

Logopedisch COPD assessment uit Nederland geschikt voor het opsporen van communicatieproblemen bij Duitse COPD patiënten?

Een cross culturele vertaling & hanteerbaarheidsonderzoek



© Afbeelding: „The Global Asthma Report 2011“

Alexa Lemberg & Hille Schröder

08.06.2015

Thesisgroep: Klinimetrie

Thesisbegeleidster: Drs. Jessie Lemmens

Opdrachtgever: Proteion

©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, opname of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Dankwoord

Deze Bachelorthesis bevat de resultaten van een vertalingsprocedure en een hanteerbaarheidsonderzoek omtrent het onderwerp COPD en logopedie. Het schrijven van deze thesis dient ter afronding van onze opleiding aan Zuyd Hogeschool te Heerlen.

Wij willen graag de personen bedanken, die bij het ontstaan van dit product een bijdrage hebben geleverd. Een eerste dank geldt Jessie Lemmens, die het onderwerp aan ons heeft voorgesteld en ons de hele thesisperiode heeft begeleid. Verder willen wij de docenten, studenten, logopedisten en COPD patiënten, die aan ons onderzoek hebben deelgenomen, danken. Dank uw wel voor de tijd, die uw geïnvesteerd hebt voor het vertalen en terugvertalen van het assessment COPD, voor het invullen van onze vragenlijsten en voor het meedoen aan het hanteerbaarheidsonderzoek. Verder willen wij ons dank uitspreken aan alle lezers, die feedback op onze stukken hebben gegeven en ons bij de Nederlandse spelling en formulering hebben ondersteund. Een laatste dankwoord geldt onze familie en vrienden, die een belangrijke steun in dit proces zijn geweest.

Het hele proces is heel leerzaam voor ons geweest en wij zijn trots op het ontstane product. Wij hebben hieran met veel plezier gewerkt en daardoor een interessant onderwerp bestudeerd.

Alexa Lemberg & Hille Schröder

Heerlen, Juni 2015

Samenvatting

Deze bachelorthesis beschrijft een vertalingsprocedure van een Nederlandse COPD assessment naar het Duits. Na aanleiding van dit werd een hanteerbaarheidsonderzoek uitgevoerd bij een steekproef COPD patiënten.

Aanleiding: COPD patiënten in Nederland worden toenemend behandeld door logopedisten. In Duitsland is de verbinding tussen COPD en logopedische zorg echter nog helemaal onbekend. Er bestaat geen kennis over de hoeveelheid communicatieproblemen die COPD patiënten vertonen en er is geen meetinstrument beschikbaar, om deze in kaart te brengen. M.b.v. deze bachelorthesis zal een geschikt meetinstrument voor het signaleren van communicatieproblemen bij COPD patiënten in Duitsland, naar aanleiding van het Nederlandse ‘Assessment Logopedie bij COPD’ (Vossen, 2007) van Proteion, ontstaan.

Methode: Binnen deze studie werd een cross-culturele vertaling gedaan van een Nederlandse COPD assessment naar het Duits. De hanteerbaarheid van dit instrument werd m.b.v 20 Duitse COPD patiënten getest. De gebruiksvriendelijkheid van het assessment werd door middel van vragenlijsten, die door logopedisten zijn ingevuld, in kaart gebracht.

Resultaten: Uit de resultaten blijkt dat de Duitse versie van het assessment COPD een representatieve weergave van de originele versie is. Ook de hanteerbaarheid is enigszins gewaarborgd. De instructies werden door alle geteste COPD patiënten (n=20) begrepen en het zijn tijdens de afname van het assessment geen moeilijkheden opgetreden. Door vijf (62,5%) van de acht bevroegde logopedisten werd aangegeven dat zij het assessment niet overzichtelijk vinden. Verder werd zes (75%) keer aangegeven dat afkortingen moeten worden uitgelegd. Deze punten werden in een nieuwe versie van het Duitse assessment COPD verwerkt.

Conclusie: Hoewel de Duitse versie van het assessment COPD geschikt is om communicatieproblemen bij COPD patiënten op te sporen, is het onderzoek vanwege de kleine steekproef niet te generaliseerbaar. Desondanks zal het instrument geschikt zijn om communicatieproblemen bij Duitse COPD patiënten op te kunnen sporen. Dit zou een begin voor de Duitse logopedie kunnen betekenen, om COPD patiënten als een nieuw doelgroep te herkennen.

Trefwoorden: COPD - cross culturele vertaling – hanteerbaarheid – COPD - assessment - communicatie problemen

Inhoudsopgave

1. Inleiding	blz. 1
--------------	--------

2. Theoretisch kader	blz. 3
----------------------	--------

- 2.1. Assessment COPD	blz. 3
- 2.2 Cross-culturele vertalingen	blz. 6
- 2.3 Nederland in vergelijking met Duitsland	blz. 7
o 2.3.1 Gezondheidszorgsysteem Nederland en Duitsland	
o 2.3.2 COPD en logopedie in Nederland	
o 2.3.3 Situatie Nederland en Duitsland	
- 2.4 Ziektebeeld COPD	blz. 10
o 2.4.1 Definitie COPD	
o 2.4.2 Symptomen	
o 2.4.3 Oorzaken en risicofactoren	
o 2.4.4 Comorbiditeit	
o 2.4.5 Prevalentie	
- 2.5 Diagnostiek COPD	blz. 16
o 2.5.1 Diagnosestelling COPD	
o 2.5.2 Differentiaaldiagnose COPD	
- 2.6 Behandeling	blz. 19
o 2.6.1 Primaire preventie	
o 2.6.2 Rookontwenning	
o 2.6.3 Voedingsinterventies	
o 2.6.4 Fysiotherapie	
o 2.6.5 Logopedie	
o 2.6.6 Medicamenteuze behandeling	
• 2.6.6.1 Bronchodilatoren	
• 2.6.6.2 Corticosteroïden	
• 2.6.6.3 Zuurstofbehandeling	

3. Methode	blz. 23
- 3.1 Vraagstellingen	blz. 23
- 3.2 Onderzoeksdesign	blz. 24
- 3.3 Werving en selectie	blz. 25
o 3.3.1 Onderzoekspopulatie & werving deelnemers vertalingsprocedure	
o 3.3.2 Onderzoekspopulatie & werving deelnemers hanteerbaarheidsstudie	
o 3.3.3 Inclusiecriteria en exclusiecriteria	
- 3.4. Meetprotocol	blz. 27
o 3.4.1 Vertalingsprocedure	
• 3.4.1.1 Terugvertalingsprocedure	
o 3.4.2 Hanteerbaarheidsonderzoek	
- 3.5 Dataverwerking	blz. 29
o 3.5.1 Datapreperatie	
o 3.5.2 Data-invoer en controle	
o 3.5.3 Data analyse	
4. Resultaten	blz. 31
- 4.1 Respons vertalingsprocedure	blz. 31
o 4.1.1 Resultaten vertalingsprocedure	
- 4.2 Respons hanteerbaarheidsonderzoek	blz. 33
o 4.2.1 Resultaten hanteerbaarheidsonderzoek	

5. Discussie	blz. 41
--------------	---------

- 5.1 Belangrijkste resultaten blz. 41
- 5.2 Interne validiteit blz. 42
- 5.3 Externe validiteit blz. 43
- 5.4 Implicaties blz. 46
 - o 5.4.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek
 - o 5.4.2 Aanbevelingen voor de praktijk
- 5.5 Conclusie blz. 47
 - o 5.5.1 Take home message

Literatuur	blz. 49
------------	---------

Bijlagen	blz. 54
----------	---------

1. Vertaalde versie ‘Assessment Logopedie bij COPD’
2. Vernieuwde versie van het vertaalde ‘Assessment Logopedie bij COPD’
3. Richtlijn voor de afname van het Assessment COPD
4. Benaderingen populaties voor het hanteerbaarheidsonderzoek
5. Informatiebrieven voor artsen, logopedisten en COPD patiënten
6. Vragenlijst voor logopedisten
7. Vragenlijst voor de beoordelaars

1. Inleiding

Het aantal mensen, met COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) in Duitsland wordt geschat op 6,8 miljoen (COPD – Deutschland. ev, 2006; Lingemann, 2015). Dit aantal patiënten blijft, onder andere door de vergrijzing, toe nemen (Lingemann, 2015). Daarnaast wordt verwacht dat COPD in 2020 in de top 3 zal staan van de meest voorkomende doodsoorzaken wereldwijd (LAN, 2010; Worth et al., 2002). De vraag na (para)medische zorg hierbij zal dan ook in de toekomst blijven stijgen. (Jeurissen, 2014).

COPD is de verzamelnaam voor een aantal chronische aandoeningen van de luchtwegen (NVLF, 2009). Hierbij gaat het meestal om chronisch bronchitis en emfyseem (Chavannes, 2011; Pensioen, 2010; Worth et al., 2002). De meest belemmerende klachten voor de patiënten zijn vooral kortademigheid en chronisch hoesten (Decramer et al., 2014; van Schayck & Wesseling, 2010; Worth et al., 2002).

Het respiratoire systeem, wat juist bij COPD patiënten beschadigt raakt, valt onder ander binnen het vakgebied van een logopedist. Naast kortademigheid en chronisch hoesten kunnen COPD patiënten vaak ook symptomen zoals verminderde spierkracht van de ademhalingspijpen, spraakproblemen en eventueel later ook slikproblemen vertonen. (Jeurissen, 2014; NVLF, 2010). De logopedische begeleiding richt zich volgens de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) op het kunnen toepassen van zo adequaat mogelijke adem-, stem-, spreek-, hoest- en sliktechnieken in het dagelijks leven, welke invloed hebben op de kwaliteit van het leven van de COPD patiënt (NVLF, 2010). Dus vandaar, dat er COPD patiënten in Nederland in toenemende mate ook worden behandeld door logopedisten. Dit is echter in andere landen binnen West-Europa nog niet het geval. Nederland is dus de voorloper in de West-Europese landen wat betreft de behandeling van COPD patiënten (EFA, 2012).

Logopedisten in Duitsland werken nog niet met mensen die met COPD zijn gediagnostiseerd. Disciplines, die zich in Duitsland voornamelijk met het zorgproces van COPD patiënten bezig houden zijn: huisartsen, longartsen/ - chirurgen, fysiotherapeuten en voedingsdeskundigen. Het is nog niet bekend, dat COPD patiënten ook door logopedisten therapeutisch kunnen worden begeleid. Nochtans is het ook nog niet bekend hoeveel COPD patiënten ook problemen op het gebied van communicatie vertonen, noch bestaan er Duitstalige meetinstrumenten om dit te inventariseren. De vraag is dan ook of Duitse logopedisten een belangrijk kans missen in het zorgproces rondom de COPD patiënt en of Nederland een voorbeeldfunctie zal kunnen hebben voor Duitsland?

Om hier meer zicht op te krijgen is in deze thesis een start gemaakt met creëren van voorwaarden voor het inbedden van COPD in logopedie in Duitsland. Het doel was dan ook om een Nederlandse assessment, m.b.v een cross – culturele vertaling, naar het Duits te vertalen. Het assessment COPD werd door Proteion, een Nederlandse zorginstelling, ontwikkeld en dient ter inventarisatie van communicatieproblemen bij COPD patiënten. Het assessment COPD is gebaseerd op de borgschalen en kennis vanuit de fysiotherapie en werd enkele keren bijgesteld ten behoeve van praktische hanteerbaarheid voor Nederlandse patiënten in een verpleeghuissetting. Naast de cross – culturele vertalingsprocedure werd de hanteerbaarheid van de vertaalde versie aan een steekproef Duitse COPD patiënten getest.

Hiertoe zijn volgende vraagstellingen geformuleerd:

1. In welke mate is de vertaalde versie van het ‘Assessment Logopedie bij COPD’ een representatieve weergave van de originele versie?
2. Wat is de mate van hanteerbaarheid van een vertaalde versie van het ‘Assessment Logopedie bij COPD’?
3. In welke mate komen communicatieproblemen voor naar aanleiding van het ‘Assessment Logopedie bij COPD’?

M.b.v deze thesis werd gepoogd om een meetinstrument uit Nederland geschikt te maken voor het opsporen van communicatieproblemen bij Duitse COPD patiënten. Er zal hiermee een bijdrage worden geleverd om Duitse logopedisten attent te maken, op deze nieuwe doelgroep die in aanmerking komt voor logopedische interventies.

In deze thesis wordt het assessment COPD, de procedure van cross – culturele vertaling en het ziektebeeld COPD door middel van het theoretisch kader nader omschreven. Ook de verschillen tussen het Nederlandse en Duitse gezondheidszorgsysteem worden in het theoretisch achtergrond genoemd en er wordt ingegaan op de rol van de logopedist binnen het zorgproces bij COPD patiënten. Vervolgens wordt in de methode beschreven hoe het onderzoek is opgezet en welke vraagstellingen hier ten grondslag liggen. Het hoofdstuk resultaten toont de bevindingen hiervan. Tenslotte worden resultaten, relaties, uitvoering van het onderzoek en andere aspecten binnen de discussie kritisch beschouwd, voordat een conclusie wordt getrokken en implicaties voor de toekomst worden geformuleerd.

2. Theoretische achtergrond

Om meer bekendheid aan logopedie en COPD in Duitsland te geven is het inzichtelijk maken van logopedische problemen bij COPD wenselijk. Vandaar dat het geschikt maken van een (bestaand Nederlandstalig) assessment voor COPD een eerste stap in de juiste richting is. Echter dient dit op systematische wijze te gebeuren en hiervoor dient diverse achtergrondinformatie te worden geïntegreerd. Zo zijn voor het vertalen van meetinstrumenten verschillende richtlijnen beschikbaar. Het doel en de vorm van het te vertalen instrument geven richting aan de te volgen procedure. In deze thesis betreft het een inventariserende (zelf)evaluatie in de vorm van een vragenlijst met een performance gedeelte. Dit assessment COPD wordt in paragraaf 2.1. toegelicht en in 2.2. wordt de hierbij te hanteren vertalingsprocedure uitgelegd. Tevens is kennis over de setting waarin het assessment COPD wordt gebruikt van belang, vandaar dat verschillen in het zorgproces bij COPD patiënten in Nederland en Duitsland in paragraaf 2.3 worden weergegeven. Tenslotte dient het instrument goed aan te sluiten bij het ziektebeeld van COPD dat in paragrafen 2.4 t/m 2.6 nader wordt omschreven.

2.1. Assessment COPD

Om communicatieproblemen bij COPD patiënten in kaart te brengen, werd door ‘Proteion Thuis’ het ‘Assessment Logopedie bij COPD’ (Vossen, 2007) ontwikkeld. Dit assessment is gebaseerd op de borgschaal, een model uit de fysiotherapie (Borg, 1982). Voor de praktische hanteerbaarheid op logopedisch gebied is het enkele keren bijgesteld op basis van ervaringen met het assesment COPD van de daar werkzame logopedisten.

Het assesment COPD bestaat uit acht onderdelen (zie figuur 2.1). Het eerste twee delen vragen naar algemene informatie zoals naam, geboortedatum en woonplaats en anamnestiche gegevens als het ziekteverloop, de rookgeschiedenis, gehoor en/of visusproblemen en eerdere logopedische behandelingen. Het doel hiervan is om risicofactoren en symptomen van COPD in kaart te brengen.

In deel drie t/m zes wordt naar een zelfevaluatie van de patiënt gevraagd. De ademing in rust, spanning en inspanning wordt m.b.v de borgschaal in geschat, evenals de spreekademing en mogelijke stemproblemen. Daarnaast worden vragen gesteld op activiteiten- en participatie niveau, over het spreken en de stemgebruik en wordt naar beïnvloedende factoren, zoals het gebruik van medicatie, gevraagd. Onder het kopje ‘eten en drinken’ worden mogelijke slikproblemen achterhaald en ook hier dient de patiënt zijn kortademigheid tijdens het eten/

drinken zelf in te schatten. Deel zeven bestaat uit een performance gedeelte waarbij de patiënt een korte tekst voorleest. De ademing, houding en leestempo tijdens het lezen wordt dan door een logopedist/onderzoeker beoordeeld. In het laatste deel wordt door de onderzoeker een korte conclusie getrokken, waarin samengevat wordt of en welke communicatieproblemen bij de patiënt aanwezig zijn. Vanuit deze conclusie kan de onderzoeker een behandeladvies aan de patiënt geven.



ASSESSMENT LOGOPEDIE BIJ COPD

PERSONALIA

Naam _____ man / vrouw
 Geb.datum/-plaats _____
 Woonplaats _____
 Beroep _____
 Hobby's _____

ANAMNESE

Ziekteverloop:

Gehoor/visus:

Roken:

Zuurstofgebruik:

Overig:

Logopedische behandeling in verleden:	Ja	Nee
---------------------------------------	----	-----

ADEMHALING

BS rust	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BS spanning	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BS inspanning	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wanneer heeft u last van kortademigheid (bv. vochtig weer, geuren, bepaalde bewegingen)?

Wat doet u bij kortademigheid?

Heeft u last van paniekaanvallen / hyperventilatie?

SPREKEN												
Bent u kortademig tijdens het spreken?												
Spreekt u minder als vroeger, zo ja: waarom?												
KA spreken	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
STEM												
Heeft u last van uw stem (bv. heesheid, veranderde stem)?												
Stemproblemen	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Medicatie												
Inhaleren (puffers):												
Spoelen (infecties, heesheid):												
Droge mond (flesje water, snoepje, oral balance mondgel):												
ETEN EN DRINKEN												
Heeft u problemen met kauwen of slikken, last van reflux of aërofagie?												
Slikproblemen	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KA eten/drinken	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eetobservatie												
Lezen tekst												
BS voor	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BS tijdens	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BS na	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Houding:												
Leestempo:												
Ademtechniek:												
Adempauzes:												
CONCLUSIE												

Behandeling spreekademhaling:	ja / nee
Adviezen kortademigheid en spreekademhaling:	ja / nee
Adviezen eten en drinken/aërofagie:	ja / nee
Stappenplan paniekmomenten:	ja / nee

Figuur 2.1: 'Assessment logopedie bij COPD' (Vossen, 2007)

2.2 Cross-culturele vertalingen

Daar in Duitsland nog geen meetinstrument beschikbaar is wat met het assessment COPD vergelijkbaar is, is besloten het assessment COPD naar het Duits te vertalen.

Het belang van het vertalen van meetinstrumenten is in de laatste jaren gestegen. Veel instrumenten en vragenlijsten voor de gezondheidszorg worden gebruikt zijn Engelstalig, maar ter bevordering van het evidence-based en uniform handelen binnen beroepsgroepen is het wenselijk als deze ook in de eigen taal beschikbaar zijn (Beaton, 2000; Bogaardt et al., 2008; Bullinger, 1998; Guillemin, 1993).

Cross-culturele aanpassingen van een meetinstrumenten voor de gezondheidszorg dient volgens een specifieke methode te gebeuren. Dit om de gelijkwaardigheid van de originele en de vertaalde versie te waarborgen (Beaton, 2000; Bullinger, 1998). De items van bijvoorbeeld een meetinstrument of vragenlijst dienen niet alleen naar de andere taal te worden vertaald, maar moeten ook aan de cultuur en het gezondheidszorgsysteem van het andere land worden aangepast (Beaton, 2000; Bullinger, 1998).

Hiertoe werd er door Guillemin et al. (1993) reeds een richtlijn opgesteld, welke nog steeds de meest erkende procedure is. Deze richtlijn beschrijft de stappen die bij een vertalingsprocedure dienen te worden uitgevoerd (Guillemin, 1993). Het doel hiervan is het bereiken van zo veel mogelijk gelijkwaardigheid tussen de bron en de vertaalde versie (Beaton, 2000). Het meetinstrument wordt eerst door minstens twee vertalers naar de doel taal vertaald. In een tweede stap worden de vertaalde versies met elkaar vergeleken en er wordt een voorlopige versie gemaakt. Deze versie wordt vervolgens terug naar de originele taal vertaald. Het doel van deze terugvertaling is de validiteit te controleren en na te gaan dat de inhoud van de vertaalde versie met die van de originele versie overeenkomt (Beaton, 2000; Guillemin, 1993).

2.3 Nederland in vergelijking met Duitsland

In de volgende drie paragrafen worden de verschillen tussen Nederland en Duitsland m.b.t de gezondheidszorgsystemen en de logopedische behandeling van COPD patiënten beschreven.

2.3.1 Gezondheidszorgsysteem Nederland en Duitsland

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is gereformeerd in het jaar 2006 (Gerlinger & Reiter, 2014). De wettelijke verzekeringen zijn getransformeerd in privaat – wettelijke organisaties (Gerlinger & Reiter, 2014). Er is dus geen verschil meer tussen private en wettelijke verzekeringen zoals het in Duitsland nog steeds het geval is (eu- Patienten.de, 2014).

In Nederland ligt de verantwoordelijkheid voor de landelijke gezondheidspolitiek bij de regering. Planning, organisatie, financiering en ook de verdeling van concessies wordt door de regering besloten (Grunenberg, 2003). In Duitsland heeft ieder bondsland een eigen gezondheidszorgsysteem. Door de staat zijn bepaalde wetten vastgelegd die ieder bondsland moet volgen, maar organisatie en kosten voor de behandeling in ziekenhuizen, revalidatiecentra, praktijken enz. ligt in de verantwoordelijkheid van ieder bondsland zelf (Bundesministerium für Gesundheit, 2014).

Voor de logopedie is er ook een verschil tussen Nederland en Duitsland m.b.t. de toegankelijkheid. Zo kunnen patiënten in Nederland in sommige gevallen direct naar een logopedist gaan, zonder de arts van tevoren te consulteren (NVLF, 2011). In Duitsland heeft men nog steeds een doorverwijzing voor logopedische behandeling nodig (dbl, 2013). De behandelduur van een sessie varieert zowel in Nederland, als ook in Duitsland tussen 30 en 60 minuten (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011; logopedie.nl, 2009). Echter wordt in Nederland gewoonlijk een duur van 30 minuten (logopedie.nl, 2009) en in Duitsland een duur van 45 minuten gehanteerd.

M.b.t. COPD en de interventies van de eerstelijns verzorger zijn er geen grote verschillen tussen Nederland en Duitsland te herkennen. De diagnostiek en eerste voorlichting gebeurt door de huisarts, of een longarts en er worden vergelijkbare interventies gehandhaafd (LAN, 2010, Worth et al., 2002).

Alleen in de tweedelijns zorg zijn recent verschillende bewegingen te herkennen. Zo doet de Nederlandse logopedie een poging om naast fysiotherapeuten, diëtisten en ontspanningstherapeuten in het beleid van COPD patiënten geïntegreerd te worden (NVLF, 2010). Binnen de Duitse logopedie daarentegen is deze beweging nog niet te herkennen.

2.3.2 COPD en logopedie in Nederland

COPD is een aandoening, die meestal progressief is en waarbij de chronisch persisterende expiratoire luchtwegobstructie niet volledig reversibel is (Chavannes, 2013; Decramer et al., 2014; Gosselink et al., 2008; LAN, 2010; Worth et al., 2002; Pensioen 2010; van Schayck & Wesseling, 2010) (zie ook paragraaf 2.4). Wel zijn er preventieve maatregelen voor COPD en er zijn ook manieren om COPD te behandelen (zie paragraaf 2.6). Recent zijn logopedisten begonnen om COPD patiënten in hun zorgproces te integreren. (Jeurissen, 2014). Deze behandelen COPD patiënten vooral op het vlak van ademhaling, houding en stem of later ook vanwege slikproblemen. Logopedie kan als doel hebben COPD patiënten in eerste lijn aan te leren hoe om te gaan met hun longinhoud (NVLF, 2009). Hiervoor gaan ze proberen om de patiënten een economisch gebruik van hun longfuncties aan te leren door een goede ademverdeling en adequaat adem-stem koppeling. (NVLF, 2009; Jeurissen, 2014). Verder is het van belang om oefeningen voor ontspanning en houding te bespreken met de patiënt vanwege de kortademigheid en spanning (NVLF, 2009). Bij deze mag de multidisciplinaire communicatie met fysio- en/of ontspanningstherapeuten en diëtisten niet vergeten worden (NVLF, 2010; LAN, 2010). Ook het trainen van de articulatie en het geven van communicatieadviezen kan naast het stemtraining een goed hulpmiddel zijn voor COPD patiënten m.b.t. het spreken (NVLF, 2010). Als COPD patiënten, volgens de GOLD criteria (zie figuur 2.5), in een ver gevorderd stadium zitten bestaat de kans om slikproblemen te ontwikkelen. Ook op dit vlak kan de logopedist een bijdrage leveren aan het zorgproces door middel van onderzoek, behandeling, begeleiding en door adviezen te geven (NVLF, 2010)

COPD wordt ingedeeld op basis van de ernst van de aandoening. Dit gebeurt op basis van de uitkomst van de FEV₁/ FVC (Forced Expired Volume in one second/ Forced Vital Capacity) ratio. Volgens de criteria van GOLD zijn er vier stadia te onderscheiden: GOLD 1 = mild, GOLD 2 = moderaat, GOLD 3 = ernstig, GOLD 4 = heel ernstig (Chavannes, 2013; Vestbo et al., 2013; Pensioen, 2010) (zie figuur 2.5).

Voor de ketenzorg is er een schema gemaakt, dat per fase beschrijft vanaf wanneer ook paramedici binnen het zorgproces van COPD patiënten een rol kunnen spelen (zie figuur 2.2).

Tabel 1: overzicht GOLD indeling en plaats in ketenzorg COPD

Gold I (licht COPD)	De maximale hoeveelheid uitgeademde lucht is meer dan 80% van de voorspelde waarde. Deze patiënten hebben vaak nog geen klachten en zijn vaak nog niet bekend in de zorg.
Gold II (matig COPD)	De maximale hoeveelheid uitgeademde lucht ligt tussen de 50-80% van de voorspelde waarde Deze patiënten worden vaak gezien door de huisarts voor vroegtijdige diagnostiek en eventuele (vroeg)behandeling.
Gold III (ernstig COPD)	De maximale hoeveelheid uitgeademde lucht ligt tussen de 30-50% van de voorspelde waarde Veel van deze patiënten hebben een revalidatieprogramma doorlopen. Indien de patiënt stabiel is, wordt deze verder begeleid door de huisarts en eventueel eerstelijns paramedici. De patiënt kan ook verblijven in een verpleeghuis.
Gold IV (zeer ernstig COPD)	De maximale hoeveelheid uitgeademde lucht is 30% of minder van de voorspelde waarde. Veel van deze patiënten hebben een revalidatieprogramma doorlopen. Indien de patiënt stabiel is, wordt deze verder begeleid door de huisarts en eventueel eerstelijns paramedici. De patiënt kan ook verblijven in een verpleeghuis.

Figuur 2.2: Overzicht GOLD criteria en patiëntenzorg COPD (NVLF, 2010)

Logopedie kan dus voor patiënten in fase GOLD III en GOLD IV voor revalidatiezorg in aanmerking komen (NVLF, 2010). Met het oog op preventieve zorg zal men ook al vanaf fase GOLD II een logopedist kunnen inschakelen, met name als het gaat om beroepssprekers (NVLF, 2010).

2.3.3 Situatie Nederland en Duitsland

Zoals ook al in de inleiding is vermeld, is er een onderscheid tussen het zorgmanagement rondom COPD patiënten in bepaalde landen (EFA, 2012). Dit geldt ook voor de bekendheid van de behandeling van COPD patiënten door logopedisten. Zo is in Nederland een begin gemaakt om COPD patiënten ook door logopedisten te laten behandelen (NVLF, 2010). In Duitsland bijvoorbeeld zijn de interventiemogelijkheden voor deze patiënten op logopedisch gebied nog helemaal onbekend.

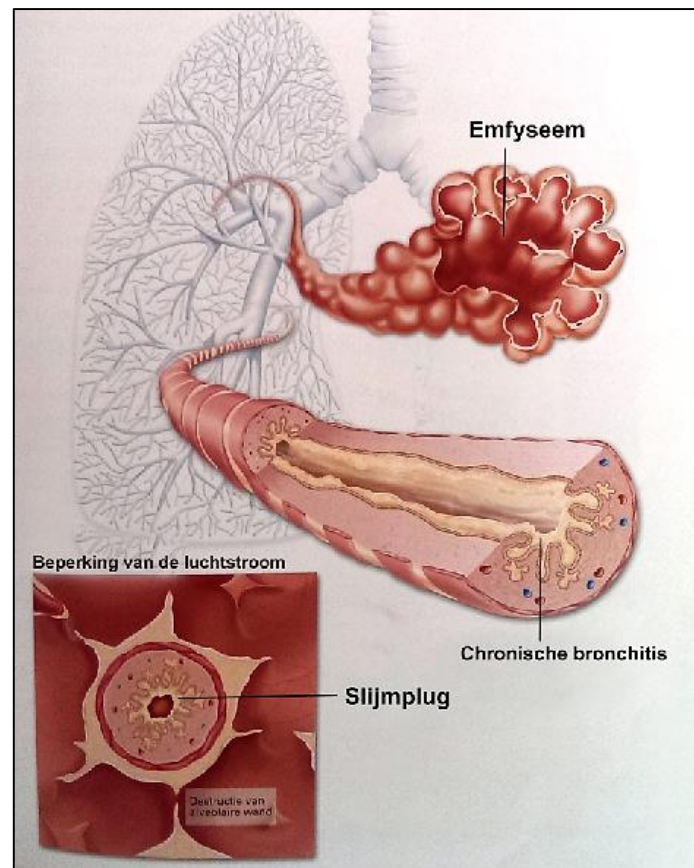
Dit zou voor het hele zorgsysteem in Duitsland een aanleiding zijn om juist de situatie in Nederland te herkennen als voorbeeld wat betreft het zorgproces rondom COPD patiënten. Vooral voor de logopedisten betekent dit een nieuwe kans om hun eigen beroep te profileren. Voor de patiënten betekent dit een keuze uit meerdere therapeutische opties en een verbetering van het zorgproces en zorgtoegang in het algemeen. Een toename van bewustwording van interventiemogelijkheden binnen het zorgmanagement van COPD patiënten in relatie tot communicatieproblemen is dan ook voor Duitsland wenselijk.

2.4 Ziektebeeld COPD

In de volgende paragrafen wordt het ziektebeeld COPD nader beschreven. Er wordt een definitie van het ziektebeeld gegeven en er worden symptomen en comorbiditeiten van COPD uitgelegd. Verder wordt de prevalentie weergegeven en er worden de diagnosestelling en de behandelmogelijkheden van COPD beschreven.

2.4.1 Definitie COPD

COPD is een aandoening waar men last heeft van een beperking van de luchtstroom (Ponsioen, 2010; van Schayck & Wesseling, 2010). Deze beperking verloopt meestal progressief en wordt geassocieerd met een verhoogde chronische ontstekingsrespons in de luchtwegen en de longen op schadelijke/giftige partikels of gassen (Decramer et al., 2014; Ponsioen, 2010; van Schayck & Wesseling, 2010). Het chronische luchtstroomtekort, wat karakteristiek is bij COPD, ontstaat uit een mix van de vernauwing van de luchtwegen (obstructieve bronchitis) en/ of een parenchymale destructie, ook emfyseem genoemd (Chavannes, 2013; Vestbo et al., 2013) (zie figuur 2.3). De chronische ontstekingen veroorzaken een structurele verandering en een vernauwing van de kleine luchtwegen. Dit leidt samen met een parenchymale destructie van de longen tot het verlies van de vaardigheid, dat de longen tijdens expiratie kunnen blijven openen (Vestbo et al., 2013).



Figuur 2.3: Afbeelding van emfyseem en chronische brochitis (Léproi, 2008)

2.4.2 Symptomen

De symptomen van COPD zijn gevolg van een verstoord pulmonaal luchtstroom, die vooral terug te voeren is op een obstructie van de uitademing (Kojda, 2005). Naast de chronische vernauwing van de luchtwegen is er meestal sprake van een toename aan slijmproductie, een cellulair ontstekingsinfiltraat en het aanzwellen van het slijmvlies (Chavannes, 2011; Pensioen, 2010). Vaak zijn deze afwijkingen ongelijk over de longen verdeeld (Chavannes, 2011; Pensioen, 2010).

Hoofdsymptomen van COPD zijn:

- Chronisch en progressief dyspneu
- Chronisch hoesten
- Chronische hypersecretie van sputum/ slijmproductie

(Decramer et al., 2014; van Schayck & Wesseling, 2010; Worth et al., 2002)

Klachten zoals ademtekort en hoesten kunnen heel geleidelijk bij patiënten met COPD ontstaan (Chavannes, 2013; Coene, 2013; van Schayck & Wesseling, 2010). Zo is er de mogelijkheid, dat aan het begin van het ziekteproces maar weinig symptomen door de patiënt worden opgemerkt, of alleen maar vermoeidheid en verminderd prestatievermogen wordt vermeld (Chavannes, 2011; van Schayck & Wesseling, 2010). Verder is het mogelijk, dat chronisch hoesten al dan niet met de productie van sputum een factor kan zijn, die jarenlang aan de luchtstroom tekort kan vooraf gaan (Pensioen, 2010; van Schayck & Wesseling, 2010; Vestbo et al., 2013).

Andere symptomen of klachten, die onspecifiek zijn voor COPD, maar toch kunnen optreden zijn: chronische benauwdheid, moeheid, (spier)krachtverlies en frequente ontstekingen (Coene, 2013; van Schayck & Wesseling, 2010).

Ook exacerbaties spelen een rol bij het ziektebeeld COPD. Een exacerbatie is een periode, waarin de patiënt een plotselinge toename van de klachten, zoals hoesten en benauwdheid, ervaart. Deze zijn meestal gevolg van luchtweginfecties of verkoudheden (Decramer et al., 2014; van Schayck & Wesseling, 2010).

Bij de ernstige vorm van COPD, volgens GOLD (zie figuur 2.5), kan naast de hoofdsymptomen en de vrij algemene symptomen ook sprake zijn van gewichtsverlies, pulmonale hypertonie en hartinsufficiëntie (Kojda, 2005; Pensioen, 2010) of ook van psychosociale klachten zoals angst of depressie (Coene, 2013; van Schayck & Wesseling, 2010).

2.4.3 Oorzaken en risicofactoren

Risicofactoren voor het ontstaan van COPD bevatten meestal een interactie van persoonlijke factoren, zoals bijvoorbeeld de genetische aanleg en/ of omgevingsfactoren, zoals roken of schadelijke partikels in de inademplucht (Romain, 2001; Pensioen, 2010).

Het roken van sigaretten staat bekend als de grootste risicofactor voor het ontstaan van COPD in de westerse wereld (Chavannes, 2013; Coene, 2013; van Schayck & Wesseling, 2010). Maar het is niet gezegd, dat niet rokende mensen niet ook COPD kunnen ontwikkelen (Chavannes, 2013; van Schayck & Wesseling, 2010). Ook passieve rokers hebben een verhoogd risico voor het ontwikkelen van COPD (Decramer et al., 2014; Vestbo et al., 2013; Pensioen, 2010; van Schayck & Wesseling, 2010). Andere oorzaken zijn de verontreiniging van de atmosfeer, bijvoorbeeld op het werk of de blootstelling aan fijnstof (Chavannes, 2013; van Schayck & Wesseling, 2010). Zoals boven beschreven kan er ook sprake zijn van

genetische risicofactoren. Het meest bekende is een aangeboren mutatie van het gen alpha 1 antitrypsin (Chavannes, 2013; Decramer et al., 2014; Ponsioen, 2010; van Schayck & Wesseling, 2010).

COPD is gerelateerd aan het totaal ingeademde percentage van partikelen over het hele leven heen. Deze partikelen kunnen bijvoorbeeld worden geproduceerd tijdens:

- Roken (Bousquet, J., Khaltaev, N., 2007; Chavannes, 2011, Decramer et al., 2014; Gosselink et al., 2008; Ponsioen, 2010; van Schayck & Wesseling, 2010)
- Luchtverontreiniging (Bousquet, J., Khaltaev, N., 2007; Chavannes, 2011, Decramer et al., 2014; Ponsioen, 2010)
- Chemicaliën of dampen op het werk (Chavannes, 2011, Decramer et al., 2014; Ponsioen, 2010)
- Verontreiniging van de atmosfeer (Chavannes, 2011, Decramer et al., 2014; Ponsioen, 2010)
- Afwijkingen in anatomie en fysiologie van de luchtwegen (Ponsioen, 2010)

2.4.4 Comorbiditeit

COPD gaat vaak samen met andere aandoeningen zoals een cardiovasculaire aandoening, osteoporose, depressie en/ of angststoornissen, longkanker, ernstige infecties van vooral het respiratoire systeem, het metabolische syndroom en een gemanifesteerde diabetes (Chavannes, 2011; Decramer et al., 2014; Gosselink et al., 2008; LAN, 2010; Lingemann, J. 2015; van Schayck & Wesseling, 2010; Vestbo et al., 2013) Deze comorbiditeit wordt deels veroorzaakt door COPD zelf of door de bijwerkingen van de medicatie die er aan de patiënt worden gegeven (van Schayck & Wesseling, 2010). Hart- en vaatziekten komen vooral bij oudere patiënten met COPD vaker voor en zij zijn een van de belangrijkste doodsoorzaken bij COPD (Coene, 2013; Decramer et al., 2014; Ponsioen, 2010). Bovendien bestaat er een grote groep astmapatiënten met een rookgeschiedenis, dit kan in de praktijk tot een dubbeldiagnose leiden, namelijk astma en COPD (Chavannes, 2013) (zie paragraaf 2.5.2).

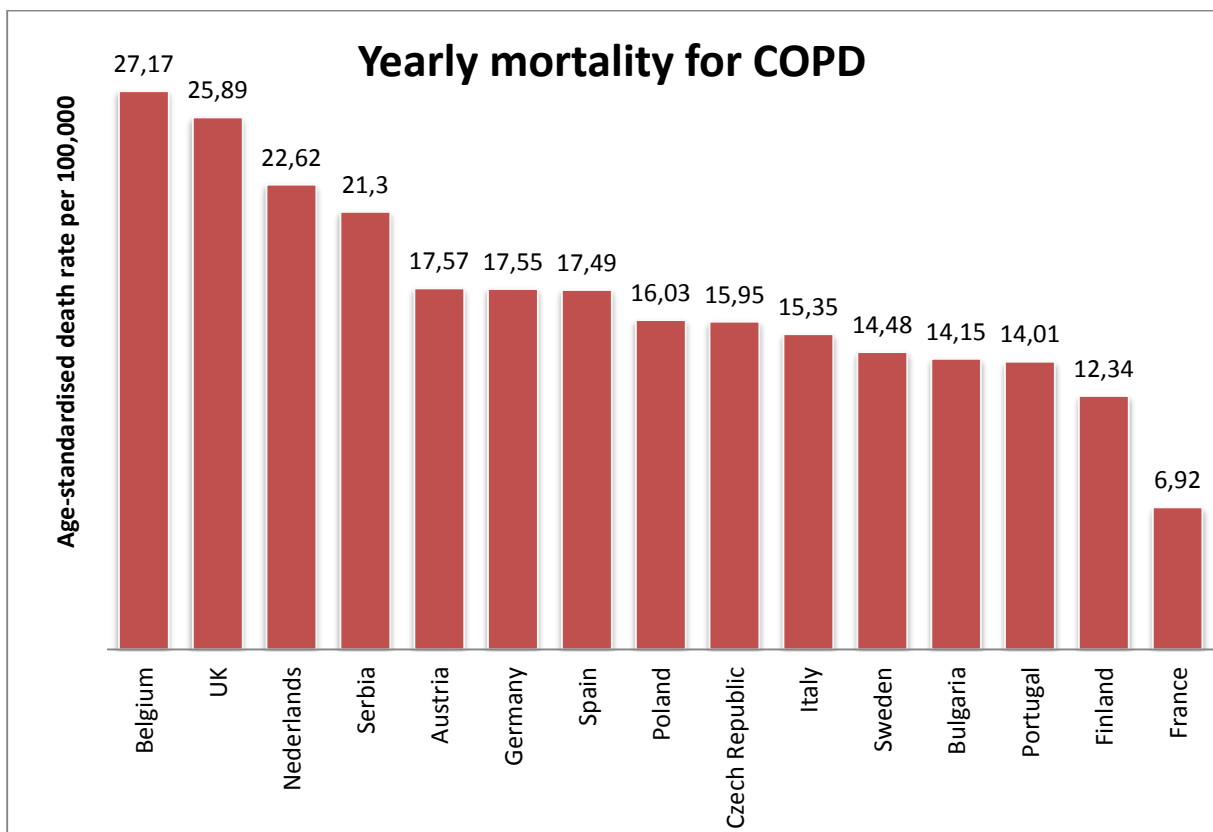
Verder komt uit gerandomiseerde studies naar voren dat ongeveer 25% van de patiënten met midden tot zware COPD een reductie van de BMI en de vetvrije massa laten zien (Worth et al., 2002). Ondervoeding wordt bij patiënten met een zware vorm van COPD vaak gezien en kan de prognose, onafhankelijk van de omvang van de obstructie negatief beïnvloeden. Het ondergewicht correleert bij COPD patiënten vaak met spierslapheid, beperkt belastbaarheid en verminderd kwaliteit van leven (Chavannes, 2013; Coene, 2013; Ponsioen, 2010; van Schayck & Wesseling, 2010; Worth et al., 2002). Verder heeft het ook als gevolg dat de

mensen gevoeliger worden voor luchtweginfecties, waardoor de klachten weer verergeren (Coene, 2013). Ook als er bij COPD patiënten sprake is van overgewicht kan dit een extra probleem voor hun vormen. Zij moeten zich meer inspannen dan andere mensen, waardoor zij sneller uit adem raken en zich benauwd voelen (Coene, 2013).

2.4.5 Prevalentie

De prevalentie, de morbiditeit en de mortaliteit voor COPD blijkt te verschillen per land en per bepaalde groepen binnen de landen (Vestbo et al., 2013).

Figuur 2.4 laat zien, dat België en Nederland op rang 1 en 3 terecht komen als men kijkt naar mortaliteit veroorzaakt door COPD per 100.000. Duitsland ligt volgens de EFA op plaats 6. Misschien is dit de reden waarom Nederland voorloopt op de andere landen in Europa wat betreft de zorg van COPD patiënten.



Figuur 2.4: Jaarlijkse mortaliteit voor COPD per 100.000 (EFA, 2012)

Prevalentiecijfers laten zien, dat in 2007 ongeveer 276.100 mensen (1,69%) van de Nederlandse bevolking COPD hadden (Jeurissen, 2014) en in Duitsland waren er in 2007 rond 6,8 miljoen (8,27%) COPD patiënten (Lingemann, J. 2015).

Volgens de WHO zijn er in 2004 wereldwijd rond 64 miljoen mensen met COPD geweest (WHO, 2015). In 2005 zijn 3 miljoen (mortaliteit: 5%) mensen overleden aan COPD (WHO, 2015). Voor 2012 is de mortaliteit volgens de WHO al bij 6% (WHO, 2015). Er zijn aanwijzingen, dat bijna 90% van de aan de gevolgen van COPD gestorven mensen uit lagere en midden-inkomens landen komen (WHO, 2015).

Binnen Europa hebben 5% - 10% van de bevolking boven de veertig jaar COPD (EFA, 2012) en de prevalentie lijkt te blijven stijgen (LAN, 2010), als gevolg van de vergrijzing van de bevolking (Gosselink et al., 2008). Zo is ook in Nederland het aantal COPD patiënten gestegen van 276.100 in 2007 op ruim 361.800 in 2011 (Jeurissen, 2014) en ook in Duitsland neemt het aantal toe (Lingemann, J. 2015). Zo is geschat, dat COPD in 2020 wereldwijd de vijf meest voorkomende ziekte zal zijn (Vestbo et al., 2013; Worth et al., 2002). Daarnaast zal COPD in 2020 op rang drie terecht komen als het gaat om de meest optredende doodsoorzaken wereldwijd (LAN, 2010; Worth et al., 2002). Op lange termijn zal dit dus betekenen, dat een grotere groep mensen met COPD een beroep gat doen op de gezondheidszorg (Jeurissen, 2014). Daarom zou het voor de ketenzorg een steun zijn, als COPD patiënten ook bij de logopedisten voor therapeutische begeleiding terecht kunnen komen. Dit geldt niet alleen maar voor Duitsland en Nederland, maar ook voor andere landen binnen Europa.

2.5 Diagnostiek COPD

De diagnose COPD die van belang is om reeds genoemde prevalentiecijfers te beschrijven wordt zowel in Nederland als Duitsland aan de hand van een aantal criteria gesteld.

2.5.1 Diagnosestelling COPD

Om de diagnose COPD te kunnen stellen dient de patiënt ouder te zijn dan 40 jaar en last hebben van dyspnoe, chronisch hoesten en een geschiedenis van roken hebben en/of zijn blootgesteld aan schadelijke stoffen (Celli et al., 2004; Chavannes, 2011; Coene, 2013; Decramer et al., 2014). Deze indicatoren geven een aanleiding voor spirometrisch onderzoek waarvan met de uitkomst de uiteindelijke diagnose COPD kan worden gesteld (Chavannes, 2011; Chavannes, 2013; Coene, 2013; Decramer et al., 2014; van Schayck & Wesseling, 2010). Met spirometrie kan de graad van luchtwegobstructie worden bepaald en het is een vereiste om de klinische diagnose COPD te mogen stellen (Celli et al., 2004; Chavannes, 2013; Coene, 2013; Decramer et al., 2014; Kojda, 2005).

Een $FEV_1/FVC < 0.70$ bevestigt de aanwezigheid van COPD (Chavannes, 2013; Chavannes, 2011; Coene, 2013; Ponsioen, 2010). Spirometrie metingen om de diagnose COPD te kunnen stellen brengen de FVC, de FEV_1 en de FEV_1/FVC in kaart (Coene, 2013; Kojda, 2005; Decramer et al., 2014; van Schayck & Wesseling, 2010).

De FVC is het maximale volume lucht wat een persoon uit kan ademen tijdens een gedwongen situatie (Decramer et al., 2014). Het maximale volumen lucht wat kan worden uitgeademd in de eerste seconde na een maximale inademing is de FEV_1 (Coene, 2013; Decramer et al., 2014). De FEV_1 wordt beïnvloed door leeftijd, geslacht, lengte en etniciteit. De waarde van de FEV_1 is bij aandoeningen verlaagd, bij welke de weerstand voor de luchtstroom verhoogd is (Lépori, 2008; van Schayck & Wesseling, 2010). Het uitdrukken van de FEV_1 als een aandeel van de FVC (FEV_1/FVC) resulteert in een index voor de luchtwegobstructie (Chavannes, 2013; Decramer et al., 2014).

Bij gezonde volwassenen is de FEV_1/FVC waarde tussen 0.70 en 0.80. Een waarde < 0.70 is een indicator voor luchtwegobstructie en dus voor COPD (Decramer et al., 2014; Lépori, 2008). Om het beloop van de aandoening in beeld te brengen is het volgen van de FEV_1 zinvol (Chavannes, 2011).

De uitkomsten van de FEV_1/FVC ratio zijn belangrijk om COPD te kunnen classificeren. Volgens de handleiding van de GOLD criteria zijn de volgende vier stadia te onderscheiden:

Table 3. Classification of Severity of Airflow Limitation in COPD (Based on Post-Bronchodilator FEV ₁)		
In patients with FEV ₁ /FVC < 0.70:		
GOLD 1:	Mild	FEV ₁ ≥ 80% predicted
GOLD 2:	Moderate	50% ≤ FEV ₁ < 80% predicted
GOLD 3:	Severe	30% ≤ FEV ₁ < 50% predicted
GOLD 4:	Very Severe	FEV ₁ < 30% predicted

Figuur 2.5: Classificatie COPD (Decramer et al., 2014)

Om de symptomen van COPD te beoordelen worden valide vragenlijsten zoals het COPD Assessment Test (CAT) of de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) aanbevolen (Chavannes, 2011; Decramer et al., 2014).

De CCQ wordt in Nederland steeds vaker voor het meten van de health status gebruikt (Chavannes, 2011; Gosselink et al., 2008). Deze vragenlijst bestaat uit onderdelen, die informatie over symptomen, functionele toestand en emoties geven (Gosselink et al., 2008). Dit dient als belangrijke achtergrondinformatie voor het opstellen van een behandelplan (Chavannes, 2011; Gosselink et al., 2008). De tien vragen in de CCQ worden gescoord van 0 tot 6, met 0 als beste waarde. De antwoorden worden op geteld en door tien gedeeld, wat resulteert in een waarde tussen 0 en 6 (Chavannes, 2011; Gosselink et al., 2008). Een frequent exacerberende patiënt met een ernstige vorm van COPD heeft een CCQ van 3-4 en een patiënt met stabiel mild vorm van COPD heeft een CCQ van < 1-2 (Chavannes, 2011). De CCQ is een gevalideerde en betrouwbare vragenlijst, met een hoge mate aan responsiviteit (Elsendoorn, 2011; Kocks et al., 2010; van der Molen et al., 2003).

/Vink het nummer aan dat het beste beschrijft hoe u zich de afgelopen week heeft gevoeld. (Slechts één antwoord per vraag)							
Hoe vaak voelde u zich in de afgelopen week ...	nooit	zelden	af en toe	regelmatig	heel vaak	meestal	altijd
1. kortademig in rust	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. kortademig gedurende lichamelijke inspanning?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. angstig/bezorgd voor de volgende benauwdheidsaanval?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. neerslachtig vanwege uw ademhalingsproblemen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In de afgelopen week, hoe vaak heeft u ...	nooit	zelden	af en toe	regelmatig	heel vaak	meestal	altijd
5. gehoest?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. slijm opgehoest?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In welke mate voelde u zich in de afgelopen week beperkt door uw ademhalingsproblemen bij het uitvoeren van ...	helemaal niet beperkt	heel weinig beperkt	een beetje beperkt	tamelijk beperkt	erg beperkt	heel erg beperkt	volledig beperkt / of niet mogelijk
7. zware lichamelijke activiteiten (traplopen, haasten, sporten)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. matige lichamelijke activiteiten (wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. dagelijkse activiteiten (u zelf aankleden, wassen)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. sociale activiteiten (praten, omgaan met kinderen, vrienden/familie bezoeken)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Figuur 2.6: Clinical COPD Questionnaire (CCQ) (Chavannes, 2011; Gosselink et al., 2008)

2.5.2 Differentiaaldiagnose COPD

COPD dient van een aantal ziektebeelden te worden onderscheiden. Hierbij is het belangrijkste ziektebeeld astma (Chavannes, 2013; Decramer et al., 2014; Kojda, 2005; Lépori, 2008; Rabe, 2014; van Schayck & Wesseling, 2010). Een onderscheid tussen COPD en astma is, dat astma meestal op kinderleeftijd ontstaat en dat de symptomen variëren. COPD komt alleen bij volwassenen voor en de symptomen gaan langzaam progressief achteruit. Bij COPD is in 90% van de gevallen sprake van een rook geschiedenis of een blootstelling aan andere vormen van gassen, terwijl bij astma meestal sprake is van een familiale aanleg (Chavannes, 2013; Celli et al., 2004; Decramer et al., 2014; Kojda, 2005; Lépori, 2008; van Schayck & Wesseling, 2010; Worth et al., 2002) (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1: Onderscheid astma en COPD (van Schayck & Wesseling., 2010; Worth et al., 2002)

	Astma	COPD
<u>Risicofactor</u>	allergieën	roken
<u>Voorkomen</u>	alle leeftijden	meestal boven de 40 jaar
<u>Oorsprong</u>	ontsteking en vernauwing van de luchtwegwand	ontsteking en vernauwing van de luchtwegwand + kapotgaan van longblaasjes
<u>Longfunctie</u>	normaal/ bijna normaal	blijvend abnormaal
<u>Levensverwachting</u>	normaal	meestal verminderd

Ook dient er een differentiaaldiagnose tussen COPD en hartfalen te worden gesteld. Bij hartfalen wordt bij de longfunctie tests een beperkt volume geïndiceerd, terwijl bij COPD van een verminderde luchtstroom sprake is (Celli et al., 2004; Decramer et al., 2014). Verder is COPD ook niet hetzelfde als bronchiëctasieën. Dit omdat de bronchiëctasieën in tegenstelling tot COPD een relatie hebben met bacteriële infecties (Celli et al., 2004; Decramer et al., 2014; van Haren, 2013; Worth et al., 2002). Ook tuberculose en bronchiolitis obliterans is geen COPD. Als leidend criterium voor dit onderscheid geldt, dat deze in tegenstelling tot COPD meestal al op jongere leeftijd zijn ontstaan (Celli et al., 2004; Decramer et al., 2014).

2.6 Behandeling

De behandeling van COPD omvat verschillende therapiemogelijkheden. Om de verschillende onderdelen van het Assessment COPD goed te kunnen begrijpen en te kunnen koppelen aan het ziektebeeld worden de belangrijkste behandelmogelijkheden bij COPD in de volgende paragrafen beschreven.

2.6.1 Primaire preventie

Bij de behandeling van COPD speelt de primaire preventie een belangrijke rol. Hierbij horen met name de rook preventie en de primaire preventie in het werkveld (Decramer et al., 2014; Worth et al., 2002). Dit kunnen bijvoorbeeld programma's met duidelijk, constant en herhaalde 'niet rook' mededelingen zijn. In het werkveld kunnen bijvoorbeeld schadelijke stoffen afgeschaft of gereduceerd worden. (Decramer et al., 2014; Rabe, 2014; Worth et al., 2002).

2.6.2 Rookontwenning

Een van de grootste risicofactoren voor het ontstaan van COPD is het roken, vanuit deze reden wordt ook het meeste succes binnen de therapie van COPD met het afstaan van roken aangetoond (Coene 2013; Decramer et al., 2014; van Schayck & Wesseling, 2010). Het reduceren van inhalatieve noxen -stoffen die een schadelijke werking op het lichaam hebben- is het prepareerde doel om de ontwikkeling en progressie van COPD te verminderen (Worth et al., 2002). Hierbij speelt voorlichting een belangrijk rol. Goede voorlichting levert een stoppercentage van 5-10% op (Decramer et al., 2014). Multimodale rookontwenningprogramma's met gedragstherapie, sociale ondersteuning en een farmacotherapie voor de behandeling van nicotine afhankelijkheid (nicotine gum, neus spray, pleister of speciale snoepjes) kunnen het succes van ontwenningprogramma's verhogen (Decramer et al., 2014; Worth et al., 2002). Door gedragstherapeutische programma's, nicotine pleisters, sprays en gums kan de succeskans, bij gemotiveerde patiënten, na 1 jaar duidelijk verhoogd worden (Decramer et al., 2014; van Schayck & Wesseling, 2010; Worth et al., 2002). Verder heeft farmacotherapie een positieve effect op de lange termijn effecten van de rook stop (Decramer et al., 2014). Hier wordt echter aanbevolen om hiermee te starten, als de niet medicamenteuze maatregelen geen succes opleveren (Worth et al., 2002).

2.6.3 Voedingsinterventies

Bij de niet medicamenteuze behandeling van COPD horen verder voedingsadviezen (Chavannes, 2013; Coene, 2013; Kojda, 2005; Ponsioen, 2010). Bijvoorbeeld kunnen patiënten, als gevolg van ademnood, vaak alleen kleine porties eten opnemen. Hier wordt veelal aanbevolen, kleine maaltijden aan te reiken (Worth et al., 2002). Bij patiënten met overgewicht kan een reductie van het gewicht tot een afname van de behoefte aan energie bij lichamelijke belasting resulteren. Hierdoor kunnen dan activiteiten van het alledaagse leven eenvoudiger gedaan worden (Worth et al., 2002). De hiervoor benodigde voedingsinterventies horen in het werkterrein van een diëtist (Chavannes, 2013; Coene, 2013; Ponsioen, 2010; van Schayck & Wesseling, 2010).

2.6.4 Fysiotherapie

Fysiotherapie wordt bij patiënten met COPD vooral in de vorm van ademtherapie gegeven. Hierbij zijn belangrijke doelen het verlagen van de adem werking, de gerichte inzet van de ademspieren, de verbetering van secretie eliminatie en de bewegelijkheid van de thorax en hieruit resulterende een verbetering van de gaswisseling (Coene, 2013; Gosselink et al., 2008; Kojda, 2005; van Schayck & Wesseling, 2010; Worth et al., 2002). Lichamelijke beweging heeft een positieve effect op het verloop van de ziekte (Chavannes, 2011). Maar het moet

geleidelijk worden opgebouwd, omdat sommige patiënten niet durven te bewegen vanwege de angst voor kortademigheid (Chavannes, 2011; Gosselink et al., 2008). Fysiotherapeuten kunnen hiervoor bijvoorbeeld bij het opstellen van een bewegingsprogramma behulpzaam zijn (Chavannes, 2011; Gosselink et al., 2008; van Schayck & Wesseling, 2010).

2.6.5 Logopedie

Zoals in het paragraaf 2.3.2 beschreven zijn er recent ook verschillende behandel mogelijkheden voor COPD patiënten die in het gebied van de logopedist vallen. Bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen, ademtraining en het toepassen van stem-, spreek-, hoest- en sliktechnieken (Jeurissen, 2014; NVLF, 2010).

2.6.6 Medicamenteuze behandeling

Als er sprake is van een stabiele COPD, wordt farmacotherapie aangeraden. Bij deze vorm van behandeling staat de luchtwegverwijdering centraal (Chavannes, 2013; Chavannes, 2011 Coene, 2013; Ponsioen, 2010; van Schayck & Wesseling., 2010). Verder zijn doelen van medicamenteuze behandeling het verminderen van symptomen, de frequentie en zwaarte van verslechtering te reduceren, de gezondheidstoestand te verbeteren en de tolerantie te trainen (Chavannes, 2011; Decramer et al., 2014; Ponsioen, 2010; Worth et al., 2002).

2.6.6.1 Bronchodilatoren

Bronchodilatoren (Beta-2-agonisten, anticholinergica en theofylline) zijn basis medicaties om de symptomen van COPD te verminderen en de vernauwde luchtwegen te laten ontspannen (Chavannes, 2013; Coene, 2013; Ponsioen, 2010; van Schayck & Wesseling, 2010). De keuze tussen de drie vormen van bronchodilatoren hangt af van de individuele patiënt. Theofylline is op lange termijn effectief bij COPD, maar het zal alleen als tweede keuze worden ingezet, omdat het een verminderde therapeutische breedte heeft (Decramer et al., 2014; Kojda, 2005; Worth et al., 2002).

2.6.6.2 Corticosteroïden

Geïnhaleerde corticosteroïden worden geïndiceerd bij COPD patiënten waar een $FEV_1 < 60\%$ wordt voorspeld. Zij worden alleen in bepaalde gevallen voorgeschreven en hebben een ontstekingsremmende functie (Coene, 2013; Ponsioen, 2010). De reguliere behandeling met geïnhaleerde corticosteroïden verbetert de symptomen, de long functie, de kwaliteit van leven en het reduceert de frequentie van exacerbaties (Chavannes, 2013). Deze therapievorm wordt geassocieerd met een verhoogd risico voor longontstekingen, een therapie op lange termijn met geïnhaleerde corticosteroïden wordt daarom niet aanbevolen (Decramer et al., 2014).

2.6.6.3 Zuurstofbehandeling

De lange termijn therapie met zuurstof (16 tot 24 uren per dag) bij patiënten met chronisch respiratoir insufficiëntie of hypoxie verbetert de prognose voor deze patiënten (Chavannes, 2013; Decramer et al., 2014; Ponsioen, 2010; van Schayck & Wesseling., 2010; Worth et al., 2002).

Onderstaand zijn de belangrijkste behandelinterventies bij COPD samen met de doelstellingen weergegeven.

Tabel 2.2: Overzicht belangrijke behandelinterventies bij COPD (Chavannes, 2013; Coene, 2013; Decramer et al., 2014; Jeurissen, 2014; Kojda, 2005; NVLF, 2010; Ponsioen, 2010; Worth et al., 2002)

Kenmerken	Doel	Interventie
Roken	• Rookontwenning	• Voorlichting • Gedragstherapie • Medicamenteuze therapie
Ademnood/ dyspneu	• Verminderen van symptomen • Reduceren van frequentie en zwaarte van verslechtering • Verbetering van gezondheidstoestand • Trainen van tolerantie	<u>Medicamenteuze therapie:</u> • Bronchodilatoren (Beta-2-agonisten, anticholinergica en theofylline) • Theofylline • Geïnhaleerde corticosteroids
Overgewicht of ondergewicht	• Verhoging van belastbaarheid • Verbetering van kwaliteit van leven	<u>Diëtist:</u> • Voedingsanmanese • Aanpak van tekortkomingen • Geven van adviezen en individuele voorlichting
Ademhaling	• Verlagen van de adem • Gerichte inzet van ademspieren • Bewegelijkheid van de thorax	<u>Fysiotherapeut:</u> • Ontspanning • Leren van een makkelijker manier om adem te halen • Verbeteren van de conditie • Leren om beter te hoesten
Stem- en slikstoornissen	• Verbeteren van de kwaliteit van stem • Verbeteren van het slikproces • Ademhaling	<u>Logopedist:</u> • Toepassing van stem- en sliktechnieken • Toepassing van ademhalingstechnieken • Ontspanningsoefeningen

3. Methode

Om het ‘Assessment Logopedie bij COPD’ geschikt te maken voor de Duitse situatie is de volgende methode gehanteerd. Het eerste onderdeel bestaat uit een beschrijving van de vertalingsprocedure en het tweede gedeelte uit het onderzoek naar de hanteerbaarheid.

3.1 Vraagstellingen

Deze thesis tracht een antwoord te geven op de volgende drie hoofdvragen. Bij iedere hoofdvraag horen verschillende subvragen.

Hoofdvragen:

1. In welke mate is de vertaalde versie van het ‘Assessment Logopedie bij COPD’ een representatieve weergave van de originele versie?
2. Wat is de mate van hanteerbaarheid van een vertaalde versie van het ‘Assessment Logopedie bij COPD’?
3. In welke mate komen communicatieproblemen voor naar aanleiding van het ‘Assessment Logopedie bij COPD’?

Subvragen:

- 1a) Welke cross-culturele aanpassingen zijn noodzakelijk om het assessment COPD geschikt te maken voor Duitsland?
- 2a) Is het door ‘Proteion Thuis’ ontwikkelde assessment COPD na vertaling naar het Duits van toepassing op Duitse COPD patiënten?
- 2b) Wat is de mate van begrijpelijkheid van de vertaalde versie van het assessment COPD onder Duitse logopedisten (beoordelaars)?
- 2c) Wat is de mate van begrijpelijkheid van de vertaalde versie van het assessment COPD onder Duitse COPD patiënten?
- 2d) In welke mate is het assessment COPD overzichtelijk en gebruiksvriendelijk?
- 2e) In in welke mate vinden de patiënten de afname van het assessment COPD belastend en/of nuttig?
- 2f) In welke mate zijn de uitkomsten van het assessment COPD, naar mening van de beoordelaar, geloofwaardig?

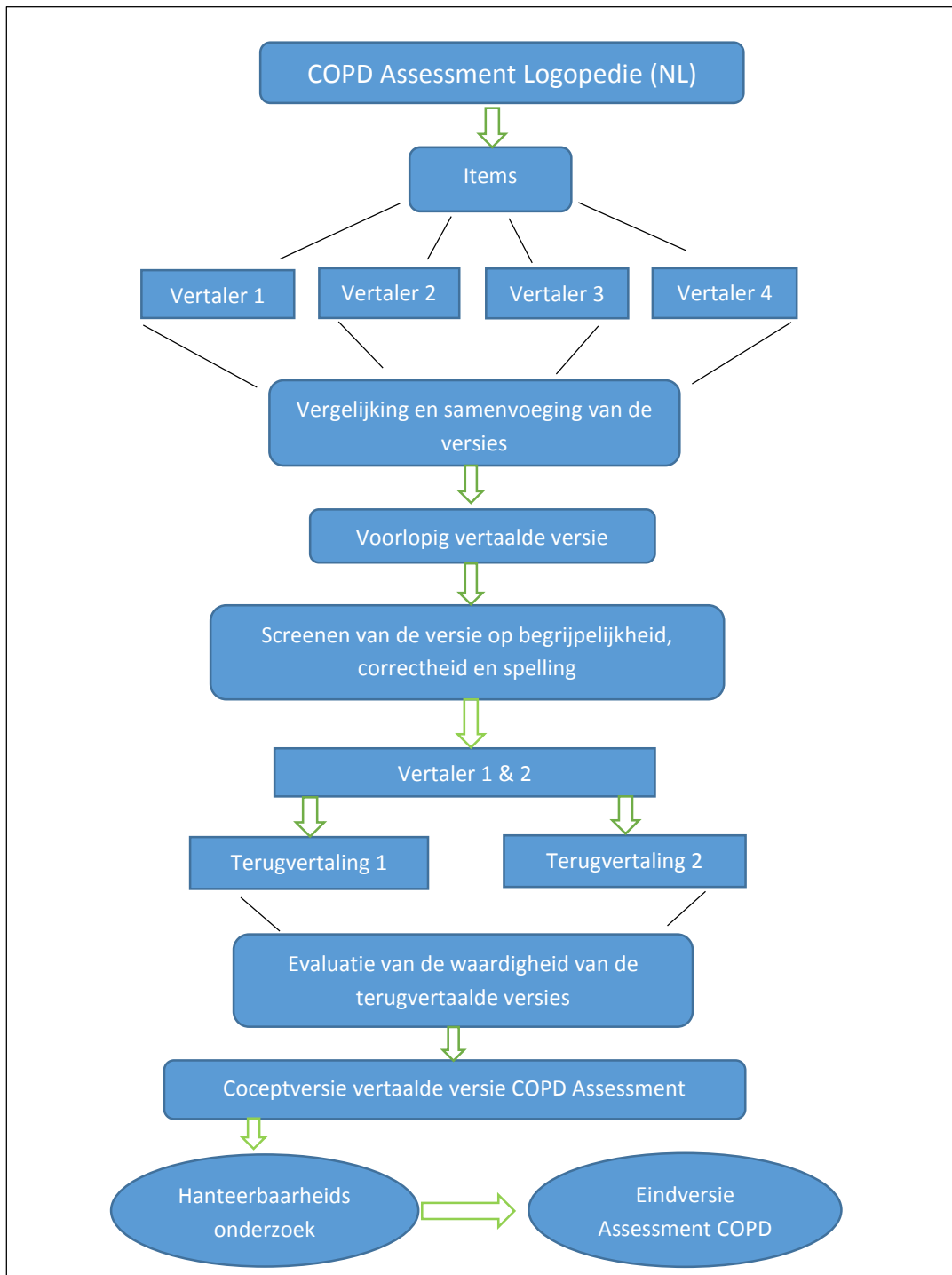
- 2g) Wat is de mate van interne consistentie van het assessment COPD en de afzonderlijke subscales?
- 3a) In welke mate zijn de scores van het assessment COPD conform de beleving van de patiënt?
- 3b) In welke komen de door het assessment COPD gedetecteerde communicatieproblemen overeen met prevalentie gegevens uit recente literatuur?

3.2 Onderzoeksdesign

Er is een vertalingsprocedure en een cross-sectioneel onderzoek naar de hanteerbaarheid van de Duitse versie van het assessment COPD uitgevoerd volgens de door Guillemin et al. (1993) ontwikkelde richtlijnen.

Het onderzoek bestond uit de volgende stappen:

1. Aanschaffing van het Nederlandse logopedisch assessment COPD van 'Proteion Thuis'.
2. Vertaling van het assessment COPD volgens de richtlijnen van Guillemin et al. (1993).
3. Terugvertaling van de Duitse versie door twee bi-linguale personen.
4. Vergelijking van de originele versie van het assessment COPD met de terugvertaalde versie en eventuele aanpassingen.
5. Onderzoek van de hanteerbaarheid van de Duitse versie van het assessment door behulp van een steekproef COPD patiënten.
6. Kwalitatief-kwantitatief data analyse van de verkregen resultaten.



Figuur 3.1: Onderzoeksdesign

3.3 Werving en selectie

In dit onderzoek zijn meerdere doelgroepen gebruikt als onderzoekspopulatie. Deze worden hieronder beschreven.

3.3.1 Onderzoekspopulatie & werving deelnemers vertalingsprocedure

Om de eerste vraagstelling te beantwoorden, zijn voor de eerste vertaling vier Duitse studenten logopedie benaderd die in Nederland de opleiding volgen en in Duitsland een praktijkstage hebben uitgevoerd. Voor de terugvertaling zijn twee bi-linguale (Nederlands/Duits) personen voor benaderd. De personen die werden benaderd hebben allen een basis kennis van logopedische begrippen, zowel in het Nederlands als ook in het Duits. Na een selectie op basis van de in en exclusiecriteria (zie tabel 3.1) zijn potentiële kandidaten via e-mail en social media gecontacteerd.

3.3.2 Onderzoekspopulatie & werving deelnemers hanteerbaarheidsstudie

Door de uitgevoerde hanteerbaarheidsstudie werden de tweede en derde vraagstelling beantwoord. Er is gekozen om Duitse COPD patiënten te onderzoeken met de Duitse versie van het logopedisch assessment COPD. Er werd voor een minimum van 20 COPD patiënten gestreefd. Het assessment COPD werd naar aanleiding van een vragenlijst van de twee onderzoekers en tenminste twee andere logopedisten/ studenten logopedie op de hanteerbaarheid geëvalueerd. Voor de werving van COPD patiënten werd willekeurig met fysiotherapiepraktijken, longartsen en verenigingen voor COPD in Duitsland via mail of telefonisch contact opgenomen (zie bijlage 4). Dit om naar te gaan of er potentiële COPD patiënten voor het onderzoek te werven zijn. Vervolgens werd er na akkoord een brief na de deelnemende instelling gestuurd, zodat de patiënten contact met de onderzoekers op konden nemen (zie bijlage 5).

Voor de werving van Duitse logopedisten werden logopedisten uit de directe omgeving van de onderzoekers benaderd. Zij werden via mail (zie bijlage 4) of telefonisch gecontacteerd en na een uitleg over de studie gevraagd om hieraan deel te nemen.

3.3.3 Inclusiecriteria en exclusiecriteria

In onderstaande tabel worden de in- en exclusiecriteria voor de onderzoekspopulatie van de hoofdvragen een t/m drie weergegeven.

Tabel 3.1: In- en exclusiecriteria voor de onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Duitse patiënten met de diagnose COPD	COPD patiënten met een verstandelijke beperking
Patiënten ouder dan 40 jaar	COPD patiënten met ernstige gehoor en/of visusproblemen
Duitse logopedisten, die in praktijken werkzaam zijn	
Duitse logopedie studenten in het laatste/ vierde studiejaar	

3.4. Meetprotocol

In de volgende paragraaf worden de stappen beschreven, die voor de vertalingsprocedure en de hanteerbaarheidsstudie zijn ondernomen.

3.4.1 Vertalingsprocedure

Binnen deze stap werd een vertaling ondernomen van het originele ‘Assessment Logopedie bij COPD’ naar het Duits. Deze vertaling werd door vier personen gedaan, die Duits als moedertaal hebben. Deze vertalingen zijn onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Vervolgens zijn de vier versies met elkaar vergeleken en samengevoegd tot een uiteindelijke eindversie. De eindversie van de beschreven vertalingsprocedure werd dan doorgegeven aan twee andere Duitstalige personen. Deze hebben de uiteindelijke versie aan de hand van de volgende criteria’s beoordeeld: (1) duidelijkheid van de vertaling, (2) gebruikelijkheid van taal, (3) correctheid van spelling.

3.4.1.1 Terugvertalingsprocedure

Het is de bedoeling om de vertaalde versie naar het Nederlands terug te laten vertalen door twee tweetalige (Duits en Nederlands) personen.

De terugvertaalde versie werd vervolgens door de twee onderzoekers vergeleken met de oorspronkelijke versie van het assessment. In het geval van essentiële verschillen zijn deze bediscussieerd binnen het vertalingsteam. Binnen dit team werden aspecten nader beschouwd en gediscussieerd om een cross-culturele en gestandaardiseerde vertaling te waarborgen.

3.4.2 Hanteerbaarheidsonderzoek

Om de hanteerbaarheid van het vertaalde assessment COPD te onderzoeken werd het assessment bij tenminste 20 COPD patiënten in Duitsland afgenomen. Vervolgens werd een vragenlijst door de onderzoekers ingevuld. Deze vragenlijst (zie bijlage 7) bestond uit de volgende onderdelen:

- Algemene gegevens van de logopedist
- Inhoud: duur van de afname, problemen tijdens het afnemen
- Gebruikelijkheid: kan een behandeling worden opgebouwd?
- Overzichtelijkheid: lay-out
- Overige opmerkingen

De ingevulde vragenlijsten werden door de twee onderzoekers geëvalueerd en de resultaten met elkaar vergeleken. De hiervoor gebruikte vragenlijsten zijn opgesteld aan de hand van de onderzoeksvragen (zie tabel 3.2).

Tabel 3.2: Theoretisch schema vragenlijst

Vraagstellingen	Definitie onderdelen	Items	Antwoordschalen
1. Welke cross-culturele aanpassingen zijn noodzakelijk om het assessment COPD geschikt te maken voor Duitsland?	Dit onderdeel werd niet in de vragenlijst opgenomen.		
2a. Is het door 'Proteion Thuis' ontwikkelde assessment COPD na vertaling naar het Duits van toepassing op Duitse COPD patiënten?	Bruikbaarheid voor de diagnostiek en voor het opstellen van een logopedisch behandelplan naar vertaling	Bruikbaarheid – Bent u van mening dat het Assessment COPD geschikt zou zijn voor de diagnostiek van communicatieproblemen? Bruikbaarheid – Zout u in staat zijn om met de resultaten van het assessment COPD een logopedisch behandelplan op te stellen?	JA – NEE (NEE vraag met optie) JA – NEE (NEE vraag met optie)
2b. Wat is de mate van begrijpelijkheid van de vertaalde versie van het assessment COPD onder Duitse logopedisten (beoordelaars)?	- Begrijpelijkheid van de taal - Opgemerkte problemen	Inhoud – Denkt u dat u problemen tegen aan zou lopen tijdens de afname van het assessment COPD?	JA – NEE (NEE vraag met optie)
2c. Wat is de mate van begrijpelijkheid van de vertaalde versie van het assessment COPD onder Duitse COPD patiënten?	Begrijpelijkheid van taal en taken	Patiëntenbeleving – Was u patiënt in staat om de vragen en taken van het assessment COPD te begrijpen en toe te passen?	JA – NEE (NEE vraag met optie)
2d. In welke mate is het assessment COPD overzichtelijk en gebruiksvriendelijk?	- Duur van de afname - Lay-out - Overzichtelijkheid	Toepassing – Stel u moet het assessment COPD af nemen! Schat de hiervoor benodigde tijd in! Lay-out – Is het assessment COPD overzichtelijk?	Duur in minuten JA – NEE (NEE vraag met optie)
2e. In welke mate vinden de patiënten de afname van het assessment COPD belastend of nuttig?	Inventarisatie van gebruikelijkheid/bruikbaarheid van het assessment COPD vanuit de visie van patiënten	Patiëntenbeleving – Vond u patiënt de afname van het assessment COPD zinvol/nuttig? Patiëntenbeleving – Heeft u patiënt de afname van het assessment COPD als een belasting ervaren?	JA – NEE (NEE vraag met optie) JA – NEE (JA vraag met optie)
2f. In welke mate zijn de uitkomsten van het assessment COPD, naar mening van de logopedist, geloofwaardig?	Inventarisatie van geloofwaardigheid	Bent u als logopedist het eens met de conclusie van het assessment COPD?	JA – NEE (NEE vraag met optie)
2g. Wat is de mate van interne consistentie van het assessment COPD en de afzonderlijke subscales?	Dit onderdeel werd niet in de vragenlijst opgenomen.		
3a. In welke mate zijn de scores van het assessment COPD conform met de beleving van de patiënt?	- Betrouwbaarheid - Validiteit	Patiëntenbeleving – Komen de belevingen van de symptomen van u patiënt overeen met de score van het assessment COPD?	JA – NEE
3b. In welke mate komen de door het assessment COPD gedetecteerde communicatieproblemen overeen met prevalentie gegevens uit recente literatuur?	Dit onderdeel werd niet in de vragenlijst opgenomen.		

3.5 Dataverwerking

De gevonden gegevens zijn op de volgende wijze verwerkt en geanalyseerd.

3.5.1 Datapreparatie

Voor de vertalingsprocedure werden de uitkomsten van de vier vertaalde versies van het assessment COPD geanalyseerd en met elkaar vergeleken op aspecten zoals taalvorm, taalgebruik en toepasbaarheid voor de Duitse patiënten. Vervolgens werd een uiteindelijke versie hiervan samengesteld en terugvertaald.

De data van de ingevulde vragenlijsten werden geschikt gemaakt voor invoer in het programma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versie 23), om de gegevens te ordenen, te analyseren en te presenteren. Behalve de categorieën ‘algemeen’ en ‘overig’ bestonden de items van de vragenlijst uit gesloten vragen (dichotome nominale variabelen). Bij iedere gesloten vraag hoort telkens ook een open vraag. Deze is naar behoefte door de proefpersonen ingevuld. Van de antwoorden op de open vragen die erg veel op elkaar leken zijn achteraf clusters gemaakt. Ieder cluster werd voorzien van een code en afhankelijk van het gegeven antwoord konden een of meer clusters worden gescoord.

Door het programma SPSS werden ook de data van de afgenomen assessments COPD verwerkt. De scores van dit zijn op ordinaal en nominaal meetniveau. De open vragen werden vooraf gecategoriseerd.

3.5.2 Data-invoer en controle

Het gebruikte SPSS bestand bestond uit een datamatrix en een codeboek. Alle waarden van de ingevulde vragenlijsten zijn handmatig ingevoerd volgens de opgestelde codering.

5 % van de items werden handmatig gecontroleerd op correct invoer. Missing values onder 10 % werden met de meest gegeven antwoord op de betreffende vraag opgevuld.

Daar voor een steekproef werd gekozen is er rekening gehouden met een foutenmarge op basis van toeval (de standaardschattingsfout).

3.5.3 Data analyse

De hoofd- en subvragen zoals opgesteld en beschreven in paragraaf 3.1 werden als volgt beantwoord.

De eerste hoofdvraag werd m.b.v de vertalingsprocedure beantwoord. De gevonden resultaten werden op de vertalingen en terugvertalingen betrokken. In een team werden verschillen binnen de vertalingen besproken en zo nodig aangepast.

Ter beantwoording van hoofdvraag twee en drie werden van de nominale en ordinale gegevens percentages en medianen berekend. Op interval/ ratio niveau werd voor de analyse van de gegevens het gemiddelde en de variantie of standaarddeviatie berekend. Om de overeenkomst tussen twee metingen te analyseren werd een kappa berekend. De waarde voor de (gewogen) kappa ligt tussen 0 en 1, van een goede betrouwbaarheid kan bij een waarde van ten minste 0,7 worden gesproken (Beurskens et al., 2008).

Ook zijn de minimum en maximum scores voor de borgschalen van het assessment COPD weergegeven.

Algemeen werden voor de analyse van open vragen, die eveneens in hoofdvraag twee en drie zijn gehanteerd, de antwoorden opgeschreven en op verschillen en overeenkomsten na gekeken. Hiervan werden de absolute en relative frequenties berekend.

Voor het nagaan van de interne consistentie van het assessment COPD werd het Cronbach's Alpha voor het gehele assessment en voor de afzonderlijke onderdelen berekend. Het Cronbach's Alpha werd als positief geïnterpreteerd als de waarde tussen 0,7 en 0,95 (Beurskens et al., 2008) ligt. Bij een waarde lager dan 0.7 is per item volgens een 'Alpha if items is deleted' procedure nagegaan of deze positief of negatief bijdroeg aan de interne consistentie. Bij een negatieve bijdrage kan worden besloten het betreffende item uit het assessment te verwijderen.

Buiten de kwantitatieve analyse zijn via het programma SPSS ook functie voor visuele weergave gebruikt zoals staafdiagrammen, histogrammen of tabellen.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het voorliggende onderzoek nader beschreven.

4.1 Respons vertalingsprocedure

Er hebben zes personen deelgenomen aan de vertalingsprocedure (zie tabel 4.1.). De auteurs en de twee studenten logopedie hebben Duits als moedertaal en spreken als tweede taal Nederlands. Deze hebben het assessment COPD naar het Duits vertaald en de vertaalde versies werden door de twee auteurs tot een versie samengevoegd. De overige twee waren Duitstalige personen uit de omgeving van de auteurs. Zij hebben deze versie op correctheid van spelling, gebruikelijkheid en duidelijkheid van taal gecontroleerd.

Van de drie, voor de terugvertaling benaderde personen hebben twee daadwerkelijk deelgenomen aan de procedure zoals in paragraaf 3.2 beschreven. Een was een docent aan Zuyd Hogeschool en heeft Duits als moedertaal en als tweede taal Nederlands. De andere was een vierde jaars logopedie student (Zuyd Hogeschool) en heeft als moedertaal Nederlands en als tweede taal Duits. De terugvertalingen werden vervolgens door de twee auteurs en de docentbegeleidster met de originele versie vergeleken en de feedback werd verwerkt.

Tabel 4.1: Overzicht populatie vertalingsprocedure

Vertaling	Correctie	Terugvertaling	Vergelijking
4 Duits/Nederlandse vierde jaars logopedie studenten	2 Duitse externe beoordelaars	1 Duits/ Nederlandse docent logopedie 1 Nederlands/ Duitse vierde jaars student logopedie	2 auteurs en docent logopedie (thesisbegeleidster)

4.1.1 Resultaten vertalingsprocedure

Voor de vertalingsprocedure werd de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

1a) Welke cross-culturele aanpassingen zijn noodzakelijk om het assessment COPD geschikt te maken voor Duitsland?

Tijdens de hele procedure werd aan de richtlijnen voor cross-culturele vertalingen gehouden. De vier vertaalde versies hadden een aantal verschillen qua formuleringen, maar de inhoud en de betekenis hiervan zijn steeds hetzelfde geweest. Door de auteurs werd besloten de meest frequente formulering in de eindversie op te nemen. In twee gevallen werd er geen overeenstemming tussen de auteurs gevonden, hiervoor werden de externe (Duitstalige)

personen benaderd. Er was geen overeenstemming bij de vertaling van de items ‘vochtig weer’ en ‘puffer’. Na discussie werd besloten om deze als volgt te vertalen:

- ‘vochtig weer’ → ‘hohe Luftfeuchtigkeit’
- ‘puffer’ → ‘Sprays’.

Uit de terugvertalingsprocedure is gebleken, dat de terugvertaling meestal overeen is gekomen met de originele versie. Alleen een aantal dingen dienden te worden gecontroleerd, zoals de titel van het assessment COPD en de items ‘logopedische behandeling in het verleden’, ‘eetobservatie’ en ‘stappenplan paniekmomenten’ (zie Tabel 4.2).

Tabel 4.2: Overzicht aanpassingen assessment COPD

Item voor de terugvertalingen	Aangepast item naar aanleiding van terugvertalingen
Assessment Logopädie für COPD	Assessment Logopädie bei COPD
Ess observation	Beobachtungen während des Essens
Ablaufplan für Panikattacken	Ratschläge für Panikattacken
Vorherige logopädische Behandlungen	Bisherige logopädische Behandlungen

Uit het hanteerbaarheidsonderzoek is gebleken dat het item ‘overige’ dient veranderd te worden. Daar Nederland en Duitsland cultureel niet heel erg verschillen zijn bij de vertaling geen grote cross-culturele aanpassingen nodig geweest. Alleen het item ‘zuurstofgebruik’ werd na aanleiding van de terugvertaling en het hanteerbaarheidsonderzoek aangepast (zie tabel 4.3).

Tabel 4.3: Overzicht veranderingen item ‘zuurstofgebruik’

Origineel	Naar aanleiding van terugvertalingen	Naar aanleiding van hanteerbaarheidsonderzoek
Zuurstofgebruik	Sauerstoffgebrauch	Sauerstoffkonzentrator(en)
Overige	Sonstiges	Sonstiges (z.B Asthma)

Zo zijn tenslotte details qua formulering aangepast (zie bijlage 2) en is besloten dat de verschillen alleen met de lay-out en het taalgebruik te maken hadden. De betekenis van de items werd niet negatief beïnvloed.

4.2 Respons hanteerbaarheidsonderzoek

Voor het hanteerbaarheidsonderzoek zijn twee doelgroepen benaderd. Ter beantwoording van de tweede onderzoeksvraag is gezocht naar logopedisten. In het geheel werden twaalf logopedisten (zie tabel 4.4), uit de omgeving van de onderzoekers, via e-mail, Facebook en persoonlijk benaderd. Via e-mail en persoonlijk werden aan zes logopedisten de benodigde documenten gestuurd/gegeven. Door middel van een internet search via Google werd een logopediste gevonden, die ook COPD patiënten behandelt. Aan deze werd een e-mail met het informatiebrief (zie bijlage 4 & 5) gestuurd. Na twee weken werd een herinneringsmail verzonden, waarop verder geen reactie is gevolgd. De vijf logopedisten, die niet deelnamen, gaven tijdsgebrek als reden.

Uiteindelijk hebben zes van de acht benaderde logopedisten het assessment COPD bekeken en naar aanleiding van dit de vragenlijst ingevuld. Verder hebben de twee onderzoekers de vragenlijst, naar aanleiding van de afnamen, ingevuld. De logopedisten zijn allemaal werkzaam in logopedische praktijken en bekend met de behandeling van stemproblemen. Drie logopedisten zijn binnen stemtherapieën patiënten met als comorbiditeit COPD tegen gekomen.

Tabel 4.4: Overzicht eerste populatie hanteerbaarheidsonderzoek

Benaderde logopedisten	Bereid mee te doen	Daadwerkelijk mee gedaan	Geen Reactie
12	8	6 (+ de 2 onderzoekers)	2

Om de derde vraagstelling van het onderzoek te beantwoorden werden COPD patiënten via verschillende inrichtingen benaderd (zie tabel 4.5). Hiervoor werden longartsen opgebeld of via e-mail gecontacteerd met het verzoek, de brieven aan COPD patiënten te verspreiden. In totaal werden drie longartsen in Aken en een in Dorsten benaderd. De longartsen in Aken gaven aan geen capaciteit voor dit soort onderzoeken te hebben en de arts in Dorsten heeft op een aanvraag via e-mail niet gereageerd. Hierna werd besloten, om andere inrichtingen waar COPD patiënten terecht komen op te zoeken. Er werden twee longsportgroepen telefonisch benaderd. Een longsportgroep voor COPD patiënten in Aken was na overleg met hun 25 deelnemers akkoord om aan het onderzoek mee te doen. Verder is een apotheek in Dorsten bereid geweest het informatiebrief aan COPD patiënten te verdelen. Uit directe omgeving van de onderzoekers werden drie patiënten persoonlijk benaderd.

Uiteindelijk werd het assessment COPD bij 20 COPD patiënten afgenomen. Het grootste deel van de patiënten (n=17) werd via de longsportgroep in Aken geworven. Verder werd het assessment COPD bij een patiënt uit de omgeving van een onderzoeker afgenomen. In de apotheek in Dorsten werden 3 patiënten geworven, waarvan 2 daadwerkelijk aan het onderzoek mee hebben gedaan.

Tabel 4.5: Overzicht werving COPD patiënten

Benaderde inrichtingen	Bereid mee te doen	Aantal COPD patiënten	Aantal COPD patiënten, die mee deden
Longartsen Aken	Nee	0	0
Apotheek Dorsten	Ja	3	2
Longsportgroep Aken	Ja	25	17
Directe omgeving onderzoekers	Ja	3	1
			Totaal aantal patiënten met COPD: 20

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 65,9 jaar (sd= 9,2) met een minimum van 40 en een maximum van 83 jaar. Er deden evenveel mannen als vrouwen mee. Door 18 (90%) patiënten werd aangegeven dat zij in het verleden hebben gerookt en vijf (25%) patiënten roken nog steeds. Drie (15%) van de patiënten gaven aan zuurstof te gebruiken en een ergere vorm van COPD te hebben. 13 (65%) patiënten zijn gepensioneerd. Vier patiënten (20%) hebben in het verleden het beroep schrijnwerker uitgevoerd, waar zij veelvuldig met stoffen en gassen in contact zijn geweest. Tabel 4.6 geeft een overzicht van de algemene gegevens van de onderzoekspopulatie.

Tabel 4.6: Overzicht algemene gegevens onderzoekspopulatie

Variabele	Totaal	Mannen	Vrouwen
Algemene anamnese gegevens			
Gem. Leeftijd	66 (sd= 9,2)	64 (sd= 10,6)	67,6(sd= 7,8)
Geslacht	20	10	10
Woonplaats Aken	17 (85%)	8 (47%)	9 (53%)
Woonplaats Dorsten	3 (15%)	2 (67%)	1 (33%)
Gepensioneerd	13 (65%)	6 (46%)	7 (54%)
Beroep schrijnwerker	4 (20%)	4 (100%)	-
Gem. duur COPD	7,9 (sd= 5,8)	7,7 (sd= 5)	8 (sd= 6,8)
Roken verleden	18 (90%)	10 (100%)	8 (80%)
Roken heden	5 (25%)	1 (10%)	4 (40%)
Zuurstofgebruik	3 (15%)	3 (30%)	-
Overig hartaandoeningen	1 (5%)	-	1 (10%)
Overig astma	1 (5%)	-	1 (10%)
Overig diabetes mellitus	1 (5%)	-	1 (10%)
Overig depressie	2 (10%)	-	2 (20%)
Overig longontsteking	3 (15%)	2 (20%)	1 (10%)
Eerdere logopedische behandeling	2 (10%)	2 (20%)	-

4.2.1 Resultaten hanteerbaarheidsonderzoek

Hieronder werden de negen subvragen van de hanteerbaarheidsonderzoek met de resultaten weergegeven:

2a) Is het door ‘Proteion Thuis’ ontwikkelde assessment COPD na vertaling naar het Duits van toepassing op Duitse COPD patiënten?

Acht logopedisten zijn van mening dat zij met behulp van het assessment COPD een communicatieprobleem bij COPD patiënten kunnen signaleren. Vier (50%) logopedisten hebben aangegeven dat zij een therapieplan, na aanleiding van het assessment COPD, op kunnen bouwen. Vier (50%) logopedisten missen een uitgebreide stem- en/ of dysfagiediagnostiek binnen het assessment COPD.

2b) Wat is de mate van begrijpelijkheid van de vertaalde versie van het assessment COPD onder Duitse logopedisten (beoordelaars)?

Door alle logopedisten (n=8) werd vermeld, dat zij zich kunnen voorstellen het assessment COPD zonder moeilijkheden af te kunnen nemen. Ook gaan zij niet ervan uit, dat zij problemen vanwege taalgebruik zullen tegenkomen. De positieve terugvertalingen bevestigen deze uitkomsten.

2c) Wat is de mate van begrijpelijkheid van de vertaalde versie van het assessment COPD onder Duitse COPD patiënten?

Alle 20 patiënten gaven aan dat zij de vragen van het assessment COPD, tijdens de afname, konden begrijpen en aan de eisen konden voldoen.

2d) In welke mate is het assessment COPD overzichtelijk en gebruiksvriendelijk?

De afname van het assessment COPD (zonder eetobservatie) duurde gemiddeld 16,95 minuten (sd= 3,75) met een minimum van 10 en een maximum van 25 minuten. Onder de bevraagde logopedisten werd de gemiddelde afnameduur op 27,5 minuten (sd= 8,9) geschat.

Qua overzichtelijkheid werd door vijf (62,5%) logopedisten vermeld dat het assessment COPD niet overzichtelijk is. Redenen hiervoor zijn voor de helft van de bevraagden de afstand tussen de alinea's. Voor drie (37,5%) logopedisten is het vanwege overige redenen niet overzichtelijk. Door één logopedist werd zowel de afstand tussen de alinea's als ook de overzichtelijkheid in het algemeen als reden aangegeven.

Verder werd zes keer (75%) vermeld dat de afkortingen 'BS' (borgschaal) en 'KA' (kortademigheid) in het assessment COPD moeten worden uitgelegd. Binnen het onderdeel 'ademing' werd door de twee beoordelaars aangegeven dat de begrippen 'spanning' en 'inspanning' nader moeten worden verklaard.

2e) In in welke mate vinden de patiënten de afname van het assessment COPD belastend en/of nuttig?

19 (95%) van de geteste patiënten vonden de afname van het assessment COPD nuttig. Alleen één (5%) patiënt is van mening geweest dat de afname wel interessant was, maar voor hem en zijn ziekteverloop niet van belang is geweest. 100% van de patiënten gaven aan dat de afname niet als belastend hebben ervaren.

2f) In welke mate zijn de uitkomsten van het assessment COPD, naar mening van de beoordelaar, geloofwaardig?

Van 20 afnames van het assessment COPD komen de belevingen van de beoordelaars 16 keer (80%) overeen met de getrokken conclusie van het assessment COPD. De kappa voor de overeenkomst tussen de conclusie ‘behandeling spreekademing’ met de persoonlijke beleving van de beoordelaars is -0,2, voor het onderdeel ‘advies kortademigheid’ en spreekademing is de kappa 0. De kappa tussen de beleving van de beoordelaars en het item ‘advies eten en drinken’ is 0,06 en voor ‘advies stappenplan paniekaanvallen’ is de kappa 0,13. In het geval van de vier onderzoeken waar, met behulp van vraag zeven uit de vragenlijst (zie bijlage 7) geen overeenkomst werd gevonden, werd altijd de volgende reden genoemd:

- Stemadviezen in de conclusie ontbreken

2g) Wat is de mate van interne consistentie van het assessment COPD en de afzonderlijke subscales?

Twee (10%) patiënten beleven hun symptomen anders dan in de, door de beoordelaars getrokken conclusie van het assessment COPD, weergegeven. Door deze patiënten werd vermeld dat de klachten, in verband met het gebruik van medicatie, sterk wisselend optreden en zij daardoor geen belasting ervaren in hun dagelijks leven. Bij het grootste aandeel patiënten (90%) is de door de beoordelaars getrokken conclusie van het assessment COPD conform de patiëntbeleving.

3a) In welke mate zijn de scores van het assessment COPD conform de beleving van de patiënt?

De belangrijkste scores uit de afnames van het assessment COPD zijn in tabel 4.7 weergegeven.

Tabel 4.7: Belangrijkste scores uit de afname assessment COPD

Variabele	Frequentie	Gemiddelde	sd	Mediaan	Min.	Max.
Ademing						
Ademing BS rust	-	2	2,5	1	0	7
Ademing BS spanning	-	6	2,4	6	0	10
Ademing BS inspanning	-	8	2,4	8	2	10
Rusten in geval van KA (kortademing)	11 (55%)	-	-	-	-	-
Ademhalingsoefening in geval van KA	4 (20%)	-	-	-	-	-
Extra puffer in geval van KA	4 (20%)	-	-	-	-	-
Spreken en Stem						
KA tijdens spreken (BS)	-	3	2,4	3	0	7
KA tijdens spreken	9 (45%)	-	-	-	-	-
Last van stem	5 (25%)	-	-	-	-	-
BS stemproblemen		3	2,2	2	0	7
Medicatie						
Medicatie: sprays	17 (85%)	-	-	-	-	-
Medicatie: Spoelen	5 (25%)	-	-	-	-	-
Last van droge mond	19 (95%)	-	-	-	-	-
Eten en drinken						
Problemen kauwen en slikken	4 (20%)	-	-	-	-	-
BS Slikproblemen	-	1	1,7	0	0	5
KA eten/ drinken	-	2	2	0,75	0	7
Tekst lezen						
Tekst lezen: BS voor	-	1	1,1	0,5	0	5
Tekst lezen: BS tijdens	-	3	2,1	2	0	8
Tekst lezen: BS naar	-	3	2,2	3	0	9
Spreekademing thoracaal	18 (90%)	-	-	-	-	-
Spreekademing costo-abdominal	2 (10%)	-	-	-	-	-
Adempauzes gem.	15 (75%)	-	-	-	-	-
Leestempo gem.	16 (80%)	-	-	-	-	-
Conclusie						
Conclusie behandeling spreekademing	10 (50%)	-	-	-	-	-
Conclusie behandeling KA en spreekademing	10 (50%)	-	-	-	-	-
Conclusie eten&drinken/ aerofagie	4 (20%)	-	-	-	-	-
Conclusie paniekmomenten	3 (15%)	-	-	-	-	-

Van de geteste patiënten hebben negen (45%) aangegeven tijdens het spreken kortademig te zijn en door vijf (25%) werd aangegeven last van de stem te hebben. Op de borgschaal werd met betrekking tot de stemproblemen gemiddeld een drie (sd= 2,2) en een mediaan van twee aangegeven. Voor het onderdeel ‘kortademigheid tijdens spreken’ werd gemiddeld een drie

(sd=2,4) met een minimum van 0 en een maximum van 7 gerapporteerd. Voor de ademing tijdens inspanning werd gemiddeld een acht (sd= 2,4) en een mediaan van acht op de borgschaal geanalyseerd. Dit onderdeel is samen met ‘ademing tijdens spanning’ het enigste geval waar door zes (30%) patiënten de maximum waarde van tien op de borgschaal werd gescoord. In recente literatuur werd de kortademigheid als een hoofdsymptoom van COPD beschreven (Chavannes, 2011; Decramer et al., 2014; van Schayck & Wesseling, 2010; Worth et al., 2002). Dit komt overeen met de beleving van de patiënten, die hun kortademigheid tijdens spanning en inspanning als het ergst inschatten.

17 (85%) van de geteste patiënten gebruiken als medicatie een of meerdere sprays. In de literatuur werd gevonden dat farmacotherapie bij stabiele vormen van COPD werd aangeraden, met als doel de luchtwegen te wijden (Chavannes, 2013; Chavannes, 2011 Coene, 2013; Ponsioen, 2010; van Schayck & Wesseling, 2010).

Problemen bij het kauwen en slikken werden door vier (20%) van de patiënten vermeld en voor de kortademigheid tijdens het eten en drinken gaven de patiënten gemiddeld een twee (sd= 2) op de borgschaal aan. De mediaan bij dit item is 0,75 geweest. Dit komt overeen met de gevonden literatuur, waar wordt uitgelegd dat patiënten in een gevorderde stadia van COPD problemen met het slikken kunnen ontwikkelen (NVLf, 2010).

Er werd bij acht (40%) van de geteste patiënten door de beoordelaars een communicatieprobleem gesignaleerd. Bij 50% van de patiënten werd geconcludeerd een behandeling voor de spreekademing aan te raden en voor vier (20%) werd een behandeling met betrekking tot het eten en drinken aanbevolen.

Voor het assessment COPD en de verschillende onderdelen werd een ernstscore (zie tabel 4.8) berekend. Voor dit werden de items van het assessment COPD opgeteld, die voor het signaleren van een communicatieprobleem belangrijk zijn. Dit leidt tot een maximum ernstscore van 130, met een minimum van 0 en een gemiddelde score van 65. Scoort een patiënt boven het gemiddelde geldt dit, naar aanleiding van de borgschaal, als een indicatie voor een communicatieprobleem. Hetzelfde geldt ook voor de aparte items ademing (gem. 22,5), spreken en stem (gem. 15), eten en drinken (12,5) en tekst lezen (15).

Tabel 4.8: Overzicht ernstscore assessment COPD

Item	Gemiddelde Score	Maximum Score
Totaal	65	130
Ademing	22,5	45
Spreken & Stem	15	30
Eten & Drinken	12,5	25
Tekst lezen	15	30

Zoals in tabel 4.9 weergegeven scoorde één (5%) patiënt ernstig naar aanleiding van het assessment COPD. Gemiddeld scoorden de patiënten 30 (sd= 14) op de ernstschaal. Bij het onderdeel ‘ademing’ scoorden 8 (40%) patiënten ernstig. 2 (10%) patiënten scoorden bij het item ‘spreken & stem’ ernstig, hier is het gemiddelde 11,6 (sd= 2,8). Op het item ‘eten & drinken’ scoorde één (5%) patiënt ernstig. Bij dit onderdeel werd gemiddeld 6,6 (sd=2,8) gescoord. Ook bij het item ‘tekst lezen’ werd één (5%) patiënt ernstig gescoord. Deze resultaten komen met de gevonden gegevens uit de literatuur overeen. Sommige COPD patiënten kunnen door een verstoorde adem – stem koppeling, spraak- en stemproblemen ontwikkelen, wat de communicatie kan beïnvloeden (Jeurissen, 2014; NVLF, 2010).

Tabel 4.9: Overzicht ernstscores

Item	Ernstig	Gemiddelde Score	Standaarddeviatie
Totaal	1 (5%)	30	14
Ademing	8 (40%)	21	5,4
Spreken&Stem	2 (10%)	11,6	2,8
Eten&Drinken	1 (5%)	6,6	2,8
Tekst lezen	1 (5%)	6,5	5,1

3b) In welke komen de door het assessment COPD gedetecteerde communicatieproblemen overeen met prevalentie gegevens uit recente literatuur?

De interne consistentie van het gezamenlijke assessment COPD (n=20) is 0,65. Voor het item ‘ademing’ werd een Cronbach’s Alpha van 0,55 berekend. Voor het onderdeel ‘spreken & stem’ is de interne consistentie 0,2 geweest. De interne consistentie van het onderdeel ‘eten & drinken’ is 0,2 en de alpha bij ‘tekst lezen’ is 0,7 geweest. Voor de conclusie werd een Cronbach’s Alpha van 0,65 berekend.

5. Discussie

In het volgende hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten in verband met onze vraagstellingen bediscussieerd en er worden methodologische beperkingen beschreven. De verkregen resultaten worden ingebed in recente literatuur, voordat een conclusie en implicaties voor de toekomst worden geformuleerd.

5.1 Belangrijkste resultaten

Aangaande de eerste hoofdvraag zijn de belangrijkste resultaten als volgt. De vertaling van het Nederlandse assessment COPD verliep volgens de bestaande richtlijnen. Door een hoge mate van overeenkomsten tussen de terugvertalingen is het alleen nodig geweest, om enige aspecten m.b.t. formuleringen aan te passen (zie bijlage 1 & 2). Deze hebben de betekenis van het Assessment niet verder beïnvloed.

De resultaten van het hanteerbaarheidsonderzoek, m.b.t hoofdvraag twee, bevestigen boven genoemde bevindingen. De acht logopedisten zijn allemaal van mening geweest, dat zij het assessment COPD zonder moeilijkheden zouden kunnen afnemen. Ook door de 20 COPD patiënten werd aangegeven, dat zij de vragen hebben begrepen en aan de eisen konden voldoen. Wel werd door vijf (62,5%) logopedisten opgemerkt, dat het assessment COPD qua lay-out niet overzichtelijk is. Zes (75%) logopedisten zijn van mening geweest, dat de afkortingen ‘BS’ en ‘KA’ nader moeten worden verklaard. Door de twee beoordelaars werd vastgesteld, dat de begrippen ‘spanning’ en ‘inspanning’ beter moeten worden beschreven, zodat het verschil tussen deze items duidelijk wordt. De twee beoordelaars uitten de kritiek, dat het aspect ‘advies stemproblemen’ in de conclusie van het assessment COPD ontbreekt. Alle vermelde aspecten zijn in de nieuwe versie van het assessment COPD en in de geschreven richtlijn (zie bijlage 2 & 3) verwerkt. Omtrent de hanteerbaarheid blijkt, dat de gemiddelde afnameduur wat betreft het assessment COPD 16,95 minuten bedraagt.

Ten opzichte van hoofdvraag drie werd bij acht (40%) van de geteste COPD patiënten door de beoordelaars een communicatieprobleem gesignaleerd. Naar aanleiding van de afnames en berekening van de ernstscores werd alleen bij één (5%) patiënt een risicoscore op het gebied van communicatieproblemen gevonden. Bij het item ‘stemproblemen’ scoorden de patiënten op de borgschaal gemiddeld een drie (sd= 2,2). Voor de ‘ademing tijdens inspanning’ kwam een gemiddelde score van acht (sd= 2,4) op de borgschaal naar voren. Bij dit onderdeel en bij ‘ademing tijdens spanning’ werd op de borgschaal door zes (30%) patiënten een maximum waarde van 10 gescoord. M.b.t. ‘kortademigheid tijdens het spreken’ gaven negen (45%)

patiënten aan tijdens het spreken kortademig te zijn. Door vier (20%) patiënten werd vermeld problemen met het kauwen en slikken te hebben.

5.2 Interne validiteit

Binnen de methode werd vastgelegd, dat het Nederlandse assessment COPD volgens de richtlijn van Guillemin et al. (1993) naar het Duits wordt vertaald. Doordat zich tijdens de terugvertalingsprocedure aan de in de richtlijn beschreven stappen werd gehouden, werd een systematische aanpak gegarandeerd. De voor de vertalingsprocedure geselecteerde populatie heeft spoedig akkoord gegeven om aan het onderzoek mee te doen. Het te vertalen document werd via e-mail verstuurd en is in korte tijd vertaald/ terugvertaald en teruggestuurd. De vertalingen en terugvertalingen werden onafhankelijk van elkaar gedaan, zoals in de richtlijn als vereiste beschreven staat.

Het hanteerbaarheidsonderzoek werd aan een steekproef logopedisten (n=8) en COPD patiënten (n=20) uitgevoerd. Vanwege de kleine steekproef zijn de resultaten van dit onderzoek niet generaliseerbaar voor de gehele populatie. Maar om de onderzoeksvragen te beantwoorden en volgens de richtlijnen te werken, zijn de resultaten voldoende.

De logopedisten en patiënten, welke aan het hanteerbaarheidsonderzoek hebben deelgenomen, werden gedeeltelijk persoonlijk, telefonisch of via e-mail benaderd. Er werden informatiebrieven aan hun gestuurd/gegeven (zie bijlage 5). Na twee weken werd een herinneringsmail verstuurd aan twee logopedisten, die niet hebben gereageerd. Er werd niet geprobeerd andere responsverhogende maatregelen in te schakelen. Uiteindelijk werden alleen maar logopedisten en patiënten uit de omgeving van de onderzoekers geworven. Dit vanwege de betere toegankelijkheid en wegens organisatorische aspecten. Had men ook bij proefpersonen buiten de omgeving aangevraagd, zou de respons en waarschijnlijk ook het bewijsniveau hoger zijn geweest. Deze selectiebias heeft het eigenlijke onderzoek echter niet negatief beïnvloed.

De vragenlijsten (zie bijlage 6 & 7), die door de onderzoekers werden opgesteld, zijn gebaseerd op de onderzoeksvragen van de thesis. Ook is rekening gehouden met de in de literatuur beschreven vereiste voor hanteerbaarheid (Beurskens, 2008). Er werd geen pretest gedaan. Hierdoor is mogelijk sprake van een informatiebias. Door statistische analyse werd vastgesteld, dat er geen overeenkomst naar voren kwam tussen de conclusie van het assessment COPD en de persoonlijke beleving van de beoordelaars. Dit heeft te maken met het betreffende item (zie bijlage 6, item 7) in de vragenlijst. Dit item is niet precies genoeg

geformuleerd om deze overeenkomst te kunnen meten. Door een pretest had dit eventueel opgespoord kunnen worden.

Er werd een meetinstrument vertaald dat nog niet naar evidence based practice onderzocht is. Dit zou voorts ook een informatiebias voor dit onderzoek kunnen betekenen. Wel is het instrument door deskundigen ontwikkeld en in de praktijk getest. Daarnaast blijkt uit een parallel uitgevoerd onderzoek een goede test-hertest betrouwbaarheid van het Nederlandse assessment COPD (Lenders, Notermans & Snackers, 2015). Er bestaat op dit moment überhaupt nog geen meetinstrument voor de diagnostiek van communicatieproblemen bij COPD, dat voldoende op betrouwbaarheid en validiteit is getest.

5.3 Externe validiteit

Naar mening van de bevroagde logopedisten zullen m.b.v. het vertaalde assessment COPD communicatieproblemen bij COPD patiënten gesignaleerd kunnen worden. Wel zijn aanpassingen van items in het assessment COPD naar aanleiding van het hanteerbaarheidsonderzoek en in verband met het bestuderen van literatuur voorgenomen. Deze worden beneden beschreven:

In de literatuur wordt benadrukt, dat het ziektebeeld astma in het kader van differentiaaldiagnostiek moet worden afgebakend van COPD (Chavannes, 2013; Decramer et al., 2014; Kojda, 2005; Rabe, 2012; Vogelmeier et al., 2007). Door één van de geteste patiënten werd vermeld, dat zij eerst gediagnosticeerd was met astma en later toch de diagnose COPD kreeg. Dit werd toevallig onder het item ‘overig’ door de patiënt verteld. Het is echter niet door het assessment COPD in kaart gebracht. Om een eventuele dubbeldiagnose (astma en COPD) op te kunnen sporen, wordt dit aspect verwerkt in de nieuwe versie van het assessment COPD (zie bijlage 2). Dit zal voor een zo optimaal mogelijke afstemming van de therapieinhoud op de behoeftes van de patiënten van belang zijn.

De binnen dit onderzoek berekende interne consistenties voor het assessment COPD, hebben op grond van de lage alpha – scores geen aanleiding gegeven om items van het assessment te excluseren. Terwijl uit het Nederlandse onderzoek naar voren kwam, dat de interne consistentie beter wordt als de items ‘wel/ geen actie bij KA’ en ‘verandering van stem’ uit het Assessment worden gehaald (Lenders, Notermans & Snackers, 2015). Voor dit onderzoek is ervoor gekozen deze items aangaande de eindversie ook te excluseren, omdat hierdoor het gewicht van de verblijvende items beter wordt. Ook tijdens de afnamen van het assessment

COPD is opgevallen, dat de items overbodig zijn. Dit is verwarrend voor de patiënten en het maakt de afname van het assessment langer.

Door de gevonden resultaten en de observaties van de beoordelaars worden de bevindingen van de NVLF (2010) en Jeurissen (2014), dat COPD patiënten communicatieproblemen op verschillende vlakken kunnen vertonen, bekrachtigd (Helsper, 2010; NVLF, 2010; Jeurissen, 2014). Hieronder worden deze bevindingen in verband met de verkregen scores en de literatuur weer gegeven:

Uit de gevonden resultaten blijkt, dat er bij het item ‘stemproblemen’ gemiddeld een drie op de borgschaal werd gescoord (min.: 0, max.: 7). Terwijl de gemiddelde waarde van drie nog geen ernstig probleem aanduidt, zit er wel met een maximum waarde van 7, een ‘heel ernstige’ score, daartussen. In de studie van Zeijger (2012) wordt geconcludeerd dat COPD patiënten een verminderde kwaliteit van leven kunnen vertonen. Dit is mede aan stemproblemen gerelateerd.

Door de beoordelaars werden bij vier (20%) patiënten slikproblemen gesignaleerd. Qua ernstschaal is er maar bij één patiënt (5%) een risicoscore te vermelden. De populatie voor slikproblemen is dus relatief klein, maar dit is vermoedelijk te herleiden naar de kleine steekproef en naar het feit, dat de minderheid patiënten (15%) een ernstige vorm van COPD heeft gehad. Een vergelijkbaar aantal voor slikproblemen wordt binnen een Nederlands onderzoek (n=50) met negen (18%) patiënten gesignaleerd (Lenders, Notermans, Snackers, 2015). Er zijn aanwijzingen in de literatuur, dat vooral patiënten met een ernstige vorm van COPD risico lopen om problemen op het gebied van slikken te ontwikkelen (de Deus Chaves, 2014, NVLF, 2009, NVLF 2010). Mc Kinstry et al. (2010) meent, dat een minder goede coördinatie tussen de adem- en slikfunctie hier de oorzaak van is. Door een andere artikel wordt de aanname geformuleerd, dat eventueel door medicatie (corticosteroids en anticholinergica's) de sensibiliteit van de bij het slikken betrokken structuren negatief wordt beïnvloed (de Deus Chaves, 2014). Dien ten gevolge lopen COPD patiënten het risico slikproblemen te ontwikkelen, wanneer zij over lange termijn medicatie innemen. In dit onderzoek werd gezien, dat 17 (85%) patiënten medicatie in nemen.

Ook de kortademigheid is als een communicatieprobleem te kaderen. De ademing maakt een groot deel uit van de communicatie en de NVLF waarschuwt, dat de manier van ademing een negatieve impact kan hebben op het spreekgedrag (NVLF, 2010). Uit de gevonden resultaten blijkt dat negen (45%) patiënten, met een gemiddelde van drie (sd= 2,4), aangaven tijdens het spreken kortademig te zijn. Op de borgschaal werd twee keer een maximum waarde van 7

gescoord. In het Nederlandse onderzoek werd als maximum waarde twee keer een 8 gescoord (Lenders, Notermans & Snackers, 2015). In het algemeen leiden de bevindingen tot de aanname, dat COPD patiënten kortademigheid tijdens het spreken wel opmerken, maar dat het vermoedelijk in vergelijking met ademen tijdens inspanning niet als erg genoeg wordt ervaren. Wat een reden daarvoor kan zijn, is dat zij voor ‘kortademigheid tijdens spreken’ niet primair om hulp vragen. Er dient verder onderzoek met grotere steekproeven te worden verricht om dit voor de hele populatie te kunnen generaliseren.

In verband met het ontwikkelingsproces van COPD m.b.t. de gezondheidszorg en logopedie zijn in de literatuur de volgende belangrijke aspecten gevonden:

Uit literatuur blijkt, dat door de wereldwijde vergrijzing ook het aantal COPD patiënten toeneemt (Gosselink et al., 2008). Dit zal voor de gezondheidszorg een enorme sociaal economische belasting betekenen (Vogelmeier et al., 2007). Een studie heeft de kosten voor een steekproef met 785 mensen met COPD in Duitsland in het jaar 2000 op 5,47 miljard euro geschat (Ruff et al., 2000). Hierbij is de arbeidsongeschiktheid bij de indirecte kosten verantwoordelijk voor de grootste kostenfactor (Vogelmeier et al., 2007). Ook een aantal patiënten vertelden, dat zij op grond van hun aandoening arbeidsongeschikt raakten.

Het belang van een multidisciplinaire aanpak wordt benadrukt van zowel de NVLF als ook van de KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor fysiotherapie) (Gosselink et al., 2008, Helsper, 2010, NVLF, 2010). Vooral de samenwerking van logopedisten met fysiotherapeuten en diëtisten wordt benadrukt (NVLF, 2010; Jeurissen, 2014). De fysiotherapeut heeft meestal grotere kennis van functioneel bewegen van de thorax in verband met het hele lichaam (Helsper, 2010). Daarentegen is de logopedist gespecialiseerd wat betreft het hoofd- en halsgebied. Door een goede samenwerking zal een optimaal behandelresultaat voor de individuele patiënt worden bereikt (Helsper, 2010). Uit persoonlijke gesprekken met de geteste patiënten bleek, dat meerdere naast de deelname aan de longsportgroep ook een fysiotherapeut en andere hulpverleners opzoeken.

Tot slot is door de leidster van de longsportgroep uitgelegd, dat ontspanning van positieve invloed kan zijn op de klachtenbeleving van COPD patiënten. De expert Helsper (2010) beschrijft een duidelijke beïnvloeding van spanning op COPD klachten. Daarom hanteert zij een combinatie van enerzijds ontspannings- en ademtherapie met anderzijds gewone logopedische zorg. Zij is van mening dat hierdoor en door het vergroten van inzicht van de patiënten op hun klachten, de logopedische behandelmethoden efficiënter en sneller kunnen worden omgezet (Helsper, 2010). Gezien dit alleen maar een expertmening is, dient er nog

verder onderzoek moeten worden verricht. Dit is echter niet alleen in Duitsland voor de ontwikkeling van de zorg voor COPD patiënten binnen logopedie een belangrijk aanknopingspunt, maar ook in Nederland en zelfs in andere Europese landen.

5.4 Implicaties

Naar aanleiding van dit onderzoek werden de volgende implicaties voor verder onderzoek en voor de praktijk geformuleerd.

5.4.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Aanbeveling 1:

Door dit onderzoek wordt een nieuw meetinstrument voor Duitsland ontwikkeld. Dit instrument is nog niet op validiteit en betrouwbaarheid getest, wat een implicatie voor verder onderzoek zou zijn. Door de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) (Chavannes, 2011; Gosselink et al., 2008) is er een gevalideerde en betrouwbare vragenlijst op de markt (Elsendoorn, 2011; Kocks et al., 2010; van der Molen et al., 2003). Deze geeft inzicht in symptomen, functionele toestand en emoties van COPD patiënten (Gosselink et al., 2008). Met behulp hiervan kan bijvoorbeeld de mate van constructvaliditeit (convergente validiteit) van het assessment COPD in kaart worden gebracht.

Aanbeveling 2:

Het is aan te bevelen, een grotere steekproef te trekken om de hanteerbaarheid van de aangepaste versie van het assessment COPD te onderzoeken. Tevens zullen hierdoor ook communicatieproblemen bij een groter populatie in kaart gebracht worden. De resultaten zullen eventueel een implicatie voor de paramedische zorg zijn om de noodzaak van logopedische behandeling voor COPD patiënten te herkennen.

Aanbeveling 3:

Binnen de wervingsprocedure voor logopedisten van dit hanteerbaarheidsonderzoek is via internet een logopediste gevonden, die wel specifieke en symptoomgerichte ervaringen had met het behandelen van COPD patiënten: Het is mogelijk, dat er meerdere logopedisten in Duitsland zijn, die wel al bewust COPD patiënten logopedisch behandelen. De draagwijdte hiervan dient geïnventariseerd te worden. Factoren zoals kennis en behoeften onder logopedisten op het gebied van COPD kunnen bij de inventarisatie een rol spelen.

5.4.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Aanbeveling 1:

De “dbl” (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.v.) is de bekendste logopedische vereniging binnen Duitsland. Het zal een aanbeveling zijn, een voorlichting over COPD binnen deze instelling te organiseren. Daardoor kan het ziektebeeld COPD in verband met logopedie naar Nederlands voorbeeld worden besproken. Op deze wijze wordt een instantie ingeschakeld, die het ziektebeeld COPD en de kansen voor de Duitse logopedie aan het licht kan brengen.

Aanbeveling 2:

Het zou een aanbeveling zijn om het ziektebeeld COPD voor studenten logopedie in het curriculum op te nemen. Hierdoor worden deze meteen met het belang van COPD in verband met logopedie bekend gemaakt.

Aanbeveling 3:

Naast de logopedisten zullen ook de fysiotherapeuten gewaar worden, dat de logopedische discipline in het therapeutisch beleid van COPD patiënten geïntegreerd kan worden. Vooral als de fysiotherapeut problemen op het vlak van communicatie vermoedt, zou het van belang zijn om logopedie in te schakelen. Hiervoor dienen de fysiotherapeuten door bijvoorbeeld informatiebrieven en voorlichtingen in de praktijk geïnformeerd te worden. Zij zullen inzicht krijgen over de bandbreedte van logopedische mogelijkheden bij COPD patiënten.

5.5 Conclusie

Samenvattend kan er worden gezegd, dat met behulp deze thesis een voorwaarde is gecreëerd om COPD in te bedden in de Duitse logopedie. Door de vertalingsprocedure is een nieuw meetinstrument voor Duitsland ter opsporing van communicatieproblemen bij COPD patiënten ontstaan. Het vertaalde assessment COPD is begrijpelijk voor Duitse patiënten en logopedisten. Naar aanleiding van het hanteerbaarheidsonderzoek en de literatuur werden enige aspecten in de Duitse versie van het assessment COPD aangepast (zie bijlage 2). Er wordt aangenomen, dat het assessment zodoende gebruiksvriendelijk is. Dit wordt onder andere door de gemiddelde afnameduur (16,95 min) bevestigd. De afname van het assessment COPD kan binnen een logopedische behandelsessie uitgevoerd worden, waardoor het met het Duitse gezondheidszorgsysteem (zie paragraaf 2.3.1) compatibel is.

Onder COPD patiënten bestaat de interesse om over de verschillende logopedische behandel mogelijkheden geïnformeerd te worden. De benaderde logopedisten zijn net zo geïnteresseerd in deze nieuwe kans voor de logopedische zorg en staan open voor een nieuwe ontwikkeling in Duitsland, zoals blijkt uit persoonlijke gesprekken. Als gevolg hiervan en vanwege het stijgend aantal COPD patiënten in relatie tot de sociaal economische factor, die eerder is beschreven, is het belangrijk het ziektebeeld in Duitsland publiek te maken. De zorgverleners rondom deze patiëntengroep kunnen op deze manier, ook rekening houdend met het ICF gericht werken. De zorg kan op deze manier geoptimaliseerd worden. Een belangrijke rol binnen deze zorg speelt het multidisciplinair samenwerken.

5.5.1 Take home message

Het aantal mensen, dat de diagnose COPD krijgt, neemt steeds toe en de belasting voor de gezondheidszorgsystemen wordt groter. Door middel van deze bachelorthesis werd een meetinstrument voor Duitsland ontwikkeld, dat communicatieproblemen bij COPD patiënten kan signaleren. Het is van wezenlijk belang logopedie bij de behandeling van COPD patiënten te betrekken en de paramedische zorg voor deze doelgroep te verbeteren. Daarvoor moeten de logopedisten, maar ook de patiënten en artsen zich bewust worden, dat ook de logopedie een behandeloptie bij COPD kan zijn. Dit geldt niet alleen voor Duitsland, ook andere Europese landen zullen hier baat bij hebben.

Literatuurlijst

Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaption of self-report measures. *Spine Volume 25, Number 24*, 3186-3191.

Beurskens, S., van Peppen, R., Stutterheim, E., Swinkels, R., Wittink, H. (2008). *Meten in de praktijk. Stappenplan voor het gebruik van meetinstrumenten in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Bogaardt, H.C.A., Speyer, R., Baijens, L.W.J., Fokkens, W.J. (2008). Cross-cultural Adaptation and Validation of the Dutch Version of SWAL-QoL. *Dysphagia*, 2008, July 15.

Bousquet, J., Khaltaev, N. (2007). *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach*. World Health Organization

Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplege, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Gandek, B., Wagner, A., Aaronson, N., Bech, P., Fukuhara, S., Kaasa, S., Ware, J.E. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA Project Approach. *J Clin Epidemiol Vol.51, No. 11*, 913-923.

Bundesministerium für Gesundheit (2014). *Staatliche Ordnung: Bundesländer*. [Online]. Available: <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/staatliche-ordnung/bundeslaender.html> [2015, Mei 25].

Celli, B.R., MacNee, W. (2004). Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *European Respiratory Journal*, 23, 932-946.

Chavannes, N.H., Dekhuijzen, P.N.R. (2013). *Veel gestelde vragen over COPD*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Chavannes, N.H., Murfs, J.W.M. (2011). *Het COPD formularium, Een praktische leidraad*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Chen-Yuan, Chiang, Ait-Khaled, Nadia, A Enarson Donald. (2011). *The Global Asthma Report 2011* [afbeelding]. Opgevraagd van <http://www.globalasthmareport.org/2011/about/copd.php>

Coene, E.H., van Duijn, H., Flens, C., Kollaard, S., Vinke, H. (2013). *Zorgboek COPD. (vijfde druk)*. Amsterdam: Stichting September.

COPD – Deutschland. e. V. (2006). *COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) mit und ohne Lungenemphysem: Symptome, Ursachen, Diagnostik und Therapieoptionen.*

[Online]. Available: <http://www.copd-deutschland.de/> [2015, Maart 15].

dbl Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (2013). *Logopädie wird verordnet.*

[Online]. Available: <http://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechen-stimme-schlucken/stoerungen-bei-erwachsenen/logopaedie-wird-verordnet.html> [2015, Mei 25].

Decramer, M., Bourbeau, J., Vestbo, J., Celli, B.R., Hui, D.S.C., Lopez Varela, M.V., Nishimura, M., Vogelmeier, C., Stockley, R.A. (2014). *Pocket Guide to COPD diagnosis, management, and prevention.* Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases, Inc.3-26.

De Deus Chaves, R.; Chiarion Sassis, F., Davison Mangilli, L., Krishna Jayanthi, S., Cukier, A., Zilberstein, B., Furquim de Andrade, C.R. (2014). Swallowing transit times and valleculae residue in stable chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulmonary Medicine* 14:62.

EFA. (2012). *EFA Book on Minimum Standards of Care for COPD Patients in Europe.* Brussel.

Elsendoorn, D. (2011). De psychometrische eigenschappen van de Clinical COPD Questionnaire (CCQ). *Afstudeeropdracht Fysiotherapie, Hogeschool Utrecht.*

Eu-Patienten.de (2014). *Was sollte ich über das deutsche Gesundheitssystem wissen?* [Online]. Available: http://www.eu-patienten.de/de/behandlung_deutschland/deutsches_gesundheitssystem/gesundheitsystem_deutschland.jsp [2015, Mei 25].

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel – Richtlinie /HeilM – RL).* Bundesanzeiger 2011, Nr. 96.

Gerlinger, T., Reiter, R. (2014). Die Finanzierung des Gesundheitswesens in den Niederlanden. *Dossier Gesundheitspolitik.*

Gosselink, R., Langer, D., Burtin, C., Probst, V., Hendriks, H.J.M., van der Schans, C.P., Paterson, W.J., Verhoef-deWijk, M.C.E., Straver, R.V.M., Klaassen, M., Troosters, T., Decramer, M., Ninane, V., Delguste, P., Muris, J. (2008). KGNF-richtlijn Chronisch obstructieve longziekten. *De Fysiotherapeut Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Jaargang 118, Nummer 4.*

- Grunenberg, G. (2003). Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem der Niederlande. *Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung*. Ausgabe 02/03.
- Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* Vol. 46, No. 12; 1417-1432.
- Helsper, M. (2010). COPD en ASTMA: Behandeling door de logopedist/ ademtherapeut. *Logopedie en Foniatrie* Nummer 5.
- Jeurissen, A. (2014). Logopedische behandelmogelijkheden bij Chronic Obstrutive Pulmonary Diseases (COPD). *Heerlen: Faculteit Gezondheid en Techniek, Zuyd Hogeschool*.
- Kocks, J.W.H, Kerstjens, H.A.M., Snijders, S.L., de Vos, B., Biermann, J.J., van Hengel, P., Strijbos, J.H., Bosveld, H.E.P., van der Molen, T. (2010). Health status in routine clinical practice: validity of the clinical COPD questionnaire at the individual patient level. *Health Qual Life Outcomes*, 8:135.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van COPD - Actualisatie maart 2010* (2010). Utrecht.
- Lakerveld-Heyl, K., Boomsma, L.J., Geijer, R.M.M., Gosselink, R., Muris, J.W.M., Vermeeren, M.A.P., Van Hensbergen, W., Verhoef, M., Flikweert, S., Van Ravensberg, C.D. (2007). Landelijke eerstelijns samenwerkings afspraak COPD. *Huisarts & Wetenschap* (8): 21-27.
- Lenders, R., Notermans, A., Snackers, C. (2015). COPD, de logopedist helpt ook mee. Twee betrouwbaarheidsonderzoeken naar het Assessment Logopedie bij COPD. *Heerlen: Gezondheid en Techniek, Zuyd Hogeschool*.
- Lépori, L. R. (2008). *Medicom respiratoire atlas Deel II*. Medicom Medische Uitgeverij B.V., Baarn.
- Lingemann, J. (2015). *Lungenemphysem COPD Definition, Diagnostik und Therapien*. 6. Auflage Band 3. COPD – Deutschland e.V..
- Logopedie. nl (2009). *Hoe lang duurt een logopedische behandeling?*. [Online]. Available: http://www.logopedie.nl/site/hoelangduurt_een_logopedische_behandeling [2015, Mei 26].
- Long Alliantie Nederland LAN (2010). *Zorgstandaard COPD*. Amersfoort.

Mc Kinstry, A., Tranter, M., Sweeney, J. (2010). Outcomes of Dysphagia Intervention in a Pulmonary Rehabilitation Program. *Dysphagia* 25: 104 – 111.

Nederlands Huisartsten Genootschap en Nederlandse Paramedisch Instituut. (2007). Landelijke eerstelijns samenwerkings afspraak COPD (LESA). *Huisarts & Wetenschap* 14: 50:15

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (2011). *Geen doorverwijzing huisarts meer nodig voor logopedie*. [Online]. Available: http://nvlf.logopedie.nl/nieuws/artikel/geen_doorverwijzing_huisarts_meer_nodig_voor_logopedie [2015, Mei 25].

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2009). COPD. Wat is COPD?. *Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*.

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2010). Literatuurstudie naar de effectiviteit van logopedie bij COPD- patiënten. *Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*.

Ruff, L.K., Volmer, T., Nowak, D., Meyer, A. (2000). The economic impact of smoking in Germany. *European Respiratory Journal* 16: 385-390.

Ponsioen, B.P. (2010). *Aandacht voor astma en COPD, Een praktische handleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Van der Molen, T., Willemse, B.W.M., Schokker, S., ten Hacken, N.H.T., Postma, D.S., Juniper, E.F. (2003). Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 1:13.

Van Haren, E.H.J. (2013). Diagnostiek en behandeling van bronchiëctasieën. *Ned Tijdschr Allergie & Astma*, 13: 63-69.

Van Schayck, O., Wesseling, G. (2010). *Leven met COPD*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Vogelmeier, C., Buhl, R., Criée, C.P., Gillissen, A., Kardos, P., Köhler, D., Magnussen, H., Morr, H., Nowak, D., Pfeiffer-Kascha, D., Petro, W., Rabe, K.F., Schultz, K., Sitter, H., Teschler, H., Welte, T., Wettengel, R., Worth, H. (2007). *Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)*. Pneumologie 2007; 61: e1 e40. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart.

WHO. (2015). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. [Online]. Available: <http://www.who.int/respiratory/copd/en/> [2015, Februari 24].

Worth, H., Buhl, R., Cegla, U., Criée, C.P., Gillissen, A., Kardos, P., Köhler, D., Magnussen, H., Meister, R., Nowak, D., Petro, W., Rabe, K.F., Schultze-Werninghaus, G., Sitter, H., Teschler, H., Welte, T., Wettengel, R. (2002). *Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)*. Pneumologie 2002; 56: 704-738. Georg Thieme Verlag Stuttgart.

Zeijger, R. (2012). De VHI in patients with chronic lung disease. *Universiteit Utrecht Opleiding MSc Logopediewetenschap*.

Bijlage 1: Vertaalde versie 'Assessment Logopedie bij COPD'



ASSESSMENT LOGOPÄDIE BEI COPD

PERSONALIEN

Name _____ männl./ weibl.
Geburtsdatum/-ort _____
Wohnort _____
Beruf _____
Hobby's _____

ANAMNESE

Krankheitsverlauf: _____

Gehör-/ Visusprobleme: _____

Rauchen: _____

Sauerstoffgebrauch: _____

Sonstiges: _____

Bisherige logopädische Behandlungen: _____ Ja _____ Nein _____

ATMUNG

BS Ruhe	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BS Spannung	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BS Anspannung	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wann leiden Sie unter Kurzatmigkeit? (z.B. bei hoher Luftfeuchtigkeit, Gerüchen, bestimmten Bewegungen)? _____

Was unternehmen sie im Falle von Kurzatmigkeit? _____

Leiden sie an Panikanfällen/ Hyperventilation? _____

SPRECHEN

Sind Sie kurzatmig während des Sprechens? _____

Sprechen sie weniger als früher, wenn ja: Warum? _____

KA sprechen 0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

STIMME

Haben Sie Probleme mit ihrer Stimme (z.B. Heiserkeit, Veränderung der Stimme)?

Stimmprobleme 0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MEDIKATION

Inhalieren (Sprays):

Spülen (Infektionen, Heiserkeit):

Trockener Mund (Flasche Wasser, Lutschbonbon, Oralbalance Mundgel):

ESSEN UND TRINKEN

Haben sie Beschwerden beim Kauen oder Schlucken und/ oder Probleme mit Reflux oder Aerophagie?

Schluckprobleme 0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

KA essen/ trinken 0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beobachtungen während des Essens

TEXT LESEN

BS vorher 0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

BS während 0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

BS danach 0 0,5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Körperhaltung:

Lesetempo:

Atemtechnik:

Atempausen:

FAZIT

Behandlung Sprechatmung:	ja / nein
Ratschläge Kurzatmigkeit und Sprechatmung:	ja / nein
Ratschläge Essen und Trinken/ Aerophagie:	ja / nein
Ratschläge für Panikattacken:	ja / nein



ASSESSMENT LOGOPÄDIE BEI COPD

PERSONALIEN

Name _____ männl./ weibl.

Geburtsdatum/-ort _____

Wohnort _____

Beruf _____

Hobby's _____

ANAMNESE

Krankheitsverlauf:

Gehör-/ Visusprobleme:

Rauchen:

Sauerstoffkonzentrator(en): Ja Nein

Stadium COPD:

Sonstiges (z.B. Asthma):

Bisherige logopädische Behandlungen: Ja Nein

ATMUNG

BS Ruhe	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BS Spannung	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BS Anspannung	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wann leiden Sie unter Kurzatmigkeit? (z.B. bei hoher Luftfeuchtigkeit, Gerüchen, bestimmten Bewegungen)?

Leiden sie an Panikanfällen/ Hyperventilation?

SPRECHEN

Sind Sie kurzatmig während des Sprechens?

Sprechen sie weniger als früher, wenn ja: Warum?

KA sprechen	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-------------	---	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

STIMME

Stimmprobleme	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------	---	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

MEDIKATION

Inhalieren (Sprays):

Spülen (Infektionen, Heiserkeit):

Trockener Mund (Flasche Wasser, Lutschbonbon, Oralbalance Mundgel):

ESSEN UND TRINKEN

Haben sie Beschwerden beim Kauen oder Schlucken und/ oder Probleme mit Reflux oder Aerophagie?

Schluckprobleme	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KA essen/ trinken	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Beobachtungen während des Essens

TEXT LESEN

BS vorher	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BS während	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BS danach	0	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Körperhaltung:

Lesetempo:

Atemtechnik:

Atempausen:

FAZIT

Behandlung Sprechatmung:	ja/ nein
Ratschläge Kurzatmigkeit und Sprechatmung:	ja/ nein
Behandlung Stimmprobleme:	ja/ nein
Ratschläge Essen und Trinken/ Aerophagie:	ja/ nein
Ratschläge Panikattacken:	ja/ nein

ABKUERZUNGEN

BS = Borg Skala

0 = überhaupt keine Atemnot

0,5 = sehr, sehr milde (knapp wahrnehmbar)

1 = sehr milde

2 = milde

3 = mäßig

4 = recht schwer

5 = schwer

6, 7 = sehr schwer

8, 9 = sehr, sehr schwer (fast maximal)

10 = maximale Atemnot

KA = Kurzatmigkeit

LEITLINIE FÜR DIE ABNAHME DES ASSESSMENT LOGOPÄDIE BEI COPD

PERSONALIEN

Innerhalb dieses Abschnitts werden die Personalien des Patienten aufgenommen.

ANAMNESE

Krankheitsverlauf: Hinterfragen Sie den bisherigen Krankheitsverlauf des Patienten (z.B. Beginn der Erkrankung)

Gehör-/ Visusprobleme: Erkundigen Sie sich, ob der Patient ebenfalls Probleme bezüglich des Hör- oder Sehvermögens hat.

Rauchen: Wenn der Patient raucht, was sind seine Rauchgewohnheiten? (z.B. Anzahl der gerauchten Zigaretten am Tag)

Sauerstoffgebrauch: Hat der Patient ein Sauerstoffgerät?

Sonstiges: Gibt es noch weitere Auffälligkeiten/ Beschwerden, von welchen der Patient berichtet?

Bisherige logopädische Behandlungen: Wurde der Patient in der Vergangenheit bereits logopädisch behandelt?

ATMUNG

BS = Borg – Skala: dient zur Einteilung des Schweregrads bei Atemnot

(0 = überhaupt keine Atemnot, 0,5 = sehr, sehr milde (knapp wahrnehmbar), 1 = sehr milde, 2 = milde, 3 = mäßig, 4 = recht schwer, 5 = schwer, 6, 7 = sehr schwer, 8, 9 = sehr, sehr schwer (fast maximal), 10 = maximale Atemnot)

Lassen Sie den Patienten den Schweregrad seiner Atemnot einschätzen.

BS Ruhe: Atmung ohne Anstrengung (Ruheatmung)

BS Spannung: Atmung in Stresssituationen

BS Anspannung: Atmung während körperlicher Anspannung

Wann leiden Sie unter Kurzatmigkeit? (z.B. bei hoher Luftfeuchtigkeit, Gerüchen, bestimmten Bewegungen)?

Was unternehmen sie im Falle von Kurzatmigkeit?

Leiden sie an Panikanfällen/ Hyperventilation?

SPRECHEN

Sind Sie kurzatmig während des Sprechens?

Sprechen sie weniger als früher, wenn ja: Warum?

KA = Kurzatmigkeit

KA sprechen: Lassen Sie den Patienten den Schweregrad der Kurzatmigkeit, während des Sprechens, anhand der Skala einschätzen.

STIMME

Haben Sie Probleme mit ihrer Stimme (z.B. Heiserkeit, Veränderung der Stimme)?

Stimmprobleme: Lassen Sie anhand dieser Skala den Patienten die Probleme im Bereich der Stimmgebung einschätzen.

MEDIKATION

Inhalieren (Sprays): Erkundigen Sie sich, ob der Patient Medikamente zur Inhalation benutzt.

Spülen (Infektionen, Heiserkeit): Fragen Sie den Patienten, was er im Falle einer Heiserkeit/ Infektion unternimmt.

Trockener Mund (Flasche Wasser, Lutschbonbon, Oralbalance Mundgel): Fragen Sie den Patienten, was er unternimmt, wenn er ein trockenes Gefühl im Mund hat.

ESSEN UND TRINKEN

Erklären Sie dem Patienten vorab was die Begriffe ‚Reflux‘ und ‚Aerophagie‘ bedeuten.

Haben Sie Beschwerden beim Kauen oder Schlucken und/ oder Probleme mit Reflux oder Aerophagie?

Schluckprobleme: Lassen Sie den Patienten seine Schluckprobleme anhand dieser Skala einschätzen.

KA essen/ trinken: Lassen Sie den Patienten seine Kurzatmigkeit während des Essens und Trinkens anhand der Skala einschätzen.

Zur Observation des Ess- und Trinkverhaltens geben Sie dem Patienten Wasser, Joghurt und einen Keks.

Beobachtungen während des Essens: Notieren Sie hier sonstige Auffälligkeiten während des Essens und Trinkens.

TEXT LESEN

Geben Sie dem Patienten einen Text (z.B. „Der Nordwind und die Sonne“) zum Vorlesen.

BS vorher: Beurteilen Sie anhand der Skala die Kurzatmigkeit des Patienten vor dem Lesen.

BS während: Beurteilen Sie anhand der Skala die Kurzatmigkeit des Patienten während des Lesens.

BS danach: Beurteilen Sie anhand der Skala die Kurzatmigkeit des Patienten nach dem Lesen.

Notieren sie außerdem Ihre Beobachtungen für die folgenden Aspekte:

Körperhaltung:

Lesetempo:

Atemtechnik:

Atempausen:

FAZIT

Schätzen Sie nach dieser Untersuchung ein, welche Interventionen für den Patienten geeignet wären. Nehmen Sie hierzu die auf dem Untersuchungsbogen genannten Aspekte zur Hilfe:

Behandlung Sprechatmung: ja/ nein

Ratschläge Kurzatmigkeit und Sprechatmung: ja/ nein

Ratschläge Essen und Trinken/ Aerophagie: ja/ nein

Ratschläge für Panikattacken: ja/ nein

Bijlage 4: Benaderingen populaties voor het hanteerbaarheidsonderzoek

Benadering van logopedisten via E-Mail/ Facebook:

Sehr geehrte Frau/ Sehr geehrter Herr

Mit dieser Email treten wir an Sie heran mit der Bitte an unserer Untersuchung teilzunehmen. Für unsere Bachelorarbeit sind wir auf der Suche nach Logopäden, die bereit sind eine Anamneseliste anhand eines Fragebogens zu beurteilen. Dies nimmt ca. 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch.

Es handelt sich um ein Assessment, welches wir aus dem Niederländischen ins Deutsche übersetzt haben. Das übersetzte Assessment dient der Ergründung von Kommunikationsproblemen bei COPD Patienten. Das Ziel der Untersuchung, unsere Idee, sowie weitere Informationen finden sie im Anhang dieser Email.

Wir würden uns über Ihre Mithilfe freuen und hoffen von Ihnen zurück zu hören!

Mit freundlichen Grüßen

Alexa Lemberg & Hille Schröder

Benadering van instellingen waar COPD patiënten terecht komen via E-Mail/ Facebook:

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben Ihre Lungensportgruppe/Patientenvereinigung im Internet gefunden und möchten Sie um Ihre Unterstützung bei unserer Bachelorarbeit bitten. Wir sind auf der Suche nach COPD Patienten, bei welchen wir eine kurze Untersuchung abnehmen können. Diese Untersuchung dauert ca. 15 Minuten und beinhaltet das Beantworten einiger Fragen und das Vorlesen eines kurzen Textes.

Es handelt sich um ein Assessment, welches wir aus dem Niederländischen ins Deutsche übersetzt haben. Das übersetzte Assessment dient der Ergründung von Kommunikationsproblemen bei COPD Patienten. Das Ziel der Untersuchung, unsere Idee, sowie weitere Informationen finden sie im Anhang dieser Email. Es wäre schön, wenn Sie das beiliegende Informationsschreiben an Ihre Patienten aushändigen könnten.

Wir würden uns über Ihre Mithilfe und eine Rückantwort freuen!

Mit freundlichen Grüßen

Alexa Lemberg & Hille Schröder

Zuyd Hogeschool
Nieuw Eyckholt 300
6419 DJ Heerlen

COPD Patienten gesucht!

Sehr geehrter Dr.....

COPD ist eine Krankheit, die in den letzten Jahren immer häufiger auftritt. Resultat unserer anfänglichen Recherche ist, dass COPD Patienten in erster Linie von Lungen- und Hausärzten, sowie Physiotherapeuten behandelt werden. Allerdings gehören zu den auftretenden Symptomen bei COPD unter anderem auch Stimm- und Schluckstörungen. Die Behandlung dieser Symptome fällt in den Zuständigkeitsbereich eines Logopäden.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit möchten wir untersuchen, wie häufig Kommunikationsprobleme bei COPD Patienten tatsächlich auftreten. Hierzu haben wir eine Niederländische Untersuchung ins Deutsche übersetzt. Diese Untersuchung möchten wir nun an Probanden testen, um einen ersten Schritt zu unternehmen, Kommunikationsprobleme bei COPD Patienten in Deutschland zu inventarisieren.

Indem Sie den beiliegenden Brief an Ihre COPD Patienten verteilen, könnten Sie uns hierbei unterstützen. Die Patienten können uns dann, bei Interesse, kontaktieren und an unserer Studie teilnehmen.

Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich verarbeitet und keineswegs an Dritte weitergegeben.

Bei Fragen und Anregungen können Sie uns jederzeit telefonisch erreichen oder Sie senden uns eine E-Mail an die folgende Adresse: bachelorthesiscopd@gmail.com !

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

Hille Schröder und Alexa Lemberg

Hille Schröder
Tel.: 0160/ 96654256

Alexa Lemberg
Tel.: 0157/ 56105831

Zuyd Hogeschool, Heerlen
Faculteit Gezondheidszorg
Opleiding Logopedie

Zuyd Hogeschool
Nieuw Eyckholt 300
6419 DJ Heerlen

Kommunikationsprobleme bei COPD

Sehr geehrte Frau.....

COPD ist eine Krankheit, die in den letzten Jahren immer häufiger auftritt. Resultat unserer anfänglichen Recherche ist, dass COPD Patienten vorwiegend von Lungen- und Hausärzten, sowie Physiotherapeuten behandelt werden. Allerdings zählen zu den auftretenden Symptomen bei COPD unter anderem Stimm- und Schluckstörungen. Die Behandlung dieser Symptome fällt in den Zuständigkeitsbereich eines Logopäden.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit möchten wir untersuchen, wie häufig Kommunikationsprobleme bei COPD Patienten tatsächlich auftreten. Hierzu haben wir eine Niederländische Untersuchung ins Deutsche übersetzt. Diese Untersuchung möchten wir nun an Probanden testen, um einen ersten Schritt zu unternehmen, Kommunikationsprobleme bei COPD Patienten in Deutschland zu inventarisieren.

Um diese Untersuchung auf Gebrauchsfreundlichkeit und Verständlichkeit zu testen, benötigen wir Ihre Unterstützung. Es wäre uns eine große Hilfe, wenn Sie die beiliegende Untersuchung zunächst durchsehen und kritisch beurteilen würden. Die Beurteilung können Sie anhand des mitgeschickten Fragebogens durchführen. Schicken Sie den ausgefüllten Bogen bitte anschließend an uns zurück, sodass wir die Ergebnisse analysieren können. Falls Sie zurzeit einen Patienten mit COPD behandeln, können Sie die Untersuchung auch gerne ausprobieren und daraufhin den Fragebogen ausfüllen.

Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich verarbeitet und keineswegs an Dritte weitergegeben.

Sofern Sie Interesse haben an den Ergebnissen unserer Untersuchung, lassen wir Ihnen diese gerne per Mail zukommen.

Bei Fragen und Anregungen können Sie uns jederzeit telefonisch erreichen oder Sie senden uns eine E-Mail an die folgende Adresse: bachelorthesiscopd@gmail.com !

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!
Mit freundlichen Grüßen
Hille Schröder und Alexa Lemberg

Hille Schröder
Tel.: 0160/ 96654256

Alexa Lemberg
Tel.: 0157/ 56105831

Zuyd Hogeschool, Heerlen
Faculteit Gezondheidszorg
Opleiding Logopedie

Zuyd Hogeschool
Nieuw Eyckholt 300
6419 DJ Heerlen

COPD Patienten gesucht!

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir nehmen Kontakt zu Ihnen auf, da wir erfahren haben, dass Sie COPD haben. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit sind wir auf der Suche nach Patienten mit COPD, bei denen wir eine kurze Untersuchung abnehmen dürfen.

COPD ist eine Krankheit, die in den letzten Jahren immer häufiger auftritt. Sie als COPD Patient werden wahrscheinlich von verschiedenen Disziplinen, wie Lungen- und Hausärzten, sowie Physiotherapeuten behandelt. Jedoch ist die Verbindung zwischen COPD und Logopädie im deutschen Gesundheitssystem noch nicht näher bekannt. Doch auch Logopäden könnten auftretende Symptome, wie Stimm- oder Schluckstörungen therapeutisch begleiten.

Im Rahmen unserer Bachelorarbeit haben wir eine Niederländische Untersuchung, ins Deutsche übersetzt. Diese Untersuchung, welche Kommunikationsprobleme als Folge von COPD untersucht, möchten wir nun an Probanden testen.

Hierfür benötigen wir Ihre Unterstützung!

Die Untersuchung dauert ca. 15 Minuten. Wir würden Ihnen hierbei unter anderem einige Fragen stellen und Ihre Atmung, Ihr Sprechen und Ihre Stimme beobachten.

Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich verarbeitet und keineswegs an Dritte weitergegeben.

Sofern Sie Interesse haben an den Ergebnissen unserer Untersuchung, lassen wir Ihnen diese gerne per Mail zukommen.

Konnten wir Sie von unserem Vorhaben überzeugen und würden Sie sich bereit erklären uns zu unterstützen? Dann kontaktieren Sie uns gerne telefonisch oder senden Sie eine E-Mail an die folgende Adresse: bachelorthesiscopd@gmail.com !

Wir würden uns über Ihre Mithilfe freuen!
Mit freundlichen Grüßen
Hille Schröder und Alexa Lemberg

Hille Schröder
Tel.: 0160/ 96654256

Alexa Lemberg
Tel.: 0157/ 56105831

Zuyd Hogeschool, Heerlen
Faculteit Gezondheidszorg
Opleiding Logopedie

Fragebogen für Logopäden - Anwendung COPD Assessment

Allgemein

1. In welcher Einrichtung sind Sie als Logopädin tätig?
 - a. Rehabilitations Klinik
 - b. Krankenhaus
 - c. Logopädische Praxis
 - d. Sonstige:

2. Haben Sie schon einmal Patienten mit COPD logopädisch behandelt?
 - a. JA
 - b. NEIN

Anwendung

3. Stellen Sie sich vor, Sie müssten das Assessment COPD abnehmen. Schätzen Sie in etwa die dafür benötigte Zeit ein:
Zeit:min.
4. Könnten Sie sich vorstellen, das Assessment COPD ohne größere Schwierigkeiten abnehmen zu können?
 - a. JA
 - b. NEIN

Bei Antwort b.: Welche Schwierigkeiten könnten sich während einer möglichen Abnahme ergeben?

Relevanz

5. Könnte mit Hilfe des vorliegenden Assessment COPD ein Kommunikationsproblem bei einem COPD Patienten diagnostiziert werden?
 - a. JA
 - b. NEIN
6. Könnten Sie mit den Ergebnissen aus dem Assessment COPD eine logopädische Therapie aufbauen, sofern ein Kommunikationsproblem diagnostiziert worden wäre?
 - a. JA
 - b. NEIN

Bei Antwort b.: Welche Angaben wären für die Aufstellung eines Behandlungsplans außerdem nötig?

Layout/ Gestaltung

7. Ist das COPD Assessment übersichtlich gestaltet?
 - a. JA
 - b. NEIN

Bei Antwort b.: Inwieweit müsste das Assessment COPD, Ihrer Meinung nach, übersichtlicher gestaltet werden?

Sonstiges/ Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge

Falls Sie die Untersuchung bei einem Patienten mit COPD abnehmen können, stellen Sie dem Patienten im Anschluss bitte die folgenden Fragen (Patientenerfahrung):

1. Haben Sie die Abnahme des Assessment COPD als nützlich empfunden?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort b.: Begründen Sie warum Sie dies nicht als nützlich empfunden haben!

2. Haben Sie die Abnahme des Assessment COPD als belastend empfunden?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort a.: Nennen Sie belastende Faktoren!

3. Konnten Sie die Aufforderungen und Fragen des Assessment COPD gut verstehen und umsetzen?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort b.: In welchen Bereichen des Assessment COPD konnten Sie Schwierigkeiten feststellen?

4. Stimmt das Fazit des Assessment COPD mit Ihren derzeitigen Beschwerden überein?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort b.: Welche Beschwerden können Sie, im Bereich der Kommunikation, außerdem feststellen?

Fragebogen für Logopäden - Anwendung COPD Assessment

Allgemein

1. In welcher Einrichtung sind Sie als Logopädin tätig?
 - a. Rehabilitations Klinik
 - b. Krankenhaus
 - c. Logopädische Praxis
 - d. Sonstige:

2. Haben Sie schon einmal Patienten mit COPD logopädisch behandelt?
 - a. JA
 - b. NEIN

Anwendung

3. Wie lange hat es insgesamt gedauert, dass COPD Assessment abzunehmen?

Zeit:min

4. Konnten Sie das COPD Assessment ohne größere Schwierigkeiten abnehmen?
 - a. JA
 - b. NEIN

Bei Antwort b.: Welche Schwierigkeiten haben sich während der Abnahme ergeben?

Relevanz

5. Wurde mit Hilfe des vorliegenden Assessment COPD ein Kommunikationsproblem bei Ihrem COPD Patienten diagnostiziert?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort b.: Bitte gehen Sie weiter zu Frage 7!

6. Könnten Sie mit den Ergebnissen aus dem Assessment COPD eine logopädische Therapie aufbauen, sofern ein Kommunikationsproblem diagnostiziert wurde?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort b.: Welche Angaben wären für die Aufstellung eines Behandlungsplans außerdem nötig?

7. Bestätigt das Ergebnis des Assessment COPD Ihre Beobachtungen?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort b.: Inwieweit unterscheiden sich Ihre Beobachtungen von dem Ergebnis des Assessment COPD?

Layout/ Gestaltung

8. Ist das COPD Assessment übersichtlich gestaltet?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort b.: Inwieweit muss das Assessment COPD Ihrer Meinung nach, übersichtlicher gestaltet werden?

Sonstiges/ Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge

Fragebogen Patientenerfahrungen Assessment COPD

1. Haben Sie die Abnahme des Assessment COPD als nützlich empfunden?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort b.: Begründen Sie warum Sie dies nicht als nützlich empfunden haben!

2. Haben Sie die Abnahme des Assessment COPD als belastend empfunden?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort a.: Nennen Sie belastende Faktoren!

3. Konnten Sie die Aufforderungen und Fragen des Assessment COPD gut verstehen und umsetzen?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort b.: In welchen Bereichen des Assessment COPD konnten Sie Schwierigkeiten feststellen?

4. Stimmt das Fazit des Assessment COPD mit Ihren derzeitigen Beschwerden überein?

a. JA

b. NEIN

Bei Antwort b.: Welche Beschwerden können Sie, im Bereich der Kommunikation, außerdem feststellen?