

Bevorderen van therapietrouw bij COPD cliënten na heropname



Student: Lisa Muiselaar
Opleiding: HBO Ergotherapie, Hogeschool Rotterdam
Opdrachtgever:
Docent: Drs. Nico van Hal

Aantal woorden: 6746

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksrapport “Bevorderen van therapietrouw bij cliënten met COPD na heropname” geschreven door Lisa Muiselaar, 4e jaar HBO Ergotherapie student aan de Hogeschool Rotterdam. Dit onderzoeksrapport is het resultaat van een praktijkgericht onderzoek en bevat alle facetten van vraag- en doelstelling tot aan de discussie en conclusie. Het praktijkgericht onderzoek is een onderdeel van de afstudeerfase binnen de HBO Ergotherapie opleiding en is uitgevoerd in opdracht van mijn stageplek.

Samen met mijn stagebegeleiders, heb ik de onderzoeksvraag voor deze scriptie bedacht. Na vijf weken stage lopen heb ik een andere stagebegeleider gekregen aangezien C K elders is gaan werken. Tijdens dit onderzoek stonden mijn stagebegeleiders J R en R V voor mij klaar als ik vragen betreft het onderzoek had. Vanuit school kreeg ik persoonlijke begeleiding van onderzoekdocent drs. Nico van Hal. Drs. Nico van Hal heeft mij tijdens het gehele onderzoek geholpen met feedback en begeleiding. Bij deze wil ik graag drs. Nico van Hal bedanken voor de fijne begeleiding, ondersteuning en de tijd die hij heeft vrijgemaakt tijdens dit traject. Ik wil J R, C K en R V bedanken voor de aangeboden ondersteuning wanneer hier vraag naar was.

Ook wil ik alle respondenten bedanken die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek. Zonder hun medewerking had ik dit onderzoek niet kunnen uitvoeren. Daarnaast wil ik mijn klasgenoten bedanken voor de prettige samenwerking en ondersteuning tijdens stressvolle tijden. Verder wil ik mijn moeder Conny Muiselaar bedanken voor de controles van mijn Nederlandse taal. Als laatste wil ik in het bijzonder mijn ouders, zus en vriend bedanken voor het meedenken en jullie morele steun.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Lisa Muiselaar

Leidschendam, 9 Juni 2017

Samenvatting

De COPD werkgroep binnen loopt tegen het probleem aan dat cliënten met COPD na heropname niet tot weinig willen deelnemen aan het behandeltraject. De COPD werkgroep, bestaande uit verschillende disciplines, vraagt zich af of gebruik wordt gemaakt van de juiste benadering/aanpak naar deze doelgroep toe. Om te achterhalen hoe de cliënten weer gaan deelnemen aan het behandeltraject, is het noodzakelijk dat eerst achterhaald wordt waarom er niet wordt deelgenomen aan het traject. Wanneer dat bekend is kan het team daarop inspelen.

Het doel van dit onderzoek is voor het ergotherapeutisch behandelteam aanbevelingen op te stellen, betreft het bevorderen van therapietrouw van cliënten met COPD bij heropname, zodat de revalidatieprognose verbetert. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *Hoe kan ergotherapie bijdragen aan de therapietrouw van COPD cliënten bij heropname in Verpleeghuis A te B, zodat de cliënten zo zelfstandig mogelijk naar huis kunnen gaan?* Hierbij is therapietrouw het (opnieuw) voortzetten van de behandeling.

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is een literatuuronderzoek en een kwalitatief onderzoek uitgevoerd.

In het literatuuronderzoek is uiteengezet waar de huidige ergotherapeutische behandeling op gericht is, welke factoren invloed hebben op therapietrouw van COPD-clieënten en welke interventies zorgen voor gedragsverandering bij COPD cliënten. Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat groepstherapie en familie betrekken bevorderende factoren zijn voor therapietrouw. Het ingaan op angst, acceptatie en depressie door middel van ontspanningsoefeningen of self-management ondersteuning, zorgt voor gedragsverandering waardoor therapietrouw toeneemt. Een andere factor welke therapietrouw bevordert is educatie over COPD wat zorgt voor ziekteperceptie. Ook succeservaring zorgt voor gedragsverandering. De cognitie en mentale vermogens hebben invloed op zelfmanagement en redzaamheid bij mensen met COPD. Zodra er rekening wordt gehouden met ieders mentale vermogen zal de redzaamheid toenemen.

Voor het kwalitatieve onderzoek zijn interviews afgenomen onder cliënten met COPD na heropname. De respondenten zijn geselecteerd door de ergotherapeuten en vervolgens benaderd door de onderzoeker. De interviews zijn uitgewerkt en gecodeerd. Uit de interviews bleek dat respondenten niet deelnemen aan het behandeltraject vanwege herhaling van informatie, confrontatie van de ziekte, geen passende activiteiten, geen zin, ziekte, tekort aan begeleiding over omgaan met emoties, weinig tot geen succeservaring zien en het niet inzien van het doel van de behandeling. Ook zouden de respondenten de familie meer willen betrekken, meer afwisseling in activiteiten krijgen, het rokershok weg hebben en therapie in de middag krijgen.

Op basis hiervan wordt aanbevolen een nieuw traject op te richten voor de COPD groep voor cliënten met COPD na heropname. Een aanbeveling voor de COPD groep kan zijn zich meer te gaan richten op het voorkomen van achteruitgang thuis, angst en kwaliteit van leven. Om de COPD groep daadwerkelijk in te richten naar de behoeftes van deze doelgroep zal er verder onderzoek verricht moeten worden. Tevens wordt aanbevolen meer gebruik te maken van betekenisvolle activiteiten die verschillen per individu. Op deze manier wordt meer draagvlak gecreëerd. Aangeraden wordt ontspanningsoefeningen te gaan verwerken in het behandeltraject voor cliënten met COPD na heropname. Familie moet meer betrokken worden in het behandeltraject en de therapieën moeten in de middag aangeboden worden. Het rokershok dient verplaatst te worden zodat er een goed therapeutisch klimaat ontstaat.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
H1. Inleiding.....	5
H.2 Probleemanalyse & vraagstelling.....	6
Vraag- en doelstelling.....	7
H3. Methode	9
H4. Resultaten	11
Literatuurstudie.....	11
Resultaten praktijkonderzoek	14
H5. Conclusie	16
H6. Discussie.....	18
H7. Aanbevelingen	20
Literatuurlijst	22
Bijlage	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 1. Standaard ergotherapie voor COPD cliënten	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 2. Critical Appraisal of a Topic	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Zoekstrategie.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Artikel 1. A qualitative study of patients' goals and expectations for self-management of COPD.	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Artikel 2. Maintenance of a physically active lifestyle after pulmonary rehabilitation in patients with COPD: a qualitative study toward motivational factors.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Artikel 3. Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronische zieken. ..	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Artikel 4. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Engagement in Occupation ...	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Vergelijking.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Conclusie	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Beoordelingsformulier artikel 1	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Beoordelingsformulier artikel 2	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Beoordelingsformulier artikel 4	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 3. Toestemmingsformulier interview + informatiebrief.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 4. Uitgewerkte interviews.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Beoordelingsformulier opdrachtgevers	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

H1. Inleiding

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in verpleeghuis A te B (AB), een geriatrisch revalidatie centrum. De opdracht is tot stand gekomen binnen de COPD werkgroep. Hier wordt gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit binnen het behandeltraject voor cliënten met chronische obstructieve longziekten (COPD). In dit team zijn verschillende disciplines betrokken waaronder de ergotherapeuten, fysiotherapeuten, diëtist, maatschappelijk werker, logopedist en arts.

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is één van de grootste doelgroepen binnen Laurens AB. COPD is een verzamelnaam voor Chronische bronchitis en longemfyseem. Het is een progressieve longaandoening. Het uit zich in benauwdheid, hoesten, slijm ophoesten, kortademigheid, vermoeidheid, vermindering van spierkracht en gewichtsverandering (Longfonds, 2017).

Ook heeft COPD invloed op zaken als acceptatie van de ziekte, omgaan met beperkingen, kwaliteit van leven, energie verdelen, sociale contacten en emotionele balans (Boer, 2005).

Tevens is er een economische impact bij COPD. Vanwege de stijgende kosten voor de medische zorg (directe kosten). De verwachting is dat de totale medische kosten voor COPD over 25 jaar met 220% zijn gestegen ten opzichte van 2007. Daar bovenop komen nog de indirecte kosten die te maken hebben met arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim (Suijkerbuijk, 2013).

COPD wordt verergerd door een exacerbatie. De definitie: *“Een exacerbatie is een verslechtering van de conditie van de patiënt binnen één of enkele dagen, die wordt gekenmerkt door een toename van kortademigheid en hoesten - al of niet met slijm opgeven - die groter is dan de normale dag-tot-dag-variabiliteit”* (Broekhuizen, 2013).

Als gevolg van exacerbaties hebben cliënten met COPD steeds meer ernstige respiratoire symptomen. Deze symptomen beperken in toenemende mate de participatie aan verschillende dagelijkse activiteiten (ADL). Naarmate de ziekte vordert ervaren mensen problemen bij het uitvoeren van activiteiten waar minimale fysieke inspanning voor nodig is, zoals aankleden, douchen etc.

Cliënten met COPD ervaren onzekerheid in hun ziekteverloop. Zij lijken zich te isoleren als gevolg van verslechterende luchtwegen. Ook angst en depressie spelen een rol door het ongemak van de luchtwegen (Chan, 2004).

Door verschillende waarnemingen van het behandelteam, die besproken zijn in de COPD groep, is naar voren gekomen dat cliënten met COPD na een heropname, weinig/niet deelnemen aan het behandeltraject. Hierdoor stagneert het revalidatieproces en gaan de cliënten vaak minder zelfstandig naar huis dan voorheen. Hierdoor neemt de participatie van de cliënten af en is de kans op een terugval aanwezig. AB staat bekend als een gespecialiseerd huis voor cliënten met COPD. Om de juiste kwaliteit aan behandelingen te kunnen bieden, is het van belang dat zij weten wat de zorgbehoefte is van de cliënten met COPD na heropname. De COPD werkgroep twijfelt nu of zij gebruik maken van een adequate benadering/aanpak naar de cliënten toe. Het team vraagt zich af hoe zij beter kunnen aansluiten bij deze doelgroep en wat zij eraan kunnen doen om de cliënten met COPD na een heropname weer actief deel te laten nemen aan het behandeltraject.

H.2 Probleemanalyse & vraagstelling

Cliënten met COPD zijn volgens Appels, e.a.(2016) veelal te typeren als overpresteerders of als onderpresteerders. De overpresteerder herkent zijn grenzen niet en gaat maar door. De hersteltijd na een activiteit is langer dan de activiteit zelf. Soms geven de overpresteerders zich niet voldoende tijd om te herstellen. De onderpresteerder wordt gekenmerkt door een neerwaartse spiraal van inactiviteit. Lichte kortademigheid als reactie op een middelmatige inspanning zorgt voor een verminderde inspanning. Hierdoor wordt men lichamelijk zwakker, waarna zelfs een lichte inspanning voor kortademigheid zorgt.

Verondersteld kan worden dat de cliënten die niet deelnemen aan de behandelingen vallen onder de categorie van onderpresteerders. Het zijn van een onderpresteerder kan volgens Boezem, e.a. (2010) verschillende gevolgen hebben, namelijk:

- Lichamelijke inactiviteit is een risicofactor voor hart- en vaatziekten en andere ziektes zoals diabetes, kanker, hoge bloeddruk en dementie;
- Mensen met COPD met een laag energieverbruik hebben een hoger risico op ziekenhuisopname dan mensen met een laag, matig of hoog niveau van lichamelijke activiteit;
- Het meest voorkomende symptoom bij COPD is kortademigheid. Dyspnoe komt vaak voor bij inspanning, daardoor vermijden mensen met COPD deze activiteiten. Mensen met COPD met een actieve leefstijl blijken minder kortademig te zijn dan mensen met een inactieve leefstijl;
- COPD mensen met een actieve leefstijl hebben een hogere inspanningscapaciteit dan mensen met een inactieve leefstijl;
- Ook de spierfunctie neemt af bij mensen met COPD met een inactieve leefstijl;
- Co-morbiditeit neemt toe bij mensen met een laag niveau van lichamelijke activiteit;
- Mensen met COPD met matige of hoge lichamelijke activiteiten hebben een lager risico op overlijden als gevolg van problemen met luchtwegen of cardiovasculaire oorzaken dan mensen met zeer weinig lichaamsbeweging;
- Mensen met COPD met een laag niveau van lichamelijke activiteit hebben een aanzienlijke daling in de kwaliteit van leven;
- Ook psychologische kenmerken zoals depressiviteit en angst komen meer voor bij een laag niveau van lichamelijke activiteit;
- Depressieve symptomen bij mensen met COPD worden ook sterk geassocieerd met een slechtere kwaliteit van leven.

In 2003 heeft de WHO aangegeven dat therapietrouw een enorm probleem is binnen de zorgsector, met name bij cliënten met chronische aandoeningen waarbij therapieontrouw van 20-82% wordt gezien. Consequenties van geringe therapietrouw zijn verergering van ziekte en falen van behandeling. Er zijn vier verschillende factoren van invloed op therapietrouw: motivatie, kennis, vaardigheid en toegankelijkheid (Gombert-Handoko, 2009). Volgens Broekhuysen, e.a. (1994) zijn persoonlijke factoren, eerdere ervaringen, kennis van de aandoening, het sociale netwerk en culturele achtergronden factoren die van invloed zijn op therapietrouw.

Zogenaamde onderpresteerders zijn minder therapietrouw dan bovenpresteerders. De vraag is echter waarom onderpresteerders niet willen deelnemen aan het behandeltraject en geen behoefte voelen om op het therapie-aanbod in te gaan. Dit zou kunnen liggen aan verschillende factoren zoals: angst, depressie, cognitie en motivatie. Deze factoren zullen meegenomen worden in het onderzoek om te achterhalen wat nou daadwerkelijk de reden is waarom er niet wordt deelgenomen aan het behandeltraject.

Ergotherapie en COPD

De ergotherapeuten binnen AB werken vanuit de nieuwe standaard ergotherapie voor COPD.

De diagnostische fase bestaat uit een intakegesprek. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een assessment t.w. de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) om de problemen in het dagelijks leven in kaart te brengen, doelen te stellen en te prioriteren. Vervolgens worden observaties gehouden bij activiteiten uit het dagelijks leven om te zien hoe men de ademhalingstechniek, tempo, energieverdeling, houding, gebruik van zuurstof en hulpmiddelen toepast.

Vervolgens wordt een behandelplan opgesteld in samenspraak met de cliënt en zijn systeem. De interventies zijn gericht op educatie over COPD, het aanleren en toepassen van ademhalingstechnieken, energieverdeling, houdingsinstructies, instrueren cliëntensysteem en gebruik maken van hulpmiddelen in het dagelijks leven. Na het behandeltraject volgt nog een evaluatie en afrondend gesprek met mogelijke nazorg thuis (Appels, 2016).

In Bijlage 1 vindt u een stappenplan over het gehele behandeltraject.

Het resultaat van longrevalidatie is het leren omgaan met lichamelijke, geestelijke en sociale beperkingen van COPD en dit op lange termijn vasthouden. Ook bevordert de longrevalidatie de kwaliteit van het leven (Brandon, e.a., 2016). Ergotherapie is onderdeel van longrevalidatie en heeft als doel ervoor te zorgen dat mensen opnieuw dagelijkse activiteiten kunnen uitvoeren als dit een probleem is geworden en om de mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen (Berden, e.a., 2014)

Voor zowel nieuwe COPD cliënten als cliënten met heropname wordt hetzelfde behandeltraject doorlopen. Er wordt geen aangepast behandeltraject aangeboden voor cliënten die opnieuw worden opgenomen.

Vraag- en doelstelling

Het (opnieuw) voortzetten van de behandeling wordt beschouwd als ‘therapietrouw’ willen zijn. De professionals lopen echter tegen het probleem aan dat er cliënten zijn die niet opnieuw willen deelnemen aan het volledige behandeltraject. Het niet deelnemen aan het behandeltraject brengt verschillende risico's met zich mee. De professionals zien dat cliënten die niet deelnemen aan het behandeltraject conditioneel verslechteren waardoor het doel zo zelfstandig mogelijk terug naar huis te keren lastig behalen is. De therapeuten weten niet waarom de cliënten niet willen deelnemen aan het behandeltraject. Het zou kunnen liggen aan verschillende factoren zoals, cognitie, angst of motivatie. De COPD werkgroep vraagt zich af of zij een adequate benadering/aanpak hebben naar deze doelgroep toe of dat zij hun benadering moeten aanpassen. De ergotherapeuten willen achterhalen waar het probleem precies ligt en hoe ze de cliënten weer kunnen laten deel nemen aan het behandeltraject.

Hoofdvraag:

In samenspraak met de opdrachtgevers is de volgende onderzoeksvraag tot stand gekomen aan de hand van de probleemanalyse:

“Hoe kan ergotherapie bijdragen aan de therapietrouw van COPD cliënten bij heropname in AB, zodat de cliënten zo zelfstandig mogelijk naar huis kunnen gaan?”

Deelvragen:

Om antwoord op de hoofdvraag te geven zijn de volgende deelvragen opgesteld:

Literatuuronderzoek:

- Welke ergotherapeutische behandelingen voor COPD zijn er om zo zelfstandig mogelijk te worden?
- Welke factoren hebben invloed op de therapietrouw van COPD-cliënten (in het algemeen)?
- Welke interventies zijn er om gedragsverandering te krijgen bij COPD cliënten?

Praktijkonderzoek

- Waarom nemen/namen de cliënten niet deel aan de behandeling? Waarom namen de cliënten voor heropname wel deel aan de behandeling?
- Welke betekenisgeving/zingeving hebben de cliënten in hun leven dat invloed kan hebben op de motivatie om deel te nemen aan de therapie? (Wat het leven de moeite waard maakt om geleefd te worden?)
- Wat kan een ergotherapeut doen om een cliënt ertoe te brengen de aangeboden therapie te accepteren?

Doelstelling

De volgende doelstelling is opgesteld:

Aan het einde van juni 2017 zal voor het ergotherapeutische behandelteam aanbevelingen opgesteld worden betreft het bevorderen van therapietrouw van cliënten met COPD bij een heropname zodat de revalidatieprognose verbetert.

H3. Methode

Dit onderzoek bestaat uit een literatuur- en een praktijkonderzoek. In dit hoofdstuk wordt voor beiden de gebruikte methodes beschreven.

Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek is uitgevoerd aan de hand van een critical appraisal of a topic method (CAT). Voor het vinden van relevante artikelen is er gezocht in databanken. Er zijn zoektermen opgesteld die gerelateerd zijn aan de deelvragen. Met behulp van booleaanse operatoren zijn deze gekoppeld in de databanken. De databanken Pubmed, Cinahl en EBSCOhost zijn gebruikt. Er is voor deze databanken gekozen omdat ze in het algemeen een hogere vorm van bewijs leveren en internationaal zijn. Voor overige informatie is gezocht in google scholar en is gebruik gemaakt van boeken.

De voorkeur van artikelen lag bij RCT's. Er is ook gekeken naar kwalitatieve studies. Dit type studies hebben een lage level of evidence maar sluiten aan bij het onderzoek dat uitgevoerd is.

De artikelen moesten voldoen aan de volgende selectie criteria:

- Het artikel moet in het Nederlands of Engels geschreven zijn;
- Het artikel moet aansluiten op de PICO vraag;
- Het artikel mag niet ouder dan 10 jaar zijn;
- Het artikel moet in full-tekst beschikbaar zijn;
- Het artikel moet uit een professionele databank komen.

De artikelen zijn geselecteerd door te kijken of de titel overeenkomst had met de deelvragen. Vervolgens is het abstract gelezen en beoordeeld of het artikel de deelvraag kan beantwoorden. Na het lezen van het abstract is er geselecteerd op relevantie. De abstracts, die het meeste antwoord gaven op de deelvragen, zijn volledig gelezen. De gekozen artikelen zijn vervolgens beoordeeld aan de hand van beoordelingslijsten om de betrouwbaarheid en validiteit te beoordelen. De beoordelingslijsten zijn gekozen aan de hand van de bewijsvorm van het artikel.

De resultaten uit het literatuuronderzoek zijn gebruikt voor het opstellen van de aanbevelingen, de vragen in het praktijkonderzoek en zijn gekoppeld aan de resultaten van het praktijkonderzoek. De overige informatiebronnen zijn gebruikt in het vooronderzoek, aanvullende informatie en literatuurstudie.

In bijlage 2. vindt u een overzicht van trefwoorden, synoniemen en gerelateerde zoekwoorden. Ook vindt u de uitwerking van de CAT.

Praktijkonderzoek

Design

Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag is er gekozen voor een kwalitatief praktijkonderzoek.

Kwalitatief onderzoek is gericht op de ervaringen, meningen, verwachtingen en de beleving van de personen. Het doel van het onderzoek was inzicht verkrijgen in ervaringen, beweegredenen en opvattingen van personen in specifieke situaties (Verhoef, e.a., 2015)

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat dit mogelijkheden biedt om dieper in te gaan op de meningen en gedachten van de personen.

Gekozen is voor een fenomenologisch onderzoek. Het gaat om het beschrijven van de ervaringen van de cliënten, ten aanzien van COPD, na een heropname en de reden waarom zij de behandelingen weigeren.

De onderzoeker leeft zich in de situatie, persoon en ervaring in. Ook mag hierbij niet geïnterpreteerd worden maar moet er open gestaan worden voor de mening en ervaringen van de cliënten.

Werving

Voor het selecteren van de respondenten zijn er enkele criteria opgesteld:

1. De cliënt heeft COPD en is terug voor heropname (na een exacerbatie);
2. De cliënt heeft weinig tot niet deel genomen aan het behandeltraject;
3. (Ex) Cliënt van de instelling Laurens locatie Antonius Binnenweg;
4. De respondenten moeten cognitief in staat zijn om de vragen van de onderzoeker te kunnen beantwoorden.

Steekproef

Het type steekproef dat het beste aansluit bij de bovengenoemde kenmerken, is de gemakkelijkssteekproef (convenience sample). Bij een gemakkelijkssteekproef worden mensen gekozen die passen bij de inclusiecriteria en die direct beschikbaar zijn. Wegens gebrek aan tijd voor een uitgebreid onderzoek is dit een handige methode om genoeg respondenten te werven (Kenhove & Pelsmacker, 2006).

Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd binnen de organisatie Laurens, locatie Antonius Binnenweg. Aan de behandelaren is gevraagd om namen van cliënten door te geven die voldoen aan de criteria. Er zijn zeven mogelijke respondenten doorgegeven aan de onderzoeker. Daarvan zijn vijf respondenten opgebeld om deel te nemen aan het onderzoek. De eerste vijf zijn direct akkoord gegaan met het deelnemen aan het interview waardoor de onderzoeker niet verder is gaan bellen. Gekozen is voor vijf respondenten vanwege de beschikbare tijd. Als een respondent uitviel dan was nog de mogelijkheid geweest om de overige twee respondenten te bellen.

Dataverzameling

Het kwalitatieve onderzoek is vormgegeven door middel van een diepte-interview wat face-to-face heeft plaatsgevonden. Er is een semigestructureerd interview afgenomen. Dit houdt in dat een aantal onderwerpen onder andere aan de hand van het literatuuronderzoek vooraf zijn opgesteld en dat verder ruimte was voor vrije inbreng en dieper ingaan op het onderwerp. De interviews zijn afgenomen door de onderzoeker zelf.

Aan de hand van een topic-list heeft de onderzoeker het interview afgenomen. Dit was een leidraad voor de onderzoeker en bevatte geen vragen maar onderwerpen. Deze lijst is voor het interview opgesteld. Dit zorgt ervoor dat de interviewer dezelfde onderwerpen in de diverse interviews kon aankaarten. De onderwerpen vanuit de topic-list zijn zo precies mogelijk uitgevoerd. Op deze manier is het onderzoek consequent uitgevoerd. Hierdoor neemt de betrouwbaarheid toe.

Aan de respondenten is toestemming gevraagd om een geluidsopname te maken wat na verwerking verwijderd wordt.

Analyse: coderen

De interviews zijn opgenomen en vervolgens getranscribeerd. De feitelijke woorden zijn weergegeven, dit zorgt ervoor dat de betrouwbaarheid vergroot. Vervolgens is gecodeerd aan de hand van thema's. In verband met de praktijkdeelvragen en vanuit de literatuur zijn de thema's opgesteld. De onderzoeker heeft alle interviews afgenomen en geanalyseerd. Er is geprobeerd om interpretatie te voorkomen. Door gebruik te maken van citaten is er minder mogelijkheid voor de onderzoeker om te interpreteren.

H4. Resultaten

Literatuurstudie

Ter onderbouwing van het onderzoek is er naar literatuur gezocht. In het literatuuronderzoek is antwoord gezocht op de volgende vragen:

- Welke ergotherapeutische behandelingen voor COPD zijn er om zo zelfstandig mogelijk te worden?
- Welke factoren hebben invloed op de therapietrouw van COPD-cliënten (in het algemeen)?
- Welke interventies zijn er om gedragsverandering te krijgen bij COPD cliënten?

Om de literatuur te analyseren zijn de deelvragen aan de hand van een CAT uitgevoerd. Zo is de kwaliteit van de verzamelde literatuur gewaarborgd.

Welke ergotherapeutische behandelingen voor COPD zijn er om zo zelfstandig mogelijk te worden?

Uit het kwalitatieve onderzoek van Chan (2004) komen verschillende interventies naar voren die zich bezig houden met het bevorderen en vergemakkelijken van een positief levenspatroon. Ook krijgen cliënten met COPD door ergotherapeutische interventies meer inzicht en controle over deze ziekte.

De interventies bestaan uit:

1. Kennis over COPD
Er wordt kennis opgedaan over de juiste ademhalingstechnieken, energieverdeling en het aanpassen van het handelingstempo. Ook wordt duidelijk wat de ziekte COPD precies is en wat het met het lichaam doet.
2. Controle krijgen over de ziekte.
De kennis die is opgedaan wordt toegepast in het dagelijks leven. Door de ademhalingstechniek, energieverdeling en aanpassen van handelingstempo toe te passen ontstaat succeservaring waardoor meer dagelijkse activiteiten opgepakt worden.
3. Verlichting van mentale belasting.
Er worden verschillende manieren aangeboden om te leren ontspannen tijdens stressvolle situaties. Dit zorgt ervoor dat minder stress ervaren wordt.
4. Sociale steun van collega's en therapeuten.
Er wordt in groepsverband gewerkt (zoals educatieve lezingen en ontspanningssessies). Hierdoor hebben de cliënten de kans om te communiceren met cliënten met vergelijkbare chronische longaandoeningen. Vele cliënten hebben de neiging om sociaal geïsoleerd te zijn. Door groepstherapie aan te bieden kunnen ze elkaars ervaringen delen en elkaar helpen.

Uit de standaard ergotherapie voor COPD van Appels (2016) komen de bovengenoemde interventies ook naar voren. Alleen ontspanningsoefeningen worden niet benoemd in de standaard.

Welke factoren hebben invloed op de therapietrouw van COPD-cliënten (in het algemeen)?

Dit onderzoek is voornamelijk gericht op therapietrouw met betrekking tot medicatie. Er worden echter ook twee onderwerpen beschreven die losstaan van medicatiegebruik, namelijk: de kenmerken van groepen waarbij therapieontrouw het meeste speelt en kennis over potentiële interventies voor het probleem van therapie(on)trouw in Nederland.

Uit het empirische literatuuronderzoek van Van den Brink-Muinen & Van Dulmen (2004) komt naar voren dat verschillende factoren een rol spelen bij therapietrouw. Factoren die therapietrouw bevorderen zijn:

- Een hogere frequentie van behandeling, langere behandelingsduur;
- Begeleiding van cliënten. Educatie- en voorlichtingsprogramma's voor groepen patiënten bevorderen meestal niet de therapietrouw. Begeleiding (coaching) bleek volgens een twee jaar durend onderzoek echter wel een positieve invloed te hebben op de therapietrouw.
- Groepseducatie, ter verhoging van de therapietrouw, lijkt na verloop van tijd wel effectief te zijn, maar niet op korte termijn.

Ook zijn er psychologische kenmerken die positieve invloed hebben op therapietrouw, namelijk:

- Motivatie, ofwel het begrijpen van de noodzaak van therapie;
- Positieve attitude, ofwel een positieve houding t.o.v. behandeling;
- Ziektepercepties, of de persoonlijke ideeën die een patiënt heeft over zijn ziekte wel kloppen;
- Persoonlijke effectiviteit ofwel het vermogen van een persoon om goed te functioneren;
- Coping patroon, op de juiste manier omgaan met de ziekte.

Tevens zijn ook negatieve invloeden op therapietrouw, namelijk:

- Gevoelens van schaamte over de ziekte;
- Stigmatisering, ofwel het gevoel hebben negatief gelabeld of veroordeeld te worden;
- Alcoholgebruik;
- Slecht sociaal functioneren, ofwel het niet goed kunnen communiceren;
- Twijfel aan de noodzaak van de therapie, dus het niet inzien wat het belang is van de behandeling.

Uit onderzoek van een andere scriptie komt in het literatuuronderzoek naar voren dat COPD cliënten die een exacerbatie hebben doorgemaakt, in vergelijking tot leeftijdsgematchte controles slechtere cognitieve prestaties leveren. Tekorten van executieve functies bij cliënten met COPD leiden tot moeilijkheden in het omgaan met co morbiditeiten, vermindering van het vermogen tot zelfmanagement en moeite met het hanteren van leefregels (Ramanand, 2015).

Uit onderzoek van Boot, e.a. (2017) komt naar voren dat weten niet altijd leidt tot doen. Mentale vermogens zoals het vermogen om in actie te komen, om het hoofd voldoende koel te houden, en om vast te houden aan goede voornemens zorgt ervoor dat mensen redzaam zijn. Stressvolle situaties hebben invloed op deze mentale vermogens.

Welke interventies zijn er om gedragsverandering te krijgen bij COPD cliënten?

In het onderzoek van Stewart, e.a. (2014) worden verschillende factoren verondersteld waardoor de motivatie van cliënten met COPD bevorderd wordt en gedragsverandering plaatsvindt.

Succeservaring

Als eerste wordt benoemd dat er cliënten waren die door longproblemen en co morbiditeit beperkt werden in hun vermogen om dagelijkse activiteiten te oefenen of uit te voeren. Om goed om te kunnen gaan met deze beperkingen benoemen de cliënten dat zij op hun eigen tempo de activiteiten willen uitvoeren. Door alsnog te trainen merkten de cliënten op dat de activiteiten makkelijker werden, waardoor er gedragsverandering ontstond. Door de succeservaring van de therapie kregen zij meer vertrouwen in eigen kunnen.

Verwantschap

Op de tweede plaats worden de cliënten gemotiveerd door gevoel van verwantschap. In groepen trainen motiveert doordat men elkaar stimuleert, helpt en elkaars beperkingen begrijpt. Tevens geven veel cliënten aan dat de steun van familie en vrienden ook zorgt voor motivatie. Doordat zij hen stimuleren bij het uitvoeren van de activiteiten zorgen zij voor ondersteuning. De familie leert ook meer over wat het ziektebeeld inhoudt, waardoor de cliënten zich meer begrepen voelen door de familie.

Weer

Ten derde wordt verondersteld dat het weer invloed heeft op het gedrag van COPD mensen. Bij slecht weer zijn de cliënten moeilijker in staat om lichamelijk actief te zijn dan bij goed weer.

Autonome motivatie

Vele cliënten ervaren ook intrinsieke motivatie. Zij willen voor zichzelf een gezonder leven. Door zelf doelen op te stellen zijn zij gemotiveerd om deel te nemen.

Gecontroleerde motivatie

Er waren ook cliënten die zelf vonden dat zij moesten deelnemen aan de therapie omdat dit gewoon moet of omdat het ze werd verteld.

Uit het kwalitatieve onderzoek van Bae, e.a. (2016) komt naar voren dat verlies, angst en wens voor betere zorg de meest voorkomende bezorgdheden zijn bij mensen met COPD.

Bij verlies gaat het om:

- Verlies om normaal te functioneren;
- Verlies van onafhankelijkheid door onvermogen om taken uit te voeren die nodig zijn voor het dagelijks leven;
- Verlies van maatschappelijke activiteiten, waardoor het gevoel van sociale isolatie en gebrek aan onvoldoende sociale steun ontstaat.

Bij angst ging het om ziekteprogressie en verstikking. Hiermee wordt bedoeld angst over de voortgang van de ziekte en bezorgdheid over de toekomst, onzekerheid over het voorkomen van de ziekte, ernstige ademloosheid geassocieerd met intense paniek en angst voor het sterven.

Bij het verlangen naar verbeterde zorg werd uitgedrukt het gebrek aan self-management en gebrek aan begrip van hun conditie. De respondenten wilden meer weten over hun ziekte. Ze hadden moeite om te achterhalen hoe ze hun informatie en medische behoeftes konden verkrijgen.

De resultaten van het onderzoek suggereren dat de inhoud van self-management ondersteuning voor mensen met COPD zich moet richten op angst, verlies en verbeterde zorg. Aandacht voor deze problemen kan de zelfbeheersing van je emoties en motivatie verbeteren om uitgebreide zelfmanagement te ontwikkelen.

In bijlage 2 vindt u een overzicht van kwalitatieve beoordelingen over de gevonden literatuur.

Resultaten praktijkonderzoek

De resultaten zijn uitgewerkt aan de hand van thema's die voortgekomen zijn vanuit de dataverzameling en deelvragen. In het schema hieronder staan de basisgegevens schematisch weergegeven waarop onderstaande resultaten gebaseerd zijn.

Respondenten	Duur	Geslacht	Locatie	Invloed omgeving	Geïnterviewd door
Respondent 1	32:20	Vrouw	Bij cliënt thuis	X	Onderzoeker
Respondent 2	43:46	Vrouw	Bij cliënt thuis	Interview onderbroken i.v.m. telefoon	Onderzoeker
Respondent 3	46:39	Vrouw	Op de kamer in AB	Interview onderbroken i.v.m. verpleging	Onderzoeker
Respondent 4	23:29	Man	Op de kamer in AB	Interview onderbroken i.v.m. verpleging	Onderzoeker
Respondent 5	20:16	Vrouw	Bij cliënt thuis	X	Onderzoeker

Thema: Eigen gezondheid

Alle respondenten zijn over het algemeen tevreden met hun leven en gezondheid. Toch geven alle respondenten aan dat hun gezondheid achteruit is gegaan. Dit komt vanwege verslechtering van de ziekte, vervaging van al het geleerde en angst die toeneemt.

Een voorbeeld hiervan blijkt uit het volgende citaat:

“Je gaat in therapie om iets, om een verbetering in te brengen. Maar zodra je thuis komt vervaagt dat allemaal”.

Thema: Gedragsverandering (interventies voor gedragsverandering)

Alle respondenten geven aan dat de activiteiten die zij doen bij de ergotherapie niet aansluiten. Zo geven drie van de vijf respondenten aan dat de activiteiten die zij doen ervoor zorgden dat zij zich klein voelden. Dit blijkt uit het volgende citaat:

“Ja dat koffie zetten oh dat vond ik zo erg zeg. Heb mijn eigen nog nooit zo klein gevoeld”.

De COPD groep waar de cliënten informatie krijgen, worden door vier van de vijf respondenten weinig tot niet bezocht. Dit komt doordat drie van de vijf respondenten het al hebben gehad en er dus geen meerwaarde meer in zien. Dit blijkt uit het volgende citaat:

“Nou ja één keer heb ik dat gezien. En een tweede keer hoefde van mij niet meer. Als je het eenmaal heb gehoord dan weet je het wel”.

Twee van de vijf respondenten gaan niet omdat ze worden geconfronteerd met de ziekte die zij hebben, waardoor angst ontstaat.

“Nou omdat ik veelte veel op de feiten werd gedrukt dus ik dacht pleur lekker op. Hoef ik allemaal niet te weten”.

Bij drie van de vijf respondenten is de wens om de familie meer te betrekken in de behandelingen. Alle respondenten hebben echter het idee dat ze hun familie dan tot last zijn waardoor ze dit niet willen. Dit blijkt uit het volgende citaat:

“Ik weet het niet of mijn man dat zou willen. Ik zou het wel prettig vinden met mijn man. Meer persoonlijk is het dan. Het is gewoon meer relax”.

Het zien van resultaten werkt voor de respondenten om te blijven komen. Twee respondenten zeggen echter dat de resultaten bij ergotherapie minder zichtbaar zijn dan de resultaten van de fysiotherapie.

“Ja dat zet mijn spieren... tenminste van wat er nog over is... dan voel ik mij eigen.. dan deed ik wat. En ja dat andere was wat ik al zei is kinderspel...”

Bij vier van de vijf respondenten komt naar voren dat therapie krijgen in groepsverband een positief effect heeft. Ze gingen naar de therapie voor de gezelligheid of voor steun.

Eén respondent geeft aan ontspanningsoefeningen te willen krijgen voor het leren omgaan met stress en angst. Deze respondent wil ook meer behandelingen gericht op het psychische gedeelte, waarbij er meer creatieve activiteiten moeten zijn waarin je jezelf kan uiten.

Thema: Motivatie

Alle vijf de respondenten gaan naar therapie voor zichzelf en voor anderen. Van de vijf geven twee respondenten aan dat ze gaan omdat dat moet, het wordt van ze verwacht.

“Moet je luisteren ik vind gewoon je bent daar dus in behandeling en hun hebben het beste met je voor”.

Reden om niet naar de behandelingen van ergotherapie te gaan is volgens alle vijf de respondenten als je ziek bent. Volgens drie respondenten kan de reden om niet te gaan zijn dat ze geen zin hebben. En drie van de vijf respondenten geeft als reden om niet te gaan omdat het herhaling is.

Thema: verbeterpunten

Als verbeterpunt voor de ergotherapeuten/team geeft één respondent aan dat ze strenger mogen worden. Ze moeten de cliënten meer pushen om mee te gaan naar de behandelingen.

“Misschien een beetje meer pushen. Beetje meer harde aanpak van kom op nou”.

Ook moet het rookhok verplaatst worden aangezien die zich nu bij het restaurant bevindt. Dit werkte voor de respondent demotiverend.

“En ik ging met de ergo naar buiten dan en dan liep je langs die rokershol en dat vond ik echt heel slecht van Laurens. Want 9 van de 10 zijn longpatiënt.. En dan ging die deur open nou je wilt niet weten wat voor rook eruit kwam. Dat is niet motiverend natuurlijk”.

Een andere respondent wil meer afwisselende activiteiten in de therapie, waarbij de activiteiten ook meer aansluiten bij de persoon zelf.

“Uhm afwisselend therapie. Ik weet niet of jullie bij de ergotherapie ook spelletjes doen? Ik heb geen idee maar niet alleen het lopen en traplopen”.

Ook zou één respondent de therapieën in de middag willen hebben aangezien de respondent in de ochtend moe is na het douchen en aankleden.

H5. Conclusie

Conclusie literatuuronderzoek

Uit de literatuur komt naar voren dat verwantschap oftewel therapie in groepsverband en het betrekken van de familie, bevorderende factoren zijn voor therapietrouw. Tevens komt bij alle vier de artikelen naar voren dat mensen met COPD last hebben van angst, acceptatie en depressie. Door tijdens de behandeling aandacht te geven aan deze drie emoties zal er gedragsverandering plaatsvinden, waardoor therapietrouw toeneemt. Eén van de interventies die leert omgaan met angst en stress zijn ontspanningsoefeningen. Ook met self-management ondersteuning kan er meer ingegaan worden op angst, depressie en acceptatie waardoor zelfbeheersing van emoties en motivatie verbetert.

Uit de literatuur komt ook educatie over COPD naar voren als een interventie die een positief effect heeft op de therapietrouw. Door educatie over COPD te geven krijgen de cliënten een betere ziekteperceptie, waardoor therapietrouw toeneemt. Ook kunnen de cliënten het geleerde vervolgens toepassen binnen dagelijkse activiteiten. Hierdoor ontstaat succeservaring. Succeservaring wordt ook benoemd als interventie die voor gedragsverandering zorgt.

Het weer is een factor die van invloed is op het gedrag en motivatie van COPD cliënten.

Er kan geconcludeerd worden dat exacerbaties zorgen voor verminderde cognitie. Dit heeft invloed op de zelfmanagement van COPD cliënten. In een ander onderzoek wordt gezegd dat mentale vermogens invloed hebben op de redzaamheid van mensen en dat dit verslechtert bij stressvolle situaties.

Conclusie praktijkonderzoek

Uit het kwalitatieve onderzoek kan geconcludeerd worden dat respondenten de familie meer willen betrekken bij de behandelingen. Het geeft de respondenten echter wel het gevoel dat ze de familie dan tot last zijn. Ook therapie krijgen in groepsverband wordt aangegeven als een positieve factor waardoor de respondenten naar therapie komen. Ondanks de positieve ervaring van therapie in groepsverband wordt de COPD groep waar informatie wordt verworven over het ziektebeeld als negatief ervaren. Dit komt omdat het een herhaling is van wat de respondenten bij de eerste opname hebben gehad. Respondenten zouden nieuwe informatie willen krijgen maar kunnen niet benoemen waar behoefte aan is. Ook zorgt de COPD groep voor confrontatie wat zorgt voor angst over de ziekte.

Verder komt naar voren dat ergotherapie niet altijd passende activiteiten aanbiedt. Activiteiten als koken en koffie zetten zorgen ervoor dat de respondenten zich "klein" gaan voelen. Ook geven de respondenten aan dat de activiteiten thuis anders worden uitgevoerd dan bij de ergotherapie, waardoor ze het geen meerwaarde vinden. Alle respondenten geven ook aan dat zodra zij thuis zijn al het geleerde vervaagt en dat ze achteruitgaan, ook de angst neemt toe.

Vanuit twee respondenten komt naar voren dat er te weinig behandelingen zijn die gericht zijn op omgaan met angst, stress en acceptatie. Er is behoefte aan ontspanningsoefeningen of creatieve activiteiten waarbij dieper ingegaan wordt op de emoties.

Tevens is ook behoefte aan meer afwisseling in de activiteiten en voorkeur voor therapie in de middag vanwege vermoeidheid door het douchen en aankleden in de ochtend.

Redenen om naar de therapie te gaan is volgens de respondenten omdat zij vinden dat het hoort (gecontroleerde motivatie), voor zichzelf (autonome motivatie), voor anderen, of het zien van resultaten (succeservaring). Wel komt echter naar voren dat het zien van resultaten bij de ergotherapie kleiner is

dan bij de fysiotherapie. Redenen om niet naar de behandelingen te gaan is vanwege ziekte, geen zin hebben of herhaling.

Als laatste wordt aangegeven dat het rokershok weg moet aangezien dat demotiverend werkt. Het rookhok staat nu bij het restaurant waar de cliënten dagelijks langs lopen voor de therapie. Dit zorgt niet voor een therapeutisch klimaat.

Kijkend naar de vraagstelling:

“Hoe kan ergotherapie bijdragen aan de therapietrouw van COPD cliënten bij heropname in AB, zodat de cliënten zo zelfstandig mogelijk naar huis kunnen gaan?”

kan geconcludeerd worden dat antwoord wordt gegeven op de hoofdvraag. Therapie in groepsverband, passende activiteiten, familie betrekken, succeservaring, nieuwe informatie, ingaan op angst, ontspanningsoefeningen, richten op achteruitgang thuis en therapie in de middag zijn mogelijke factoren die therapietrouw en de effectiviteit van ergotherapie zullen bevorderen, waardoor de cliënten zo optimaal mogelijk voorbereid naar huis kunnen gaan.

H6. Discussie

Verondersteld kan worden dat een kwalitatief onderzoek een beperkte validiteit en betrouwbaarheid heeft. Aan dit praktijkonderzoek hebben vijf respondenten deelgenomen. Een uitspraak over deze groep is dus niet generaliseerbaar omdat het slechts om een geringe populatie gaat. Ook waren de respondenten die zijn geïnterviewd direct toegankelijk waardoor dit een negatief effect heeft op de betrouwbaarheid en validiteit.

Ook is slechts één man geïnterviewd. Het kan zijn dat hierdoor niet genoeg variatie tussen man/vrouw respondenten is geweest. Het zou het onderzoeksresultaat kunnen beïnvloeden als de samenstelling van de respondenten divers zou zijn. Hiervoor zou nader onderzoek nodig zijn.

De interviews zijn uitgevoerd en gecodeerd door de onderzoeker zelf. Doordat er geen peer review is uitgevoerd, is de kans dat gebruik is gemaakt van eigen interpretatie. Dit zorgt ervoor dat het onderzoek minder betrouwbaar is. Om verschil in vraag en antwoord te voorkomen, is voorafgaand aan het praktijkonderzoek een topic list opgesteld. Deze topic list moest ervoor zorgen dat alle interviews dezelfde leidraad hebben. Ook zijn alle interviews uitgetypt wat ruimte voor eigen interpretatie zou moeten voorkomen

Een andere kanttekening is dat de interviewer drie van de vijf respondenten al kende voor het onderzoek. Twee respondenten waren bij de interviewer nog niet bekend. Dit kan invloed hebben gehad op het interview. Doordat de interviewer voor sommigen een bekende was, kon dat ervoor zorgen dat zij meer betrouwbare/persoonlijke informatie gaven dan de respondenten die de interviewer niet kende.

De meeste respondenten geven aan dat zij tevreden zijn over de ergotherapie. Of zij daadwerkelijk tevreden zijn of dat dit een sociaal wenselijk antwoord is, is niet duidelijk. Ook kan cognitie een rol hebben gespeeld in het beantwoorden van de vragen. Zoals in de scriptie van Ramanand (2015) naar voren kwam hebben exacerbaties invloed op de cognitie. In hoeverre dit een rol speelde bij de respondenten is niet duidelijk.

Een minder sterk punt van het onderzoek is dat de bronnen van de literatuurstudie laag op de ladder van evidence staan, dit zorgt voor een lage bewijskracht. De reden hiervoor is dat er geen artikelen zijn gevonden met een hogere vorm van bewijskracht die antwoord gaven op de deelvragen.

Het weer is een factor die invloed heeft op COPD cliënten, wat wordt benoemd in het onderzoek van Stewart, e.a. (2014). Uit de interviews komt echter niet naar voren dat het weer invloed heeft op het deelnemen aan de behandelingen. Er zou een ander onderzoek moeten worden verricht over wat voor invloed het weer heeft op COPD cliënten (na heropname). De vraag is echter wel wat voor meerwaarde dat heeft voor de ergotherapeutische behandeling.

Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat twee respondenten behoefte hebben aan het dieper ingaan op emoties, zoals angst, depressie en acceptatie. De vraag is in hoeverre ergotherapie een bijdrage kan leveren aan dit probleem en waar ligt de grens met psychologie.

Als laatste kanttekening komt naar voren dat respondenten benoemen dat ze niet naar de COPD groep gaan omdat het herhaling is. Ook geven ze aan dat de COPD groep zorgt voor confrontatie met het ziektebeeld. Op de vraag wat ze in plaats hiervan zouden willen, wisten zij geen antwoord. Om ervoor te zorgen dat cliënten met COPD na heropname blijven komen naar de groep zal nader onderzoek nodig zijn naar thema's waar de doelgroep informatie over wil. Op deze manier kan de COPD groep beter aansluiten bij de behoeftes van deze groep.

Ondanks een beperkte validiteit en betrouwbaarheid is dit onderzoek van meerwaarde. Er is een impressie ontstaan over hoe de therapietrouw bevorderd kan worden bij een kleine groep COPD cliënten na heropname, wat meegenomen kan worden in een vervolg onderzoek. Ook geeft dit onderzoek richting in de aandacht van de therapeuten in deze problematiek waardoor de therapeuten anders naar de praktijk gaan kijken.

H7. Aanbevelingen

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zijn de resultaten van het onderzoek gebruikt om tot aanbevelingen te komen. Deze aanbevelingen dragen bij aan het bevorderen van de effectiviteit en efficiëntie van ergotherapie wat betreft de dienstverlening van de zorg.

Algemene aanbevelingen

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat de COPD groep niet meer wordt bezocht vanwege herhaling en confrontatie met de ziekte. Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat educatie over COPD zorgt voor ziekteperceptie wat therapietrouw bevordert (Chan, 2004). Om cliënten met COPD na heropname te laten komen naar de COPD groep, wordt aanbevolen om een ander programma aan te bieden wat aansluit bij deze doelgroep. Vanuit het praktijkonderzoek komt niet naar voren waar inhoudelijk behoefte aan is. Uit het onderzoek komt echter wel naar voren dat de respondenten achteruit gaan en angstiger worden zodra zij weer thuis zijn. Een onderwerp voor de COPD groep kan zijn om zich meer te gaan richten op het voorkomen van achteruitgang thuis, angst en kwaliteit van leven. Om de COPD groep daadwerkelijk in te richten naar de behoeftes van deze doelgroep zal verder onderzoek gedaan moeten worden.

Uit het literatuuronderzoek van Ramanand (2015) en Boot, e.a. (2017) komt naar voren dat verminderde cognitie en mentale vermogens tijdens stresssituaties zorgen voor verminderde redzaamheid en zelfmanagement. In hoeverre deze factoren invloed hebben op therapietrouw is onbekend. Aanbevolen wordt om onderzoek te doen naar de invloed van cognitie en mentale vermogens op therapietrouw, zodat deze componenten meegenomen kunnen worden in de benadering van de therapeuten.

Context specifieke aanbevelingen

Vanuit het onderzoek van Chan (2004) wordt aangegeven dat ontspanningsoefeningen een interventie is die bijdraagt aan een positief levenspatroon bij mensen met COPD. Uit een systematische review en meta-analyse van Banfi, e.a. (2015) wordt gezegd dat ontspanningsoefeningen bij mensen met COPD een positief effect hebben op de kwaliteit van leven en angst en depressie verminderen. Ook met self-management ondersteuning kan er meer ingegaan worden op emoties waardoor zelfbeheersing van emoties en motivatie verbetert (Bae, 2016).

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat dit niet wordt aangeboden binnen Laurens AB. Uit het onderzoek komt ook naar voren dat er weinig bij de ergotherapie wordt gedaan aan het omgaan met de emoties angst, depressie en acceptatie. Een aanbeveling voor de ergotherapeuten binnen Laurens AB is om de ontspanningsoefeningen en self-management (gericht op zelfbeheersing van emoties) te gaan verwerken in het behandeltraject, met name bij COPD cliënten met heropname, zodat men beter leert omgaan met angst, depressie, acceptatie. Hierdoor bevordert de kwaliteit van leven. Ook wordt aanbevolen om de psycholoog eerder in te schakelen, zodra de cliënten terug zijn voor heropname, om in te gaan op deze emoties.

Tevens wordt aanbevolen om de activiteiten bij de ergotherapie meer te gaan richten op betekenisvolle activiteiten. De huidige aangeboden activiteiten sluiten niet altijd aan. Hierdoor voelen de cliënten zich "klein". Om betekenisvol handelen te bereiken moet een balans zijn tussen de moeilijkheidsgraad van de activiteiten en de vaardigheden van het individu (Law, 2002). Uit onderzoek van een andere scriptie blijkt dat bij gebrek aan betekenisvol handelen kans is op verveling, apathie, storend gedrag, gebrek aan zelfvertrouwen, sociale uitsluiting en eenzaamheid. Om het gebrek aan betekenisvolle activiteiten en de negatieve gevoelens tegen te gaan, moet er gestreefd worden naar meer gevarieerde en stimulerende activiteiten die rekening houden met de wensen en mogelijkheden van de mensen. De focus moet liggen

op het aanbieden van betekenisvolle activiteiten en niet op het aanbieden van meer activiteiten (Van de Candelaere, 2016). Bij ieder persoon is dit anders waardoor betekenisvolle activiteiten bij elke cliënt achterhaald moeten worden. Door betekenisvolle activiteiten in te zetten zal er succeservaring ontstaan. Vanuit de literatuur is bekend dat succeservaring zal leiden tot gedragsverandering waardoor de therapietrouw toeneemt.

Ook lijkt het achterliggende doel van de activiteiten, zoals koken, niet altijd duidelijk te zijn. Uit het onderzoek komt naar voren dat de respondenten het gevoel krijgen dat ze moeten leren koken. Het doel is echter dat men de informatie die zij leren bij de COPD groep gaan toepassen binnen dagelijkse activiteiten. Het lijkt alsof de respondenten de noodzaak van de behandelingen niet altijd inzien. Het wordt dus aangeraden om met de cliënt meer stil te staan bij het doel van de activiteit zodat de noodzaak van de behandeling duidelijker wordt en therapietrouw toeneemt.

Uit de literatuuronderzoek van Stewart, e.a. (2014) komt naar voren dat verwantschap een bevorderende factor is voor gedragsverandering zodat therapietrouw toeneemt. Binnen Laurens AB worden al therapieën aangeboden in groepen. Dit wordt als positief ervaren. Aanbevolen wordt om deze groepen voort te blijven zetten en mogelijk wat uit te breiden binnen de ergotherapie. De familie wordt echter nog te weinig betrokken bij de behandelingen. Er wordt aanbevolen om het cliëntstelsel meer te betrekken in de behandelingen zodat meer steun wordt ervaren en de cliënten zich meer begrepen zullen voelen.

Uit het onderzoek van Chan (2004) komt naar voren dat het uitvoeren van activiteiten, zoals aankleden en douchen zorgt voor fysieke inspanning. Hierdoor zijn mensen met COPD vermoeid na de ADL waardoor zij geen energie hebben om direct door te gaan naar de therapie. Ook in de praktijk wordt dit zo ervaren. Daarom wordt aanbevolen om ergotherapie in de middag te plannen met uitzondering van ADL training. Op deze manier hebben de cliënten de tijd om weer op energie te komen voor de therapie, waardoor effectiever met de cliënt getraind kan worden.

Als laatste aanbeveling wordt aangeraden om het rokershok te verplaatsen. Het rookhok zorgt voor een niet optimaal therapeutisch klimaat. Het plaatsen van een rokershok naast een restaurant zorgt voor een negatieve sfeer wat het herstel tegenwerkt. Voornamelijk bij COPD cliënten die proberen te stoppen met roken is het niet motiverend om elke dag langs een rokershok te moeten lopen.

Deze aanbevelingen zijn gericht om de effectiviteit en efficiëntie van ergotherapie te vergroten bij cliënten met COPD na heropname. Door de ergotherapeutische diensten meer aan te laten sluiten op cliënten met COPD na heropname, neemt de kwaliteit van zorg van ergotherapie toe en zullen de cliënten zo optimaal mogelijk voorbereid naar huis gaan.

Literatuurlijst

Appels, S., Biemen, E. van., Bijl, S., Bos, E. van den., Breemen, J. van., Collée, K., Gebben, M., Kuit, C., Lammers, E., Michels, M., Nijhuis, E., Sackman, M., Seumeren, B., Steenderen, M. van., Valk, M. & Wieërs, E. (2016) Ergotherapie bij COPD: Standaard van Ergotherapie Nederland. *Ergotherapie Nederland*.

Bae, S., Cade, A., Wortz, K., Menard, J. R., Lurie, S., Lykens, K., Jackson, B., Su, F., Singh, K. & Coultas, D. (2016) A qualitative study of patients' goals and expectations for self-management of COPD. *Prim Care Respir J*. 21(4): 384-391.

Banfi, P., Pagnini, F., Rogers, S.M., Volpato, E. (2015) Relaxation Techniques for People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and a Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015; 2015: 628365. Published online 2015 Aug 3. doi: 10.1155/2015/628365

Berden, C., Scholte, R., Lammers, M. (2014) Ergotherapie doet er toe. *SEO Economisch onderzoek*

Boer, W.I. (2005) Astma en COPD: springplank voor wetenschappelijk onderzoek in 2005. *Nederlands Astma Fonds, Leusden*.

Boezem, H.M., Bossenbroek, L., Greef, H.G. de., Hacken, N.H.T. ten., Hartman, J.E. (2010). Consequences of Physical Inactivity in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Expert Rev Respir Med*. 2010 Dec;4(6):735-45. doi: 10.1586/ers.10.76.

Boot, A.W.A., Bovens, M.A.P., Engbersen, G.B.M., Hirsch Ballin, E.M.H., Prins, J.E.J., de Visser, M., de Vries, C.G. & Weijnen, M.P.C. (2017) Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid. *Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Den Haag 2017*.

Brandon, T., Grotjohan, H., Hesselink, S., (2016) Effect long revalidatie bij laagbelastbare COPD-Cliënten. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*.

Brink-Muinen, A. van den, & Dulmen, A.M. van. (2004) Factoren gerelateerd aan farmacotherapietrouw van chronisch zieken. *Nivel*.

Broekhuizen, B.D.L. (2013) COPD & astma bulletin huisartsgeneeskunde. *CAHAGbulletin*, volume 3, pp. 1-2.

Broekhuysen, A.M., Vreugdenhil, G. & Thien, T. (1994) Therapietrouw: bepalende factoren en mogelijkheden ter verbetering. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*.

Chan, S. C. C. (2004). Chronic obstructive pulmonary disease and engagement in occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 408–415.

Ergotherapie Nederland (2002). Ergotherapie bij cliënten met COPD, versie 2012.

Gombert-Handoko, K. (2009). Therapietrouw: een grootprobleem. *MFM*. Nr. 3 P. 34,35.

Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life, 2002 Distinguished Scholar Lecture. *American Journal Of Occupational Therapy*, 56, nr. 6, pp. 640-649.

Longfonds (2017). Wat is COPD. Geraadpleegd van www.longfonds.nl/copd

Kenhove, P. & Pelsmacker P. (2006) *Marktonderzoek*. Amsterdam, Nederland: Pearson Education Benelux.

Ramanand, A. (2015) De gevolgen van een exacerbatie op de cognitie van COPD cliënten. Hogeschool Rotterdam. *Instituut voor gezondheidszorg*.

Stewart, K.F., Meis, J.J., van de., Bool, C., Janssen, D.J., Kremers, S.P. & Schols, A.M. (2014) Maintenance of a physically active lifestyle after pulmonary rehabilitation in patients with COPD: a qualitative study toward motivational factors. *Jamda & Elsevier*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.05.003>.

Van de Candelaere, E. (2016) Deze mannen weten waarom. Het verhogen van de participatie bij mannen in een woonzorgcentrum door het aanbieden van betekenisvolle activiteiten. Kortrijk : *Howest, Departement professionele Bachelors Kortrijk, 2016*. Geraadpleegd van <http://bib.howest.be/catalog/hws01:002268896>

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Doorn, C. & Rosendal, H. (2015). *Praktijkgericht onderzoek. Amsterdam, Nederland: Boom Lemma*.

Volksgesondheidszorg (2015). COPD. Geraadpleegd van:

<https://www.volksgesondheidszorg.info/onderwerp/copd/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-en-nieuwe-gevallen-copd>