daar moet je ook onderscheid uiteindelijk maken van welke kant ga ik op met een patiënt. Maar als je bijvoorbeeld geen maximale inspanningstest hebt geeft dat al heel veel problemen.”  P6: “Maar je tijd is best beperkt in de praktijk in een revalidatietraject heb je veel meer tijd om goed in te sturen.”  P6: “het enige nadeel is dat als je hulp nodig hebt of als je psychologisch in wilt zetten in die sector de wachttijden lang zijn.”  P6: “Je zit natuurlijk wel in een, dat is ook wel inherent aan de problematiek, dat je wel een bepaald sociaal milieu hebt waarbij gedragsverandering vaak wel een stuk moeilijker te realiseren valt.”  P6: “het is nu heel verwarrend van iemand zit bij de richtlijn in klasse D maar bij de verzekering zit hij wel nog in klasse B.”  P6: “maar elke zorgverlener moet daaraan mee willen werken [silo].”  P6: “ook met verzekeringen is dat wel deel een op en neer gejo jo [in combinatie met KNGF].”  P6: “Maar dat is ook afhankelijk wat je voor iemand nodig hebt om hem in te schalen in een bepaalde klasse met daarbij de behandelingen die dat iemand eventueel krijgt.”  P7: “cardiovasculair, je cardiale belastbaarheid dat is een van de belangrijkste en beperkende factoren.”  P8: “dan merk je vooral dat ze weer terugvallen in hun passaties dat ze wat moe worden of wat kortademig of dat je de weerstand met dat fietsen gewoon wat moet verlagen.”  P8: “vaak niet blijvend [actieve leefstijl in de sportschool na therapie].”  P8: “[vindt u de verwijzing compleet] Nee, dat is ook het probleem.”  P8: “dat vind ik ook wel een uitdaging om dan goed te kijken en wat ik dan ook moeilijker vind ik heb ook wel eens een paar gehad en die waren dan wat jonger om die goed gemotiveerd te houden.”  P8: “Mensen vinden sportschool te duur” |