

**Samen op weg naar een beter herstel na COVID-19!**

Wensen en behoeften van COVID-19 patiënten ten aanzien van zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving

**Auteur(s)**

Lindsey Aarts, 1811886

Meike Blokland, 1817361

Bernhard Haberler, 1832719

**Beoordelaar(s)**

Dr. Li-Juan Jie

Linda Op het Veld

22 december 2021

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

**Inhoudsopgave**

[Voorwoord](#_Toc89865872)

[Samenvatting](#_Toc89865873)

[1 Inleiding 1](#_Toc89865874)

[2 Methode 5](#_Toc89865875)

[2.1 Design 5](#_Toc89865876)

[2. 2 Populatie 5](#_Toc89865877)

[2.3 Inhoud van de interviews 6](#_Toc89865878)

[2.4 Procedure van de interviews 7](#_Toc89865879)

[2.5 Data-analyse 8](#_Toc89865880)

[2.6 Methodologische kwaliteitscriteria 9](#_Toc89865881)

[2.7 Ethische verantwoording 10](#_Toc89865882)

[3 Resultaten 11](#_Toc89865883)

[3.1 Demografische gegevens respondenten 11](#_Toc89865884)

[3.2 De interviews 12](#_Toc89865885)

[4 Discussie 20](#_Toc89865886)

[4.1 Vergelijking met de huidige literatuur 20](#_Toc89865887)

[4.2 Sterkte- en zwakteanalyse 22](#_Toc89865888)

[4.3 Aanbevelingen voor de praktijk 23](#_Toc89865889)

[4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek 24](#_Toc89865890)

[4.5 Conclusie 25](#_Toc89865891)

[Literatuurlijst 26](#_Toc89865892)

[Bijlagen 32](#_Toc89865893)

[Bijlage 1 – Informatiebrief 32](#_Toc89865894)

[Bijlage 2 – Interview guideline 35](#_Toc89865895)

[Bijlage 3 – Informed consent 37](#_Toc89865896)

[Bijlage 4 – Intakeformulier 39](#_Toc89865897)

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie “Samen op weg naar een beter herstel na COVID-19!". Deze scriptie is geschreven door drie studenten van de opleiding Fysiotherapie aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Het afstudeerproject heeft plaatsgevonden in de periode van september 2021 tot en met januari 2022.

Vanuit het stageadres (Fysiotherapiepraktijk Haelen) van een van de studenten en eigen interesse is het onderwerp van deze scriptie tot stand gekomen. In de fysiotherapiepraktijk waar één student stage heeft gelopen, was er een grote toeloop van revaliderende COVID-19 patiënten. Hierbij kwamen wij voor het eerst in contact met revaliderende COVID-19 patiënten, waar veel variatie in restklachten, leeftijd en omgang met het doormaken van de ziekte werd gezien. De COVID-19 patiënten kwamen met vragen ten aanzien van hun revalidatie. De vragen die de patiënten hadden wekte ons interesse over COVID-19 revalidatie, waardoor wij ons hierin gingen verdiepen. Daarnaast is COVID-19 actueel veel in het nieuws en worden wij hier dagelijks mee geconfronteerd. Er lopen veel onderzoeken naar COVID-19 omdat er nog veel onduidelijk is. Doordat de interesse werd gewekt in de stage en het actueel een grote rol speelt in ons leven, zijn wij tot dit onderwerp gekomen.

De scriptie is tot een goede afronding gekomen middels een prettige samenwerking. We zijn dankbaar voor alle ervaringen die wij hebben mogen meemaken en de daaruit resulterende groei die wij hebben doorgemaakt. Natuurlijk was het ons niet gelukt zonder de feedback en kritische blik van onze afstudeerbegeleiders Li-Juan Jie en Linda Op het Veld. Daarnaast willen wij de fysiotherapieprakrijk Haelen bedanken voor de vrije keuzes die wij mochten maken bij het vormen van ons eindproduct en de goede samenwerking. Als laatste willen wij onze respondenten bedanken voor het delen van hun meningen en ervaringen en de tijd die zij hiervoor hebben genomen.

Heel erg bedankt en veel leesplezier!

Meike Blokland, Lindsey Aarts & Bernhard Haberler

Heerlen, december 2021

Samenvatting

**Inleiding**Maar liefst 10% van de mensen wereldwijd die COVID-19 hebben gehad, blijven langdurig (>3 maanden) klachten ervaren. Deze Long COVID patiënten doorlopen een langdurig revalidatietraject en vinden het moeilijk om hun eigen thuisrevalidatie zelfstandig op te starten. Tevens is het moeilijk voor fysiotherapeuten om hen hierbij te ondersteunen, omdat hun wensen en behoeften niet in kaart zijn gebracht. Op basis van literatuur en eigen interesse is de volgende vraagstelling tot stand gekomen:

*Wat zijn de wensen en behoeften van Long COVID patiënten ten aanzien van het zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving?*

**Methode**

Aan de hand van het biopsychosociaal model is een interviewguide opgesteld met bijbehorende topics, namelijk: ervaren impact van COVID-19, wensen en behoeften ten aanzien van de restverschijnselen en zelfstandig revalideren. Na het afnemen van de interviews is de data getranscribeerd, in vivo gecodeerd en axiaal gecodeerd. Vanuit deze codering werd een codeboom gecreëerd. Als laatste werd er selectief gecodeerd en op basis van verbanden werd een theorie gevormd.

**Resultaten**

In totaal zijn zeven ouderen tussen de 53 en 78 jaar, waarvan drie vrouwen en vier mannen en zes tot 18 maanden geleden voor het eerst besmet met COVID-19 geïncludeerd. De resultaten resulteerden in drie hoofdthema’s: informatievoorziening, externe tools en handvatten en sociale ondersteuning. Hierbij kwamen acht subcategorieën naar voren. Long COVID patiënten hebben behoeften aan: informatie vanuit een centrale zorgverlener, een persoonlijk revalidatieplan en begeleiding, een vaste oefengroep, ervaringen delen met lotgenoten en meer begrip en steun vanuit de werkgever.

**Conclusie**

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat thuisrevalidatie onderbelicht is. Onder Long COVID patiënten zijn de mogelijkheden van thuisrevalidatie niet algemeen bekend. In de toekomst is goede informatievoorziening en begeleiding belangrijk om de mogelijkheden van thuisrevalidatie aan het licht te brengen. Het wordt aanbevolen om een grotere en variabelere doelgroep te onderzoeken.

1 Inleiding

Coronavirus Disease (COVID-19) heeft de afgelopen twee jaar de wereld in zijn greep. COVID-19 is een virus dat van mens op mens wordt overgedragen, onder andere door hoesten of niezen. Aerosolen verspreiden zich in de lucht, iemand anders kan ze inademen en daardoor besmet raken (Rijksoverheid, 2021). Momenteel zijn er wereldwijd meer dan 22 miljoen COVID-19 besmettingen gemeld (WHO, 2021). COVID-19 heeft extreme gevolgen gehad voor de samenleving zoals thuisisolatie, quarantaine en thuiswerken. Daarnaast is de gezondheidszorg hard geraakt, er was een toename van ziekenhuisopnames en overige zorg werd uitgesteld of kwam te vervallen (RTL-nieuws, 2021). Tegelijkertijd werd en wordt er een hoge werkdruk ervaren in onder andere ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsenpraktijken (RIVM, 2020, p. 9). Daarnaast heeft het ook een flinke economische impact, dit was terug te zien in hoge kosten op het gebied van zorg en welzijn. In 2020 werd hieraan 8,9 miljard euro méér uitgegeven in Nederland dan in 2019 (CBS, 2021). Naast de invloed op de gezondheidszorg en economie, heeft het ook gevolgen op lichamelijk gebied.

Na besmetting met COVID-19 kunnen symptomen worden ervaren zoals pijn op de borst, hartkloppingen, kortademigheid, spier- en gewrichtspijn, hoofdpijn, cognitieve stoornis ('hersenmist'), vermoeidheid, neuropathie en paresthesie (Kingstone et al., 2020, p. 2). Patiënten kunnen ook een combinatie van symptomen ervaren (Kingstone et al., 2020, p. 2). Uit de literatuur blijkt dat vermoeidheid, kortademigheid en cognitieve disfunctie de meest voorkomende restverschijnselen zijn (Humphreys et al., 2021, p. 1). Hoewel de meerderheid van de mensen die besmet zijn met COVID-19 binnen enkele weken herstellen, zijn er veel mensen die aanhoudende symptomen ervaren, ongeacht leeftijd en onderliggende gezondheidsproblemen (Humphreys et al., 2021, p. 1). Mensen die langdurig restverschijnselen ervaren worden beschreven als Long COVID patiënten, waarbij “Long” Engels is voor langdurig (RIVM, 2021). Long COVID wordt gedefinieerd als:

“Een multisysteemziekte met klachten die langer dan 12 weken aanhouden en die geassocieerd zijn met een complexe reeks van respiratoire, neurologische, cardiovasculaire, gastro-intestinale, musculoskeletale, reumatologische en dermatologische symptomen variërend van ernst, frequentie en duur” (Humphreys et al., 2021).

Uit enquêtes van patiënten die COVID-19 hebben doorgemaakt blijkt dat 10% met Long COVID te maken krijgt (Humphreys et al., 2021, p. 1).

Mensen die Long COVID hebben, kunnen onder andere revalideren bij een fysiotherapiepraktijk of in een ziekenhuis. Een systematic review heeft de effectiviteit van Long COVID revalidatie onderzocht (Rooney et al., 2020, pp. 1717-1729). Rooney et al. (2020) beschreef dat aerobe- en weerstandstraining leidt tot een verbetering in de fysieke functie en fitheid (p. 1726). Tevens heeft het ook een positief effect op het behouden van reeds bestaande functies en kwaliteit van leven (Frutos-Reoyo et al., 2021, p. 83). Daarnaast kan er ook zelfstandig gerevalideerd worden in de eigen thuisomgeving. Revalideren in de eigen thuisomgeving wordt in dit onderzoek gedefinieerd als:

“Zelfstandig weer valide worden na ziekte in de eigen woning op de meest voorkomende klachtgebieden van COVID-19” (“Thuis”, z.d.).

Door Wang et al. (2012) wordt thuisrevalidatie in het algemeen erkend als de voorkeurskeuze, van Chinese patiënten die herstellen van een acuut myocardinfarct, in tegenstelling tot therapie in de praktijk (p. 23). Thuisrevalidatie blijkt doeltreffend, efficiënt en gemakkelijk te zijn (Wang et al., 2012, p. 23). Het stelt patiënten in staat om verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid te nemen voor hun eigen ziektemanagement (Wang et al., 2012, p. 23). Daarnaast is zelfstandig revalideren voordelig bij het aanpakken van de uitdaging van beperkte middelen in de gezondheidszorg, inclusief het tekort aan revalidatiefaciliteiten en het gebrek aan medische vergoeding (Wang et al., 2012, p. 23). Tijdens de thuisrevalidatie wordt er op individueel niveau gerevalideerd. Volgens Frutos-Reoyo et al. (2021) bleek dat geïndividualiseerde thuisrevalidatie van meerwaarde was (p. 84). Dit kan geheel zelfstandig, mits er genoeg kennis en middelen aanwezig zijn. Tijdens het zelfstandig revalideren worden er oefeningen uitgevoerd in de eigen thuisomgeving die bijdragen aan het herstel van de ervaren restverschijnselen. Deze oefeningen kunnen voortkomen uit eigen kennis, het internet of analoge bronnen. Daarnaast kan er ook onder begeleiding van bijvoorbeeld een fysiotherapeut zelfstandig thuis gerevalideerd worden. Hierbij kan een fysiotherapeut ondersteuning bieden bij het aanreiken en uitvoering van oefeningen en indien nodig informatie verschaffen.

Fysiotherapeuten handelen binnen hun vakgebied normaliter op basis van Evidence Based Practice (EBP). Onder EBP wordt verstaan dat een behandelaar, bijvoorbeeld een fysiotherapeut, keuzes maakt op basis van zijn eigen ervaringen, de ervaringen van de patiënt en de huidige wetenschappelijke literatuur (Koning, z.d.). Uit ervaringen van fysiotherapeuten, werkzaam bij fysiotherapiepraktijk Haelen, blijkt dat zij weinig tijd hebben om iedere Long COVID patiënt persoonlijk in de praktijk te begeleiden. Daarom is het van meerwaarde om zelfstandig thuis, met een mogelijkheid tot begeleiding, aan de slag te gaan. Voordat dit gerealiseerd kan worden, moet eerst duidelijk worden wat de wensen en behoeften van Long COVID patiënten zijn ten aanzien hiervan. Een van de fysiotherapeuten (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) gaf aan:

*“[…] een geïndividualiseerd revalidatieprogramma in de eigen thuisomgeving is effectief en doeltreffend. Wij willen de patiënten zo optimaal mogelijk ondersteunen […] hiervoor dienen eerst de wensen en behoeften van de Long COVID patiënten in kaart te worden gebracht […].”*

Naast ervaringen van de fysiotherapeuten wordt er ook gekeken naar de ervaringen van patiënten. Patiënten uit fysiotherapiepraktijk Haelen geven aan dat zij het moeilijk vinden om naast hun revalidatie in de fysiotherapiepraktijk ook in de eigen thuisomgeving te werken aan hun herstel. Een Long COVID patiënt (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) gaf aan:

“Ik vind het moeilijk wat ik moet ondernemen bij mijn klachten, ik kan dit moeilijk toepassen in mijn dagelijks leven.”

Er wordt naast de ervaringen van de behandelaars en patiënten gekeken naar de huidige literatuur. Uit de huidige wetenschappelijke literatuur blijkt dat er een beperkt aantal kwalitatieve onderzoeken zijn gedaan naar de ervaringen van Long COVID patiënten. Er is onderzoek gedaan naar de psychische ervaringen van COVID-19 patiënten tijdens ziekenhuisopnames (Sun et al., 2021, p. 16). Daarnaast is onderzoek gedaan naar de psychische ervaringen van zorgverleners die met COVID-19 patiënten hebben gewerkt (Sun et al., 2020, p. 594). Echter is het nog onduidelijk hoe Long COVID patiënten hun revalidatie ervaren. Volgens Wasilewski et al. (2021) moet revalidatie een belangrijke rol spelen bij het herstel van COVID-19 patiënten (p. 15). Verder doet Wasilewski et al. (2021) toekomstige aanbevelingen om een grote nadruk te leggen op de psychosociale aspecten van COVID-19 revalidatie en dat er gebruik moet worden gemaakt van een kwalitatieve benadering om hierop klinische gegevens aan te vullen (p.1 ). Kijkend naar de beperkte kwalitatieve literatuur, grote behoeften aan inzichten omtrent zelfstandig thuis revalideren, gecombineerd met de behoeften uit de praktijk is het doel van dit onderzoek om de wensen en behoeften van Long COVID patiënten in kaart te brengen ten aanzien van hun zelfstandige thuis revalidatie. Dit is ontzettend belangrijk zodat fysiotherapeuten minder worden belast, patiënten optimaler kunnen revalideren en meer verantwoordelijkheid krijgen ten aanzien van hun zelfmanagement. Middels een combinatie van de ervaringen van de fysiotherapeuten, de Long COVID patiënten en de huidige literatuur is de volgende vraagstelling tot stand gekomen:

*Wat zijn de wensen en behoeften van Long COVID patiënten ten aanzien van het zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving?*

2 Methode

In dit hoofdstuk werd de methode van het onderzoek beschreven. Om de vraagstelling te beantwoorden werd het design, de populatie, de inhoud en procedure van de interviews, data-analyse, methodologische kwaliteitscriteria en ethische verantwoording beschreven.

2.1 Design

Om de opgestelde onderzoeksvraag adequaat te beantwoorden werd er gekozen voor een kwalitatief onderzoek dat beschrijvend van aard was. Hierbij werden semigestructureerde diepte-interviews afgenomen op één moment in de tijd, daarom was dit een cross-sectioneel onderzoek (Scribbr, 2021). Er is voor een generic qualitative research gekozen. Een generic qualitative research was: een studie die zich richt op enkele of alle kenmerken van de kwalitatieve methodieken (Caelli et al., 2003, p. 2). Binnen dit onderzoek ligt de focus op het begrijpen van een ervaring of een event (Caelli et al., 2003, p. 2). Hierbij lag de nadruk op het inzichtelijk maken van de wensen en behoeften van Long COVID patiënten ten aanzien van zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving.

2. 2 Populatie

Potentiële respondenten werden geïncludeerd indien zij besmet waren met COVID-19 (> 12 weken geleden), minimaal 18 jaar waren, zelf gerapporteerde Long COVID gerelateerde restverschijnselen ervaarden en een hulpvraag hadden ten aanzien van de revalidatie. Long COVID wordt gedefinieerd als:

“Een multisysteemziekte met klachten die langer dan 12 weken aanhouden en die geassocieerd zijn met een complexe reeks van respiratoire, neurologische, cardiovasculaire, gastro-intestinale, musculoskeletale, reumatologische en dermatologische symptomen variërend van ernst, frequentie en duur” (Humphreys et al., 2021, p. 1).

Onder Long COVID gerelateerde restverschijnselen werd verstaan: vermoeidheid, kortademigheid, verminderde conditie en spierkracht, pijn op de borst, hartkloppingen, spier- en gewrichtspijn, hoofdpijn, cognitieve stoornis ('hersenmist'), neuropathie en paresthesie (Humphreys et al., 2021, p. 1; Kingstone et al., 2020, p. 2). Het ervaren van restverschijnselen is belangrijk omdat de vraagstelling zich richt op de ervaringen van Long COVID patiënten ten aanzien van het zelfstandig thuis revalideren. Wanneer men geen restverschijnselen heeft ervaren en niet heeft gerevalideerd, heeft men hier geen ervaring mee. Respondenten werden geëxcludeerd van het onderzoek indien zij ernstige comorbiditeiten hadden op het gebied van neurologie of analgesie, die het revalidatieproces zodanig beïnvloeden dat het werd belemmerd.

Potentiële respondenten werden geworven vanuit de praktijk (fysiotherapiepraktijk Haelen) of via contacten van de Long COVID patiënten (snowball sampling). Op basis van de vooraf opgestelde inclusiecriteria werd geworven (criterion sampling) en de respondenten dienden makkelijk bereikbaar te zijn (convenience sampling) (Moser & Korstjens, 2018, p. 10). Hiervoor is gekozen gezien de korte tijdsperiode waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden. Geïnteresseerde respondenten konden zich op vrijwillige basis aanmelden bij hun fysiotherapeut. Volgens Guest et al. (2006) werd er bij 12 interviews datasaturatie bereikt en bij zes interviews kunnen er kernthema’s worden opgemaakt (p. 61). Daarom werd er gestreefd om zes tot 12 interviews af te nemen (Guest et al., 2006, p. 61). Potentiële respondenten, die voldeden aan de inclusiecriteria ontvingen een informatiebrief (Bijlage 1 - Informatiebrief). De fysiotherapeuten namen daarna contact op met de onderzoekers om de potentiële respondenten door te geven.

2.3 Inhoud van de interviews

Op basis van de vijf stappen van Kallio et al. (2016) werd een topiclijst en interviewguideline (Bijlage 2 – Interviewguideline) opgesteld (p. 2959). Ten eerste is er gekozen voor een semigestructureerd diepte-interview, omdat er zo gefocust kon worden op de onderwerpen die voor de respondenten van belang waren. Ten tweede is er gekeken in de literatuur om kennis op te halen over het onderwerp. Deze kennis was de basis voor het concept van het interview. Ten derde werd een interviewguideline opgesteld als hulpmiddel voor het verzamelen van gegevens. Op basis van het biopsychosociaal model is de interviewguideline opgesteld. Het biopsychosociaal model had de opvatting dat ziekte en gezondheid het beste begrepen konden worden als het resultaat van de interactie tussen fysiologische, psychologische en sociaal-culturele factoren (Miles, 2013). Hiervoor is gekozen, omdat alle drie de factoren, niet alleen de ziekte, een belangrijke rol speelden in het beantwoorden van de vraagstelling. Daarnaast is er gekeken naar de manier van vraagstelling van een vergelijkbare kwalitatieve studie over revalidatie met patiënten die een beroerte hebben gehad (Sutter-Leve et al., 2021, p. 15). Ten vierde heeft er een pilot interview plaatsgevonden om te achterhalen of de opgestelde interviewguideline antwoord gaf op de vraagstelling. Op basis hiervan hebben er nog aanpassingen plaatsgevonden aan de interviewguideline. Ten vijfde werd de interviewguideline afgerond en toegepast tijdens de interviews. De vooraf genoemde vijf stappen resulteerden tot de volgende topics en interviewvragen:

1. **Ervaren impact van COVID-19** (Vertel het verhaal vanaf het moment waarop u besmet bent geraakt met COVID-19. Hoelang geleden bent u gediagnostiseerd met COVID-19? Hoe heeft u de tijd sinds de diagnose ervaren? Had u gedacht dat u drie maanden na diagnose nog steeds klachten zou ervaren? Hoe was dit voor u? Wat waren positieve/negatieve aspecten? Hoe ziet u de toekomst voor zich?)
2. **Wensen en behoeften ten aanzien van restverschijnselen** (lichamelijk, emotioneel, cognitief of anders) (Wat waren uw COVID-19 gerelateerde klachten en hoe evalueerden deze in de tijd? Hoe uiten deze klachten zich? Hoe was dit voor u? Welke contacten had u met de zorg en hoe verliep dit? Wat heeft u gemist in deze tijd?)
3. **Wensen en behoeften ten aanzien van zelfstandig revalideren** (U heeft …. en …. klachten, kunt u mij vertellen wat u onderneemt om van deze klachten af te komen? Hoe bent u erbij gekomen om dit te gaan doen? Was dit goed te vinden/begrijpelijk? Wat vond u ervan om dit te doen? Wat had u graag anders gezien? Heeft u sinds de diagnose ondersteuning ervaren van uw omgeving? Heeft u hieraan behoeften?)

Er is gekozen voor bovenstaande genoemde topic “ervaren impact”, zodat respondenten werden gestimuleerd om persoonlijke ervaringen te delen. Daarnaast werd open ingegaan op het topic “ervaren restverschijnselen”. Indien dit moeilijk was voor respondenten werd er gestuurd in de drie bovengenoemde gebieden, waarbij ze nog steeds vrij waren om andere Long COVID gerelateerde klachten te benoemen. De drie gebieden van restverschijnselen waren gebaseerd op de meest voorkomende restverschijnselen uit de literatuur (Humphreys et al., 2021, p. 1). Als laatste is er gekozen voor het topic “zelfstandig revalideren”, omdat dit aansloot bij de vraag van de praktijk en de vraagstelling van dit onderzoek.

2.4 Procedure van de interviews

Alle interviews vonden op vrijwillige basis plaats. Op voorkeur van de respondenten vond het interview fysiek in de praktijk, in de eigen thuisomgeving of online via Microsoft Teams plaats. De interviews vonden plaats tussen 1 november 2021 en 5 november 2021 en hierbij werden de, op dat moment, geldende Corona maatregelen in acht genomen. Elk interview werd afgenomen door twee onderzoekers, waarbij er een hoofdinterviewer was en een tweede onderzoeker die aanvullende vragen kon stellen. Twee onderzoekers namen twee interviews af en een onderzoeker nam drie interviews af. Tijdens de interviews hadden de onderzoekers een open houding. Voorafgaand aan het interview werd nogmaals kort de procedure en het onderwerp besproken en eventuele vragen werden beantwoord. Vervolgens werd samen het informed consent (Bijlage 3 - Informed consent) ondertekend. Eerst werden de demografische gegevens van de respondenten verzameld middels een intakeformulier (Bijlage 4 - Intakeformulier). De gevraagde demografische gegevens waren: leeftijd, geslacht, eerste COVID-19 besmetting in maanden, woonsituatie, comorbiditeiten en werk. Deze data werden verzameld om de doelgroep te kunnen beschrijven. Hierna werd de audio opname via Hewlett-Packard en Apple Voicerecorder gestart en begon het interview aan de hand van de vooraf opgestelde topiclijst en interviewguideline. Om dieper in te gaan op het onderwerp werden er, indien relevant, verdiepende vragen gesteld. Aan het einde van het interview werd het gesprek kort samengevat, hierbij kon de patiënt instemmen of dit aansloot bij het vertelde verhaal. Het interview duurde ongeveer 30 minuten tot een uur. De respondent werd bedankt voor zijn deelname en gegevens werden anoniem in de persoonlijke kluis van Microsoft OneDrive opgeslagen, die beveiligd was middels een code.

2.5 Data-analyse

De demografische gegevens van de respondenten werden in de vorm van een tabel descriptief weergegeven (Tabel 1, p. 11). Er is gekozen voor een inductieve methode van onderzoek omdat er werd uitgegaan van de feiten en verschijnselen, waarbij een verklarende theorie werd ontwikkeld (“Inductief”, 2007). De audio-opnames van de semigestructureerde diepte-interviews werden woordelijke getranscribeerd, door de onderzoeker die het interview had afgenomen. Woordelijk transcriberen betekent dat alles wat respondenten hebben gezegd werd beschreven, maar dat aarzelingen, stopwoorden en stotteren genegeerd werden (Scribbr, z.d.). Na het woordelijke uitwerken van de interviews (n=7) was er een selectie gemaakt van alle relevante tekst om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Een tekstfragment werd relevant geacht indien er antwoord gegeven kon worden op de onderzoeksvraag of er onverwachte aspecten naar voren kwamen die een meerwaarde hadden voor het onderzoek. Ten eerste werd er in, in vivo codes (open codes) gecodeerd. In dit onderzoek werd in vivo coderen gedefinieerd als: coderen waarbij de belangrijkste woorden die voorkwamen in het vertelde verhaal worden gebruikt (“in vivo coderen”, 1995). Ten tweede werden de in vivo codes, axiaal gecodeerd en verwerkt in het spreadsheetprogramma Microsoft Excel (Versie Professional Plus 2019). Axiaal coderen is: de in vivo codes met elkaar vergelijken en overeenkomende codes samenvoegen tot een overkoepelde code (Scribbr, z.d.). De meest voorkomende overkoepelende codes zijn samengevoegd tot thema's. Er is een overzicht gecreëerd van de geïdentificeerde thema’s met categorieën (Figuur 1, p. 12). De data werden gepresenteerd door onder de thema's een beschrijving en quotes te plaatsen. Tot slot werd er selectief gecodeerd. Selectief coderen werd gedefinieerd als: de belangrijkste categorieën met elkaar vergelijken en relaties tussen de categorieën analyseren (selectief coderen, 1955). Hierbij werd op basis van verbanden tussen thema’s en de gegeven antwoorden theorieën gevormd.

2.6 Methodologische kwaliteitscriteria

Om de trustworthiness van het onderzoek te waarborgen werd voldaan aan de criteria van Lincoln en Guba (Korstjens & Moser, 2018, p. 121). Het eerste criterium was confirmability, dit werd gedefinieerd als: de mate waarin een herhaling van het onderzoek door een andere onderzoeker, leidt tot dezelfde resultaten (Saat et al., 2019, p. 15). Om dit te waarborgen werd door zowel de onderzoeker die het interview had afgenomen, als door een tweede onderzoeker in vivo codes aan het transcript toegevoegd. Hierbij werden woorden gebruikt die voorkwamen in de tekst (“in vivo coderen”, 1995). Indien er verschil was in de in vivo codering, gaf de derde onderzoeker de doorslag. Het tweede criterium was transferability, dit werd gedefinieerd als: de mate waarin resultaten gegeneraliseerd kunnen worden in een andere setting, context of andere populatie (Saat er al., 2019, p. 15). Om dit te waarborgen werd de populatie, methode van data verzamelen, procedure en topiclijst nauwkeurig beschreven. Hiermee werd getracht het voor andere onderzoekers inzichtelijk te maken, zodat zij dit onderzoek zo goed mogelijk konden reproduceren. Alle gemaakte keuzes binnen dit onderzoek zijn beargumenteerd en met een rijke beschrijving verwoord. Het derde criterium was credibility, dit werd gedefinieerd als: de mate waarin de onderzoeksresultaten vertrouwd worden (Saat et al., 2019, p. 15). Om dit te waarborgen werd er een proefinterview afgenomen om te controleren of de vragen duidelijk waren en of er antwoord werd verkregen op de onderzoeksvraag. De vragen uit de topiclijst werden op basis van het proefinterview geconcretiseerd of aangepast. Als laatste stap werd er een samenvatting van het transcript gestuurd naar de respondenten voor een member check. Respondenten konden instemmen of reageren indien dit niet aansloot bij het vertelde verhaal.

2.7 Ethische verantwoording
Om de anonimiteit van de respondent te waarborgen werden er geen namen en geboortedatums vermeld. In dit onderzoek werden de respondenten voorzien van nummers, zodat de data niet te herleiden was tot de persoon. Privacygegevens en de inhoud van de afgenomen interviews werden in alle zorgvuldigheid behandeld. Alle gegevens uit het onderzoek werden veilig opgeslagen en overgedragen in de persoonlijke kluis van Microsoft OneDrive, die beveiligd was met een code. Deze gegevens waren enkel inzichtelijk voor de onderzoekers, opdrachtgever en scriptiebegeleider.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk werden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Als eerste werden de demografische gegevens van de respondenten toegelicht. Vervolgens werden de resultaten uit de interviews beschreven.

3.1 Demografische gegevens respondenten

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Res. | Leeftijd in jaren  | Geslacht | Eerste besmettingCOVID-19 in maanden | Woon-situatie | Comorbiditeiten | Werkzaam |
| 1 | 55 | V | 7  | Partner en kinderen | Nee | Ja, catering medewerkster  |
| 2 | 60 | M | 18 | Partner  | Nee | Ja, baas installatiebedrijf |
| 3 | 55 | V | 17  | Partner  | Nee | Gepensioneerd  |
| 4 | 53 | V | 12 | Partner en kinderen | Ja (COPD, ontstoken hartzakje, adipositas) | Ja, ambtenaar  |
| 5 | 62 | M | 18 | Partner  | Ja (sarcoïdose, hartritmestoornis, adipositas) | Nee, afgekeurd |
| 6 | 60 | M | 18 | Partner | Nee | Ja, magazijn-medewerker |
| 7 | 78 | M | 6 | Partner | Ja (oogtrombose) | Gepensioneerd  |

In totaal hebben er zeven individuele interviews plaatsgevonden. De karakteristieken van de respondenten zijn weergegeven in tabel 1. De respondenten waren tussen een leeftijd van 50 en 80 jaar. Ze waren 18 tot zes maanden geleden voor de eerste keer besmet geraakt met COVID-19. Tevens hadden vier van de zeven respondenten geen comorbiditeiten.

*Tabel 1: demografische gegevens respondenten*

Res.= Respondent; V= Vrouw; M= Man

Iedere respondent had een member check ontvangen van zijn of haar interview, alle respondenten gingen akkoord met de interpretaties van het vertelde verhaal. Hierna werd de data geanalyseerd.

3.2 De interviews

Uit de data-analyse zijn drie thema's geïdentificeerd, waaruit acht categorieën naar voren waren gekomen. Deze zijn visueel weergegeven in figuur 1. Vervolgens werd de inhoud van ieder thema toegelicht.

*Figuur 1. Overzicht geïdentificeerde thema's met categorieën*

Hierbij was een deel van de thema’s gericht op het zelfstandig revalideren en een ander deel op de revalidatie in het algemeen. Een deel van de thema’s dat zich richtte op het zelfstandig revalideren waren: externe tools en handvatten en sociale ondersteuning.
Het andere deel van de thema’s dat zich richtte op revalidatie in het algemeen waren: informatievoorziening en externe tools en handvatten.

**Informatievoorziening tijdens het zelfstandig thuis revalideren van Long COVID patiënten**

Respondenten gaven aan een grote behoefte te hebben aan informatie over zelfstandig thuis revalideren en COVID-19. Onder informatievoorziening werd verstaan, de inhoud van de informatie en de wijze waarop Long COVID patiënten geïnformeerd werden. Dit kon informatie zijn over wat ze bij hun klachten konden ondernemen, bij wie ze terecht konden met hun klachten of welke oefeningen er waren en hoe ze deze moesten opbouwen. Dit kon informatie zijn die aangereikt werd of informatie die ze zelf hebben gezocht. Deze informatie kon mondeling, digitaal of analoog verkregen worden en diende hun kennis te vergroten. Hierbij bleken drie aspecten van groot belang 1) wie de informatie verschaft 2) de inhoud van de informatie en 3) in welke vorm de informatie werd verschaft.

*1) Wie de informatie verschaft*

Er was een grote behoefte aan informatievoorziening die vanuit één centraal punt werd verschaft. Respondenten ervaarden, vanaf het moment dat ze COVID-19 gerelateerde klachten ervaarden, een overvloed aan informatie. Deze informatie werd verschaft vanuit verschillende hoeken zoals bijvoorbeeld hun omgeving, zorgverleners of via het internet, folders of flyers. Door deze overvloed aan informatie wisten de respondenten niet meer welke informatie ze moesten lezen en werd er niet meer naar gekeken. Tevens was het voor de respondenten niet altijd duidelijk waar zij nu met hun vragen terecht konden. Zij spraken de behoeften uit dat dit centrale punt een zorgverlener moest zijn. Iemand die ze persoonlijk kent, die ervoor heeft geleerd en waar ze vertrouwen in hadden. Zo vertelde respondent 7:

*“Ja, één punt, een nieuwspunt, maar nogmaals dat moet wel 100% betrouwbaar zijn. Het moet niet uit de linkse of rechtse hoek komen maar moet neutraal zijn”*

Daarnaast vertelde respondent 7 hier verder over:

*“Ja ik vind dat het via de huisarts moet, die kent je, je weet wat je eraan hebt, niet via een vreemd speciaal punt want wie zit daar.”*

De respondenten hadden minder vertrouwen in informatie afkomstig van het internet. Vijf respondenten waren opzoek gegaan naar informatie op internet. Twee respondenten die niet op internet zochten en drie respondenten die wel op internet naar informatie zochten trokken de gevonden informatie in twijfel. Er waren veel verschillende sites en meerdere bronnen spraken elkaar tegen. Zo benoemde respondent 7 van oudere leeftijd:

*“Nee daar staan zoveel dingen op, zeker gezien de leeftijd kun je daar niet meer tegen, dan word je ziek. Dat zijn net bijsluiters als je die leest dan ben je ziek”.*

 Daarnaast vertelde respondent 4 van middelbare leeftijd:

*“[…] Ik denk dat je niet meer weet of je naar een juiste of onjuiste site gaat. Dus ik heb niet gezocht op internet.”*

Bovendien werd het vanuit de omgeving vaak afgeraden om op internet te gaan zoeken. Zo vertelde respondent 1:

“*Dat wordt mij hier altijd afgeraden om op internet te zoeken naar informatie, dat dat niet zo een slim idee is om te doen. Ik denk eerder via de GGD of de huisarts”.*

*2) De inhoud van de informatie*

Respondenten spraken hun behoeften uit over de inhoud van de verschafte informatie. Zij vertelden dat de informatie omtrent COVID-19 en van de revalidatie momenteel erg algemeen was. Ze werden zoals eerder benoemd overspoeld met informatie, waarbij veel overbodige informatie verschaft werd. Daarom spraken zij uit dat de inhoud van de informatie persoonlijker moest zijn. Zo gaf respondent 5 aan:

*“Op het moment dat je het specifiek maakt misschien persoonlijk maakt, dan is dat natuurlijk anders. […] Dat je aan kan geven van ik wil hier of daar meer informatie over hebben.”*

De informatie sloot niet aan bij de behoeften van de respondenten ten aanzien van hun zelfstandige revalidatie in de eigen thuisomgeving. Daardoor was het voor de respondenten moeilijk om te achterhalen hoe zij hun revalidatie konden starten. Dit bleek uit het citaat van respondent 6:

*“Dat is een goede. Ik zou niet weten hoe ik mijn zelfstandige revalidatie op zou moeten starten. […] En niemand weet iets. Je bent gedwongen om over de schreef te gaan, continu.”*

Doordat het moeilijk was voor de respondenten om hun zelfstandige revalidatie op te starten, hadden zij behoeften aan een persoonlijk revalidatieplan. Volgens respondent 1 moest dit revalidatieplan aangereikt worden vanuit een fysiotherapeut. Dit bleek uit het volgende citaat:

*“Dan zou ik het inderdaad via de fysio, dat je onder begeleiding dat hij oefeningen voor je uitstippelt, dat je dat kan doen en dat weer langzaam opbouwt.”* (Respondent 1)

*3) in welke vorm de informatie werd verschaft*

Als laatste spraken de respondenten hun wensen uit over de vorm van de verschafte informatie. Er was echter geen consensus over in welke vorm de informatie verschaft moest worden. De respondenten benoemden een grote verscheidenheid aan opties, in welke vorm deze informatie verschaft moest worden. Belangrijk was wel dat de informatie vanuit een betrouwbare bron verschaft werd. Zo gaf respondent 2 aan:

*“Als de overheid misschien een soort pagina zou maken, waar je zoekt […] een soort keuzenmenu maken, dat je zegt heb je hier last van, ja […] dan heb je uiteindelijk een plek waar je heen moet.”*

Terwijl respondent 1 aangaf:

*“Ik denk dan via de huisarts of dat er bij de fysio folders liggen waarin je inderdaad dingen kunt lezen wat het allemaal inhoudt en wat je er misschien mee kan doen en zo.”*

**Externe tools en handvatten tijdens het zelfstandig thuis revalideren van Long COVID patiënten**

Respondenten gaven aan een grote behoeften te hebben aan externe tools en handvatten tijdens het zelfstandig thuis revalideren. Onder tools en handvatten werd verstaan, externe middelen die ingezet konden worden ter ondersteuning van de zelfstandige revalidatie. Deze tools en handvatten moesten ervoor zorgen dat de zelfstandige revalidatie beter zou verlopen en werd volgehouden**.** Hierbij bleken drie aspecten van groot belang 1) begeleiding tijdens het zelfstandig revalideren 2) motivatie en 3) de locatie van het zelfstandig revalideren.

*1) Begeleiding tijdens het zelfstandig revalideren*

De respondenten spraken een duidelijke behoeften uit over begeleiding tijdens hun zelfstandige revalidatie. Zij ervaarden dat de begeleiding te laat werd opgestart en wisten vaak niet bij wie ze terecht konden met hun ervaren restverschijnselen. Dit werd als vervelend ervaren door de respondenten, ze hadden het gevoel dat ze van de kast naar de muur werden gestuurd. Voor de respondenten was het ergerend dat ze zolang bleven rondlopen met hun klachten en het gevoel hadden dat ze maar bleven dobberen. Dit bleek uit het citaat van respondent 7:

*“Begeleiding moet er zijn veel betere begeleiding […] covidpatiënten die thuis zitten […] die hebben het moeilijk het is net alsof die nergens hulp kunnen krijgen, zo beleven ze het echt.”*

Ook respondent 1 gaf aan dat ze meer begeleiding had verwacht:

*“Ik had inderdaad iets meer begeleiding verwacht, dat zou fijner zijn geweest […].”*

Respondenten gaven aan begeleid te willen worden tijdens het zelfstandig revalideren thuis. Hierbij hadden ze de wens dat er een zorgverlener was die een oogje in het zeil hield en ze corrigeerde tijdens het uitvoeren van oefeningen. Dit bleek uit het citaat van respondent 4:

*“De begeleiding is er ook voor als je het niet goed doet, […] doe dit en is het niet verstandig om eens de gewichten aan te passen. Die begeleiding vind ik juist zo fijn.”*

Als laatste spraken de respondenten de wens uit dat de begeleiding persoonlijk moest zijn. Ze vertelden dat ze het belangrijk vonden dat er naar hen geluisterd werd. Respondent 3 vertelde hierover:

*“[…] maar ook luisteren wat mensen vertellen want daar zit meestal een heel verhaal achter. Dus het gaat niet alleen om die 10 rondjes lopen.”*

De respondenten vonden het belangrijk dat de fysiotherapeut advies zou geven op basis van persoonlijke voorkeuren. Dit bleek uit het citaat van respondent 5:

*“[…] Iedereen zegt ik moet gaan lopen, en leuk en aardig […] Moet ik ook een doel hebben om ergens naartoe te gaan, ik ga niet zomaar een rondje fietsen voor niks.”*

*2) Motivatie*

Respondenten gaven vaak aan dat zij externe motivatie nodig hadden om hun revalidatie vol te houden. Als ze zelfstandig aan de slag moesten gaan, gaven zij aan dat ze daarvoor een hele goede ruggengraat moesten hebben. Alle respondenten benoemden dat als ze zelfstandig aan de slag moesten gaan er minder motivatie was en oefenen snel werd uitgesteld. Respondent 5 vertelde:

*“Ik doe het toch wel morgen. En als je het vandaag of morgen niet doet, doe je het de dag erna ook niet. […] en dan is het weer lastig om het op te pakken.”*

Alle respondenten spraken de behoeften uit dat er een stok achter de deur aanwezig moest zijn. Zo benoemde respondent 4:

*“Dat vraag ik mij af, als je dat alleen moet doen, dan moet je een hele goede ruggengraat hebben. Je moet jezelf daartoe zetten […] dat je een bepaalde stok achter de deur hebt om dat te doen.”*

Volgens de respondenten moest deze stok achter de deur een externe motivatie zijn, zoals een vaste oefengroep waarin ze zelfstandig met een individueel revalidatieplan konden trainen. Enkele respondenten revalideerden al samen in een vaste oefengroep bij de fysiotherapie. Deze vaste oefengroep zorgde ervoor dat er plezier werd ervaren. Ze maakten veel grappen onderling waardoor ze met een goed gevoel naar huis gingen. De respondenten die revalideerden in de oefengroep gaven hier allen de voorkeur naar uit in tegenstelling tot individueel revalideren. Hierover vertelde respondent 3:

*“[…] Het moet ook leuk zijn. Ik vind het gewoon een heel gezellige groep en ik ben wat dat betreft in een hele leuke groep gekomen met een goede begeleider”.*

Zes respondenten spraken de wens uit om in groepsverband te revalideren in tegenstelling tot een respondent die thuis zelfstandig wilde revalideren. Dit bleek uit het citaat van respondent 2:

*“[…] als ik rondom het huis een beetje kan klussen en werk, ja goed daar word ik ook moe van. Dus ja, nee, heb niet de behoefte gehad aan een sportschool of iets dergelijks.”*

Daarnaast motiveerde de oefengroep de respondenten om meer uit hun revalidatie te halen. Dit bleekt uit het citaat van respondent 3:

*“Een heel gezellige groep en ja ik denk wel als ik daar vandaan kom heb ik meer energie, ja een stok achter de deur dat moet, je gaat dieper”.*

*3) De locatie van het zelfstandig revalideren*

De respondenten vertelden dat revalideren in de eigen thuisomgeving soms moeilijker was dan revalideren in de sportschool of fysiofitness. De sportschool of fysiofitness hadden namelijk een aantal voordelen, namelijk: fitnessapparatuur en contact met andere lotgenoten. De respondenten ondernamen al enkele acties in de eigen thuisomgeving om aan hun revalidatie te werken. Zij ondernamen hierin vooral activiteiten zoals wandelen en fietsen. Deze activiteiten werden zelfstandig ondernomen, waarbij de respondenten zelf de intensiteit bepaalde. Na verder hierop te zijn ingegaan bleek dat de respondenten deze activiteiten niet zagen als doeltreffend en oefeningen met hulpmiddelen miste. Respondent 1 gaf hierover aan:

*“Nee denkt het niet, denk dan toch dat cardio of andere hulptoestellen en hulpmiddelen bij nodig zijn. Dus niet alleen het fietsen en het wandelen.”*

Een externe locatie had de voorkeur, omdat ze het fijn vonden om ergens naartoe te gaan. Zo vertelde respondent 6 over revalideren op een externe locatie:

*“Ja ik denk dat het voor mij niet echt zal werken. Ik vind juist als je wel zelf ergens naartoe kunt gaan […], als je zelf in de buurt naar een sportschool of naar en fysio, dat het juist onder lotgenoten fijner is.”*

**Sociale ondersteuning tijdens het zelfstandig thuis revalideren van Long COVID patiënten**

Respondenten gaven aan dat er een grote behoeften was aan sociale ondersteuning tijdens het zelfstandig thuis revalideren. Onder sociale ondersteuning werd verstaan, hulp die aan elkaar kan worden gegeven om iemand te ondersteunen die voor een moeilijke beslissing of situatie staat. Voorbeelden hiervan waren ervaringen delen over welke klachten zij ervaarden, hoe zij hiermee omgingen en wat er voor mogelijkheden zijn om van je klachten af te komen. De sociale ondersteuning werd door de respondenten als belangrijk ervaren omdat ze zich dan begrepen voelden. De sociale ondersteuning moest ervoor zorgen dat de zelfstandige revalidatie beter vol gehouden werd en de verschillende mogelijkheden van revalideren bekend werden onder de Long COVID patiënten.Hierbij bleken twee aspecten van groot belang 1) lotgenotencontact en 2) contact werkgever.

*1) Lotgenotencontact*

Tijdens het zelfstandig revalideren was het voor vijf respondenten belangrijk dat er mogelijkheden waren tot lotgenotencontact. Momenten waarop de respondenten in contact konden komen met andere lotgenoten zouden gewaardeerd worden. Respondenten gaven vaak aan dat ze het fijn zouden vinden om ervaringen te delen met andere Long COVID patiënten, omdat zij hetzelfde hebben meegemaakt en elkaar begrepen. De mensen uit de omgeving van de respondenten die geen COVID-19 hadden doorgemaakt konden zicht niet inleven in de situatie, hoe graag ze dat ook wilden. Dit bleek uit het citaat van respondent 6:

*“Dat je je verhaal kwijt kunt, want andere mensen snappen dat gewoon niet […].”*

Deze ervaringen konden zijn: hoe andere Long COVID patiënten met klachten omgingen, welke mogelijkheden er waren tot revalideren en elkaar motiveren en tips geven. Hierover vertelde respondent 1:

*“Of contact met andere hoe zij het ervaren hebben, dat zou misschien ook wel handig zijn. En welke klachten zij hebben gehad en hoe zij ermee om zijn gegaan”.*

De respondenten voelden zich soms niet begrepen, omdat je vaak van buitenaf niet zag hoe ze zich van binnen voelden. Dit werd bevestigd door het citaat van respondent 7:

*“Het wordt heel erg onderschat en je ziet aan die mensen niet dat ze ziek zijn ze zien er redelijk goed uit meestal dus ja er is geen aandacht voor.”*

Twee respondenten hadden een moment met lotgenoten via c-support. Ze vertelden dat ze hun verhaal kwijt konden en veel van elkaar leerden. Dit bleek uit het volgende citaat:

*“[…] Daar kun je echt je verhaal kwijt, andere gelijkgestemde. Je leert veel van elkaar.”* (Respondent 6)

2) Contact werkgever

Van de vier werkende respondenten moesten drie respondenten re-integreren in hun werk na COVID-19 te hebben doorgemaakt. De respondenten hadden verschillende ervaringen omtrent hun re-integratie. Twee respondenten ervaarden minder ondersteuning van hun werkgever, omdat zij de druk voelden om hun werkzaamheden te hervatten. De respondenten vertelden dat zij vaak over zowel hun fysieke als mentale grenzen heen gingen door de druk die zij voelden. Hierdoor werd hun revalidatie negatief beïnvloed. Hierover vertelde respondent 1:

*“Nee, en ik heb ook nog eens een baas die daar niet echt in mee werkte, dus vanuit daar ben ik eigenlijk gewoon weer gaan werken, wat eigenlijk achteraf niet zo verstandig is geweest.”*

Tevens vertelde respondent 1:

*“Het zweet brak mij uit en ja hekelig op mijn benen zeg maar. […] Dat was eigenlijk nog niet zo een goed idee, denk dat ik toch iets langer had moeten uitzieken.”*

Respondent 4 heeft het contact met de werkgever en bedrijfsarts tijdens de re-integratie positief ervaren. Deze respondent ervaarde begrip vanuit de werkgever en geen druk om snel het werk te hervatten. Dit bleek uit het volgende citaat:

*“Ja heel fijn, […] Toen heb ik dat met mijn leidinggevende besproken, die heeft dat weer doorgegeven aan de bedrijfsarts. En toen kon ik ook meteen op gesprek komen.”* (Respondent 4)

De respondenten spraken de wens uit dat zij het liefst niet wilden werken tijdens hun revalidatie om zich volledig te focussen op hun herstel. Respondent 6 gaf aan dat de re-integratie zoveel energie kost dat hij geen tijd heeft voor zijn zelfstandige revalidatie. Dit bleek uit het citaat:

*Denk als je niet meer hoeft te werken dat het makkelijker zal zijn. […] En dat kost energie dat gedoe […] als ik dit had geweten […] was ik thuisgebleven, dat was beter geweest.”* (Respondent 6)

4 Discussie

Binnen dit onderzoek staat de vraagstelling “*wat zijn de wensen en behoeften van Long COVID patiënten ten aanzien van het zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving?*” centraal. Uit de resultaten van het onderzoek kwam een grote verscheidenheid aan wensen en behoeften naar voren. Deze waren onder te verdelen in drie verschillende pijlers: “de informatievoorziening”, “externe tools en handvatten” en “de sociale ondersteuning”. Een deel van de resultaten had specifiek betrekking op zelfstandige thuisrevalidatie. Hieruit bleek dat zelfstandige thuisrevalidatie in het teken moest staan van de individuele Long COVID patiënt. Hierbij bleek persoonlijke informatie, begeleiding en een revalidatieplan belangrijk te zijn. Respondenten gaven aan dat informatie vanuit een zorgverlener moest komen die een goed overzicht had van de persoonlijke situatie. Tevens moest er meer en eerdere begeleiding komen voor Long COVID patiënten die thuis zaten met milde klachten. Daarnaast was er behoefte aan sociale ondersteuning vanuit lotgenoten en de werkgever tijdens re-integratie. Daarnaast kwamen er een aantal wensen naar voren die betrekking hadden op revalidatie in het algemeen. Externe motivatie speelde een belangrijke rol om de revalidatie vol te houden. Hierbij diende trainen in groepsverband met een individueel revalidatieplan en een externe locatie als stok achter de deur.

4.1 Vergelijking met de huidige literatuur

Ten aanzien van de drie geïdentificeerde thema’s waren er een aantal discussiepunten opvallend. Ten eerste, opperde een meerderheid van de respondenten dat de huisarts de aangewezen persoon zou zijn, die kan fungeren voor de informatieverschaffing vanuit één centraal punt. Deze voorkeur voor de huisarts kwam voort uit het feit dat hij/zij bekend is met de persoonlijke situatie en klachten van de patiënt, wat een vertrouwd gevoeld creëert. Dit bevestigde een onderzoek met Long COVID patiënten van Kingstone et al. (2020), waarbij Long COVID patiënten aangaven dat ze zich vertrouwt en gehoord voelden bij de huisarts (p. 9). Hoewel dit de voorkeur had, is het de vraag of dit realiseerbaar is voor de praktijk. Recent onderzoek laat zien dat bijna driekwart van de huisartsen in Nederland de werkdruk als hoog ervaart (Twillert, 2021). Huisartsen moeten extra diensten draaien, kunnen geen vakantie pakken om te rusten en zijn vermoeid (NOS, 2021). Kijkend naar zowel de hoge werkdruk (NOS, 2021) als bijkomende kosten (Zorginstituut Nederland, 2020), is het niet aan te bevelen om de huisarts deze taak erbij te geven. Deze taak zou eventueel ingevuld kunnen worden door een casemanager, die als tussenpersoon en eerste aanspreekpunt kan fungeren voor de Long COVID patiënt (Alzheimer Nederland, z.d.). Ten tweede gaven de respondenten aan dat ze liever op een externe locatie revalideerden in tegenstelling tot zelfstanding in de eigen thuisomgeving. De vraag is of deze voorkeur niet is ontstaan uit onvoldoende informatievoorziening, respondenten gaven immers aan dat het niet duidelijk was wat ze zelfstandig thuis konden ondernemen. Tijdens de groepslessen met begeleiding is het helder welke oefeningen en hoe deze oefeningen uitgevoerd moeten worden. Volgens Houben-Willeke et al. (2021) blijkt dat twee derde van de COVID-19 patiënten niet tevreden is met de beschikbare informatie (p. 3). Uit een studie van het Longfonds (2021) bleek dat Long COVID patiënten niet de (na)zorg kregen die ze wensten en zich niet gehoord of serieus genomen voelden. Zij hadden met name behoeften aan duidelijke informatie over onderwerpen als herstel, ziektebeloop bij milde langdurige klachten, onderzoek en mogelijkheden voor nazorg (Houben-Wilke et al., 2021, p. 5). Als Long COVID patiënten niet op de hoogte zijn van mogelijke voordelen van thuisrevalidatie, doordat zij mogelijk niet goed geïnformeerd en geïnstrueerd zijn, is het de vraag of thuisrevalidatie erkend wordt als mogelijke optie. Hierdoor wordt thuisrevalidatie onderbelicht of eventueel bemoeilijkt. Dat zelfstandig thuis revalideren werd onderbelicht kwam overeen met de resultaten uit dit onderzoek. Een reden hiervoor is dat er weinig kwalitatief onderzoek is gedaan naar de wensen en behoeften van Long COVID patiënten ten aanzien van hun revalidatie. Hierdoor sluit de informatievoorziening niet aan bij de informatiebehoeften en wordt het aangeraden vanuit de literatuur om kwalitatief onderzoek uit te voeren (Wasilewski et al., 2021, p. 2). Kwalitatief onderzoek moet laten blijken welke informatiebehoeften er is omtrent zelfstandig thuis revalideren en hoe deze informatie het beste verschaft kan worden. Hierdoor kunnen Long COVID patiënten meer inzicht verkrijgen over de mogelijkheden van thuisrevalidatie, waardoor thuisrevalidatie meer erkend kan worden als voorkeurskeuze. Tot slot, werd door respondenten aangegeven dat plezier belangrijk was tijdens de revalidatie. Er moeten oefeningen worden gekozen die de patiënt aanspreken en waarbij plezier wordt ervaren. Hierdoor wordt intrinsieke motivatie gecreëerd, waardoor de oefeningen beter volgehouden kunnen worden (Willemsen & Ros, 2021). Respondenten gaven de voorkeur aan trainen in groepsverband waarbij iedereen zijn eigen persoonlijke revalidatieplan uitvoert in de oefenzaal. Tevens bleek dat respondenten het moeilijk vonden om plezier te creëren in de eigen thuisomgeving. Uit onderzoek van Savage et al. (2017) komt naar voren dat plezier een grote pijler is ten aanzien van het vergroten van motivatie, het verminderen van stress en versterkt het de band tussen de groepsleden (p. 341). Hierdoor is het belangrijk dat er plezier gecreëerd wordt tijdens het zelfstandig revalideren, zowel op een externe locatie als in de eigen thuisomgeving. Echter ontbreekt nog in de huidige literatuur hoe er meer plezier gecreëerd kan worden tijdens het zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving.

4.2 Sterkte- en zwakteanalyse

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek zijn er sterke en zwakke punten naar voren gekomen. Een zwakte punt binnen dit onderzoek is dat alle onderzoekers geen eerdere ervaring hadden met betrekking tot het uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Daarom zijn er maatregelen genomen om de methodologische kwaliteit van het onderzoek te vergroten (Korstjens en Mosers, 2018, pp. 9-18). Ten eerste is er onderling uitgebreid geoefend met het afnemen van interviews, hiermee is getracht meer bekwaam te worden met de manier van vraagstelling. Daarnaast gaf het de mogelijkheid om de interviewguideline te finetunen. Als laatste werd er een vertrouwde omgeving gecreëerd, waardoor het makkelijker werd om het persoonlijke verhaal te delen. Hiermee werd getracht de credibility te waarborgen. Naast het optimaliseren van de methodologische kwaliteit is een sterk punt dat er zowel volledige als gedeeltelijke datasaturatie is bereikt, doordat de doelgroep zowel homogene als heterogene aspecten bevatten. Er is volledige datasaturatie bereikt bij de volgende categorieën: informatie vanuit een punt, een stok achter de deur, oefeningen aangereikt krijgen, oefenen in groepsverband en lotgenotencontact. Er is gedeeltelijke datasaturatie verkregen bij de categorieën: hoe de respondenten aan informatie zijn gekomen, hoe informatie verschaft moet worden, wie het centrale informatie punt moest zijn en hoe de re-integratie aangepakt moet worden. Deze gedeeltelijke datasaturatie kan verklaard worden door het kleine aantal deelnemende respondenten, waardoor er op bepaalde gebieden nog geen consensus is bereikt. Het laatste sterke punt is dat de doelgroep heterogeen van aard was met betrekking tot geslacht, eerste keer besmetting met COVID-19 en werkzaamheden. Dit betekent dat er een breed beeld verkregen is van mensen van zowel mannelijk als vrouwelijk geslacht, mensen die net Long COVID (6 maanden) tot mensen die al langer Long COVID patiënt (18 maanden) zijn en mensen die werkzaam, gepensioneerd of afgekeurd zijn. Een zwak punt van deze studie is dat de doelgroep homogeen van aard was met betrekking tot leeftijd en comorbiditeiten. De respondenten waren tussen een leeftijd van 53 en 78 jaar (range van 25 jaar) en er hebben geen respondenten deelgenomen die op de Intensive Care zijn opgenomen. Tevens waren zes van de zeven respondenten woonachtig in dezelfde regio, hierdoor hadden zij dezelfde aanspreekpunten en dezelfde zorgverlening. Voor dit onderzoek was de voorkeur uit gegaan naar een heterogene groep (meer variatie in leeftijd en comorbiditeiten), omdat de transferabillity hierdoor vergroot zou worden. Dit was niet realiseerbaar door de verkregen respons en de doelgroep bij de fysiotherapiepraktijk Haelen. Een andere zwakte punt is dat er tijdens de interviews onbewust dieper werd ingegaan op aspecten die overeenkomen met het vakgebied van de fysiotherapeut, omdat de expertise van de onderzoekers hier ligt. Dit heeft geleid tot interviewer bias, er werden vragen gesteld die meer ingingen op lichamelijk gebied en vragen werden anders geformuleerd door de verschillende onderzoekers. Een andere zwakte punt ligt bij het biopsychosociaal model, welke het uitgangspunt vormde voor de interviewguideline. Tijdens het interviewen zijn er ook aspecten naar voren gekomen die niet binnen het biopsychosociaal model naar voren komen, hieronder viel informatievoorziening. Tijdens het afnemen van de interviews zijn er nieuwe thema's ontstaan die gebaseerd zijn op het biopsychosociaal model. Dit hadden de onderzoekers niet verwacht, echter is het een toevoeging aan de resultaten. Als laatste zwakte punt zijn er zowel resultaten verkregen die betrekking hadden op zelfstandig thuis revalideren als op revalidatie in het algemeen. Een mogelijke reden hiervoor is dat de onderzoekers tijdens het analyseren van de interviews erachter kwamen dat er slechte voorwaarden zijn om zelfstandig te revalideren in de eigen thuisomgeving. Door de slechte informatievoorziening, begeleiding en motivatie stond zelfstandig thuis revalideren minder op de voorgrond, waardoor de respondenten daarnaast ook spraken over de revalidatie in het algemeen.

4.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de resultaten van dit onderzoek zijn er een aantal aanbeveling naar voren gekomen die van belang zijn voor 1) de zorg in het algemeen, 2) voor de fysiotherapie specifiek en 3) de maatschappij.
 *1) Zorg in het algemeen*

De respondenten binnen dit onderzoek gaven een verscheidenheid aan opties over wie het centrale punt moest zijn om informatie te verschaffen. Belangrijke voorwaardes voor deze taak volgens de respondenten waren, dat deze zorgverlener de persoonlijke situatie van de patiënt moesten kennen en de ervaren restverschijnselen serieus nam. Het wordt aanbevolen om een casemanager de taak te geven om informatie te verschaffen vanuit een centraal punt. Een casemanager zou vooral de werkdruk op de huisarts kunnen ontlasten door het eerste aanspreekpunt van de Long COVID patiënt te zijn. Hierdoor wordt niet meteen bij de huisarts aangeklopt voor hulp. Echter moet eenmalig via de huisarts een casemanager ingeschakeld worden, als hier nood en behoeften aan is (Alzheimer Nederland, z.d.).

*2) Fysiotherapie*

Binnen dit onderzoek bleek dat respondenten het belangrijk vonden om plezier te ervaren tijdens hun zelfstandige revalidatie. Daarom lijkt het voor de fysiotherapeuten belangrijk om het aspect van plezier in te bouwen tijdens de revalidatie. Hagberg et al. (2009) beschreven dat plezier van bewegen samenhangt met het activiteitenniveau (p. 746). Het is echter nog onduidelijk welke interventie methode het meest effectief is om plezier te ervaren (Hagberg et al., 2009, p. 746). Het wordt aanbevolen om te kijken naar de persoonlijke voorkeuren en het activiteitenniveau en hierop het zelfstandige revalidatieplan af te stemmen. Daarnaast gaven de respondenten aan dat ze het moeilijk vonden wat ze zelfstandig konden ondernemen tijdens hun thuis revalidatie, waardoor ze dit niet als voorkeurskeuze zagen. Daarom wordt het aanbevolen dat de fysiotherapeut een luisterend oor biedt aan het persoonlijke verhaal van de patiënt. Hierop moeten persoonlijke oefeningen worden afgestemd. Het is belangrijk dat de meerwaarde van de oefenen wordt toegelicht, zodat patiënten bewust worden van het belang van het zelfstandig thuis revalideren.

3) *Maatschappij*

Ten aanzien van de maatschappij wordt aanbevolen om de werkgever en de Arboarts meer te betrekken bij het revalidatieproces van de Long COVID patiënt. Dit is belangrijk omdat de respondenten aangaven dat ze niet het gewenste begrip en steun ervaarden vanuit de werkgever tijdens de re-integratie. Het is belangrijk dat het werk niet zo snel mogelijk hervat moet worden, maar dat er gekeken wordt naar wat een patiënt aan kan. Daarom is het belangrijk dat de Arboarts een bemiddelende rol gaat spelen tussen de Long COVID patiënt en zijn werkgever. De Arboarts moet worden ingeschakeld indien zich er problemen voordoen tijdens de re-integratie van het werk. Hierdoor kan de hervatting van werk optimaler verlopen.

4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het huidige onderzoek was beperkt tot ouderen (50+ jaar), woonachtig in dezelfde regio en daarnaast waren er geen respondenten geïncludeerd die op de Intensive Care hebben gelegen. Hierdoor kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden over de volledige Long COVID populatie. Een vervolgstap om resultaten te generaliseren is door de volgende Long COVID populatie te includeren: jonge adolescenten, respondenten uit heel Nederland en die op de Intensive Care hebben gelegen. Door het onderzoek te herhalen bij deze populatie kunnen de resultaten gegeneraliseerd worden, tevens wordt er hierdoor datasaturatie bereikt. Als vervolgstap zal er een kwantitatief onderzoek uitgevoerd worden door middel van een Randomized Controlled Trial (RCT). Hierbij zullen de wensen en behoeften geïmplementeerd worden en de nieuwe en huidige situatie met elkaar worden vergeleken. Op basis hiervan kan het effect van de implementatie worden onderzocht.

4.5 Conclusie

Op basis van de resultaten uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er drie onafhankelijke factoren zijn die mogelijk invloed hebben op de zelfstandige revalidatie van Long COVID patiënten: “informatievoorziening”, “externe tools en handvatten” en “sociale ondersteuning”. Echter moet deze data voorzichtig geïnterpreteerd worden omdat er gedeeltelijke datasaturatie heeft plaatsgevonden ten aanzien van de categorieën: hoe de respondenten aan informatie zijn gekomen, hoe informatie verschaft moet worden, wie het centrale informatie punt moest zijn en hoe de re-integratie aangepakt moet worden. Vervolgonderzoek waarin de homogene aspecten, leeftijd en comorbiditeiten, verder worden onderzocht moet laten blijken of de resultaten bevestigd kunnen worden. Mogelijke verbeteringen met betrekking tot het optimaliseren van de zelfstandige thuis revalidatie liggen voornamelijk bij een persoonlijkere en eenduidige informatievoorziening, betere en persoonlijke begeleiding vanaf het moment van besmetting, persoonlijke oefeningen aangereikt krijgen, een vast moment met een oefengroep en contact met lotgenoten. Het is belangrijk dat de meerwaarde van zelfstandig thuis revalideren meer onder de aandacht moet wordt gebracht bij Long COVID patiënten. Hierdoor kunnen de beperkte middelen in de zorg, de werkdruk en de verantwoordelijkheid van de patiënt worden verbeterd.

Literatuurlijst

Alimohamadi, Y., Sepandi, M., Taghdir, M., & Hosamirudsari, H. (2020). Determine the most common clinical symptoms in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of preventive medicine and hygiene*, *61*(3), E304–E312. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.3.1530>

Alzheimer Nederland. (z.d.). *De casemanager: persoonlijke begeleiding bij dementie*. Geraadpleegd op 15 december 2021, van [https://www.alzheimer-nederland.nl/‌‌dementie/diagnose-en-behandeling/casemanager](https://www.alzheimer-nederland.nl/%E2%80%8C%E2%80%8Cdementie/diagnose-en-behandeling/casemanager)

Baral P. (2021). Health Systems and Services During COVID-19: Lessons and Evidence From Previous Crises: A Rapid Scoping Review to Inform the United Nations Research Roadmap for the COVID-19 Recovery. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, *51*(4), 474–493. [https://doi.org/10.1177/‌0020731421997088](https://doi.org/10.1177/0020731421997088)

Cealli, K., Ray, L., & Mill, J. (2003). 'Clear as Mud': Toward Greater Clarity in Generic Qualitative Research. *International Journal of Qualitive Methods,* 2(2), 1-13. https://doi.org/[10.1177/160940690300200201](https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1177/160940690300200201)

CBS. (2021, 29 juni). *Zorguitgaven, inclusief steunmaatregelen, stegen in 2020 met 8,3 procent.* cbs.nl. Geraadpleegd op 30 september 2021, van [https://www.cbs.nl/‌nl-nl/nieuws/2021/26/zorguitgaven-inclusief-steunmaatregelen-stegen-in-2020-met-8-3-procent](https://www.cbs.nl/%E2%80%8Cnl-nl/nieuws/2021/26/zorguitgaven-inclusief-steunmaatregelen-stegen-in-2020-met-8-3-procent)

Delbressine, J. M., Machado, F., Goërtz, Y., Van Herck, M., Meys, R., Houben-Wilke, S., Burtin, C., Franssen, F., Spies, Y., Vijlbrief, H., van 't Hul, A. J., Janssen, D., Spruit, M. A., & Vaes, A. W. (2021). The Impact of Long COVID Syndrome on Self-Reported Physical Activity. *International journal of environmental research and public health*, *18*(11), 6017. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116017>

Demeco, A., Marotta, N., Barletta, M., Pino, I., Marinaro, C., Petraroli, A., Moggio, L., & Ammendolia, A. (2020). Rehabilitation of patients Long COVID infection: a literature review. *The Journal of international medical research*, *48*(8), 300060520948382. <https://doi.org/10.1177/0300060520948382>

Ensie. (2017, 20 april). In *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Geraadpleegd op september 27, 2021 van <https://www.ensie.nl/basisboek-kwalitatief-onderzoek/in-vivo-coderen>

Frutos-Reoyo, E. J., Cantalapiedra-Puentes, E., & González-Rebollo, A. M. (2021). Rehabilitación domiciliaria en el paciente con COVID-19 [Home rehabilitation in patients with COVID-19]. *Rehabilitacion*, *55*(2), 83–85. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2020.10.004>

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, *18*(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Hagberg, L. A., Lindahl, B., Nyberg, L., & Hellénius, M. L. (2009). Importance of enjoyment when promoting physical exercise. Scandinavian journal of medicine & science in sports, 19(5), 740–747. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2008.00844.x>

Houben-Wilke, S., Delbressine, J. M., Vaes, A. W., Goërtz, Y. M., Meys, R., Machado, F. V., Van Herck, M., Burtin, C., Posthuma, R., Franssen, F. M., van Loon, N. H., Hajian, B., Vijlbrief, H., Spies, Y., van 't Hul, A., Janssen, D. J., & Spruit, M. A. (2021). Understanding and Being Understood: Information and Care Needs of 2113 Patients With Confirmed or Suspected COVID-19. *Journal of patient experience*, *8*, 2374373521997222. <https://doi.org/10.1177/2374373521997222>

*Huisartsen bezorgd over hoge werkdruk, tekort aan medewerkers.* (2021, 13 oktober). NOS. Geraadpleegd op 3 december 2021, van <https://nos.nl/artikel/2401469-huisartsen-bezorgd-over-hoge-werkdruk-tekort-aan-medewerkers>

Humphreys, H., Kilby, L., Kudiersky, N., & Copeland, R. (2021). Long COVID and the role of physical activity: a qualitative study. *BMJ open*, *11*(3), e047632. [https://doi.org/‌10.1136/bmjopen-2020-047632](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047632)

Iannaccone, S., Castellazzi, P., Tettamanti, A., Houdayer, E., Brugliera, L., de Blasio, F., Cimino, P., Ripa, M., Meloni, C., Alemanno, F., & Scarpellini, P. (2020). Role of Rehabilitation Department for Adult Individuals With COVID-19: The Experience of the San Raffaele Hospital of Milan. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *101*(9), 1656–1661. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.05.015>

Individualiseren. (z.d.). *In Nederlandse encyclopedie.* Geraadpleegd op 30 september 2021, van <https://www.encyclo.nl/begrip/individualiseren>

Inductief, (2007). *In Nederlandse encyclopedie.* Geraadpleegd op 11 november 2021, van <https://www.encyclo.nl/begrip/inductief>

In vivo coderen. (1995). *In Nederlandse encyclopedie.* Geraadpleegd op 8 oktober 2021, van <https://www.ensie.nl/betekenis/in-vivo-coderen?q=In%20vivo%20coderen>

Jimeno-Almazán, A., Pallarés, J. G., Buendía-Romero, Á., Martínez-Cava, A., Franco-López, F., Sánchez-Alcaraz Martínez, B. J., Bernal-Morel, E., & Courel-Ibáñez, J. (2021). Long COVID Syndrome and the Potential Benefits of Exercise. *International journal of environmental research and public health*, *18*(10), 5329. [https://doi.org/10.3390/‌ijerph18105329](https://doi.org/10.3390/ijerph18105329)

Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, *72*(12), 2954–2965. [https://doi.org/10.1111/‌jan.13031](https://doi.org/10.1111/%E2%80%8Cjan.13031)

King, L. A., Wilhelm, J., Chen, Y., Blehm, R., Nutt, J., Chen, Z., Serdar, A., & Horak, F. B. (2015). Effects of Group, Individual, and Home Exercise in Persons With Parkinson Disease: A Randomized Clinical Trial. *Journal of neurologic physical therapy : JNPT*, *39*(4), 204–212. https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000101

Kingstone, T., Taylor, A. K., O'Donnell, C. A., Atherton, H., Blane, D. N., & Chew-Graham, C. A. (2020). Finding the 'right' GP: a qualitative study of the experiences of people with Long COVID. *BJGP open*, *4*(5), bjgpopen20X101143. [https://doi.org/‌10.3399/bjgpopen20X101143](https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101143)

Koning, S. (z.d.). Evidence based practice [PowerPointpresentatie]. SlideShare. Geraadpleegd op 21 oktober 2021, van <https://www.venvn.nl/media/kq5kaqmb/1-7-ebp-in-de-wijk-ja-dat-kan.pdf>

Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *The European journal of general practice*, *23*(1), 274–279. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>

Longfonds. (2021, 10 mei). *Peiling onder groep met Long Covid: driekwart nog niet volledig aan het werk.* Geraadpleegd op 6 december 2021, van [https://www.longfonds.nl/‌nieuws/peiling-onder-groep-met-long-covid-driekwart-nog-niet-volledig-aan-het-werk](https://www.longfonds.nl/%E2%80%8Cnieuws/peiling-onder-groep-met-long-covid-driekwart-nog-niet-volledig-aan-het-werk)

Miles, E. (2013). *Encyclopedia of Behavioral Medicine.* Springer. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1095>

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European journal of general practice*, *24*(1), 9–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>

Panzeri, A., & Rossie Ferrario, S. (2020). Supporting rehabilitation patients with COVID-19 during the pandemic: experiences from a technology-based psychological approach. *PSYCHOBIT*, 165-167. doi:10.1001/jamacardio.2020.4958

 Rijksoverheid. (2021, 6 september). *De ziekte COVID-19*. Geraadpleegd op 11 september 2021, van <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/ziekte>

RIVM. (2020). *Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid: Inventarisatie van de omvang van het probleem en eerste schatting van gezondheidseffecten* (RIVM-rapport 2020-0183).Geraadpleegd op 30 september 2021, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2020-0183.pdf>

RIVM. (2021, 6 september). *Onderzoek indirecte effecten COVID-19 op zorg en gezondheid.* Geraadpleegd op 22 september 2021, van [https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/‌onderzoek/indirecte-effecten-zorg-gezondheid)](https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/%E2%80%8Conderzoek/indirecte-effecten-zorg-gezondheid%29)

Rodriguez-Blanco, C., Gonzalez-Gerez, J. J., Bernal-Utrera, C., Anarte-Lazo, E., Perez-Ale, M., & Saavedra-Hernandez, M. (2021). Short-Term Effects of a Conditioning Telerehabilitation Program in Confined Patients Affected by COVID-19 in the Acute Phase. A Pilot Randomized Controlled Trial. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, *57*(7), 684. <https://doi.org/10.3390/medicina57070684>

Rooney, S., Webster, A., & Paul, L. (2020). Systematic Review of Changes and Recovery in Physical Function and Fitness After Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Coronavirus Infection: Implications for COVID-19 Rehabilitation. *Physical therapy*, *100*(10), 1717–1729. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa129>

Saat, J., Naumann, E., & Steenstra, M. (2019). Kwalitatief onderzoek in de diëtetiek. *Nederlands tijdschrift voor voeding & diëtetiek, 74*(4), 15. Geraadpleegd op 6 oktober 2021, van <https://ntvd.media/wp-content/uploads/2019/09/NTVD-4_2019_OA-Kwalitatief-onderzoek.pdf>

Sakai, T., Hoshino, C., Yamaguchi, R., Hirao, M., Nakahara, R., & Okawa, A. (2020). Remote rehabilitation for patients with COVID-19. *Journal of rehabilitation medicine*, *52*(9), jrm00095. <https://doi.org/10.2340/16501977-2731>

Savage, B. M., Lujan, H. L., Thipparthi, R. R., & DiCarlo, S. E. (2017). Humor, laughter, learning, and health! A brief review. *Advances in physiology education*, *41*(3), 341–347. <https://doi.org/10.1152/advan.00030.2017>

Scheiber, B., Spiegl, C., Wiederin, C., Schifferegger, E., & Schiefermeier-Mach, N. (2021). Post-COVID-19 Rehabilitation: Perception and Experience of Austrian Physiotherapists and Physiotherapy Students. *International journal of environmental research and public health*, *18*(16), 8730. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168730>

Scribbr. (2021,12 november). *Een introductie tot cross-sectioneel onderzoek*. Geraadpleegd op 14 december 2021, van [Een introductie tot cross-sectioneel onderzoek | Met voorbeelden (scribbr.nl)](https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/cross-sectioneel-onderzoek/)

Scribbr. (z.d.). *Stappenplan om kwantitatieve en kwalitatieve interviews te coderen.* Geraadpleegd op 21 oktober 2021, van [https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/‌coderen-interview/](https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/)

Scribbr. (z.d.). *Transcriberen van een interview.* Geraadpleegd op 4 oktober 2021, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/interview-transcriberen/>

Selectief coderen. (1955). *In Nederlandse encyclopedie.* Geraadpleegd op 13 oktober 2021, van <https://www.ensie.nl/betekenis/selectief-coderen?q=Selectief%20coderen>

Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y., Liu, S., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American journal of infection control*, *48*(6), 592–598. <https://‌doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>

Sun, N., Wei, L., Wang, H., Wang, X., Gao, M., Hu, X., & Shi, S. (2021). Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *Journal of affective disorders*, *278*, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.040>

Sutter-Leve, R., Passint, E., Ness, D., & Rindflesch, A. (2021). The Caregiver Experience After Stroke in a COVID-19 Environment: A Qualitative Study in Inpatient Rehabilitation. *Journal of neurologic physical therapy : JNPT*, *45*(1), 14–20. <https://‌doi.org/10.1097/NPT.0000000000000336>

Thuis. (z.d.). *In Nederlandse encyclopedie.* Geraadpleegd op 12 oktober 2021, van <https://www.encyclo.nl/begrip/thuis>

Twillert, M. (2021, 13 oktober). *Driekwart huisartsen vindt werkdruk te hoog.* Medischcontact. Geraadpleegd op 6 december 2021, van <https://‌www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/driekwart-huisartsen-vindt-werkdruk-te-hoog.htm>

Wang, W., Chair, S. Y., Thompson, D. R., & Twinn, S. F. (2012). Effects of home-based rehabilitation on health-related quality of life and psychological status in Chinese patients recovering from acute myocardial infarction. Heart & lung : the journal of critical care, 41(1), 15–25. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2011.05.005>

Wasilewski, M. B., Cimino, S. R., Kokorelias, K. M., Simpson, R., Hitzig, S. L., & Robinson, L. (2021). Providing Rehabilitation to Patients Recovering from COVID-19: A Scoping Review. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 10.1002/pmrj.12669. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12669>

WHO. (2021, 22 september). *WHO coronavirus (COVID-19) dashboard.* Geraadpleegd op 22 september 2021, van <https://covid19.who.int/>

Willemsen, N., & Ros, M. (2021, 12 oktober). *De effecten van sport en bewegen op mentale gezondheid*. Kenniscentrum Sport en Bewegen. Geraadpleegd op 15 december 2021, van <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/de-effecten-van-sport-en-bewegen-op-mentale-gezondheid/>

Zorginstituut Nederland. (2020, 15 september). *Uitval en uitstel van reguliere zorg dempt hoge extra kosten door corona.* Geraadpleegd op 6 december 2021, van [https://‌www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2020/09/15/uitval-en-uitstel-van-reguliere-zorg-dempt-hoge-extra-kosten-door-corona](https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2020/09/15/uitval-en-uitstel-van-reguliere-zorg-dempt-hoge-extra-kosten-door-corona)

*Zorguitgaven met 475 euro omhoog door corona, maar zelf betaalden we minder.* (2021, 29 juni). RTL nieuws.Geraadpleegd op 30 september 2021, van [https://www.rtlnieuws.nl/‌nieuws/nederland/artikel/5238945/zorgkosten-uitgaven-corona-covid-19-ziekte-mondkapjes](https://www.rtlnieuws.nl/%E2%80%8Cnieuws/nederland/artikel/5238945/zorgkosten-uitgaven-corona-covid-19-ziekte-mondkapjes)

Bijlagen

Bijlage 1 – Informatiebrief

**Deelnemersinformatie**

**De wensen en behoeften van COVID-19 patiënten ten aanzien van zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving.**

Kwalitatief onderzoek Zuyd Hogeschool – Afstudeerscriptie

Geachte heer/mevrouw,

Fijn dat u mogelijk deel gaat nemen aan ons onderzoek. Om er zeker van te zijn dat u op de hoogte bent van het **doel** van het onderzoek, **werkwijze** en **verwachtingen**, vragen wij u deze informatiebrief zorgvuldig door te lezen. Meedoen is vrijwillig en hier staat geen vergoeding tegenover. Om mee te doen is wel uw schriftelijke toestemming nodig.

Dit onderzoek is onderdeel van onze afstudeerscriptie, waar uw mening en ervaring centraal staan. Het onderzoek wordt uitgevoerd door drie studenten van de opleiding fysiotherapie. Het onderzoek zal plaats vinden aan de hand van uw voorkeur bijvoorbeeld: in de fysiotherapiepraktijk, via videobellen of bij uw thuis. We zullen naar verwachting 10 proefpersonen interviewen.

**1. Doel van het onderzoek**

Het doel van dit onderzoek is om de wensen en behoeften van COVID-19 patiënten ten aanzien van zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving in kaart te brengen. Er is al veel onderzoek gedaan naar COVID-19 en er wordt steeds meer over bekend. Er ontbreekt onderzoek naar de ervaringen en meningen van COVID-19 patiënten ten aanzien van zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving.

**2. Wat meedoen inhoudt**

De interviews vinden plaats tussen van oktober en december 2021. Uw ervaring en mening wordt in kaart gebracht door het afnemen van een interview. Het interview zal plaatsvinden met twee van de studenten, waarmee u samen de toestemmingsverklaring invult, zie bijlage. Er zal een gesprek plaatsvinden over uw ervaring en mening over zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving. Het gesprek zal ongeveer 30 tot 60 minuten duren.
Als u wilt deelnemen kunt u zich melden bij u fysiotherapeut. Uw fysiotherapeut geeft u een inschrijfformulier. Hier worden uw contacteren gevraagd, zodat wij u kunnen bereiken.

De contactgegevens van de studenten kunt u onderaan dit document vinden voor eventuele vragen over het onderzoek.

U kunt meedoen aan dit onderzoek indien u:

* Minimaal 12 weken geleden COVID-19 heeft gekregen
* Op dit moment klachten of problemen veroorzaakt door COVID-19 ervaart
* Ouder bent dan 18 jaar

**3. Mogelijke voor- en nadelen**

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

De voordelen van dit onderzoek zijn dat uw mening en ervaring mogelijk kan bijdragen aan het verbeteren van de revalidatie van mensen met COVID-19.

De nadelen van dit onderzoek zijn dat u vragen kunt krijgen die mogelijk confronterend kunnen zijn. Daarnaast neemt het tijd in beslag waar u geen vergoeding voor terugkrijgt.

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

Deelname aan het onderzoek is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U kunt ieder moment uw deelname beëindigen, hier hoeft u geen reden voor te geven.

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

Het interview zal via een geluidsopname worden opgenomen. Deze opnames zullen vervolgens worden uitgetypt en onderzocht om de vraagstelling van dit onderzoek te beantwoorden. Uw gegevens zullen ten allen tijden anoniem blijven en bestanden worden opgeslagen in een beveiligde omgeving van de onderzoekers.

**Vertrouwelijkheid van uw gegevens**

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

gegevens niet tot u te herleiden. De gegevens die naar de opdrachtgever, afstudeerbegeleider en de beoordelaars van het onderzoek worden gestuurd bevatten alleen de code, maar niet uw naam of ander gegevens waarmee u kunt worden geïdentificeerd.

**Heeft u nog vragen?**

Voor meer informatie kunt u terecht bij een van de uitvoerende onderzoekers.

Contactgegevens:

Meike Blokland

Tel: +31 6 15511241
Mail: 1817361blokland@zuyd.nl
Bernhard Haberler
Tel: +49 15203213421
Mail 1832719haberler@zuyd.nl
Lindsey Aarts

Tel: +31 6 81942527

Mail: 1811886aarts@zuyd.nl

Hoogachtend,

Meike Blokland,

Bernhard Haberler,

Lindsey Aarts

**Begeleiding**

Fysiotherapie Haelen

Niels Dullens

Zuyd Hogeschool

Dr. Li-Juan Jie

E-mail: li-juan.jie@zuyd.nl

Bijlage 2 – Interview guideline

Interview guideline

Het interview wordt begonnen, de patiënt wordt verwelkomt en er wordt nog eens kort uitgelegd wat het onderwerp van het onderzoek is en wat de gang van zaken zijn.

Vandaag is de bedoeling dat...

Intake formulier vragen demografische gegevens:

Wat is uw leeftijd:

Hoelang geleden bent u gediagnostiseerd met COVID-19:

Wat is uw woonsituatie: alleenstaand/met partner

Mogelijkheden tot ondersteuning in de thuisomgeving: partner/familie/mantelzorger/thuiszorg/anders namelijk...

Wat is uw woonsetting:

Naast COVID-19, met welke andere gezondheidsklachten bent u bekend:

Interview topics en vragen:

|  |  |
| --- | --- |
| Topics  | Vragen  |
| Ervaren impact van COVID-19 | Vertel het verhaal vanaf het moment waarop u besmet bent geraakt met COVID-19.Hoelang geleden bent u gediagnostiseerd met COVID-19?Had u toen gedacht dat u zo lang, na drie maanden, nog klachten zou blijven ervaren?Hoe heeft u de tijd sinds de diagnose ervaren?Hoe was dit voor u?Wat waren positieve/negatieve aspecten?Hoe ziet u de toekomst voor zich? |
| Wensen en behoeften t.a.v. restverschijnselen | Welke symptomen heeft u ervaren sinds de diagnose en hoe hebben deze zich ontwikkeld over de tijd tot nu?Hoe uiten deze klachten zich?Hoe was dit voor u?Wat onderneemt u om van deze klachten af te komen? Waar volgt u deze therapie? Hoe kijkt u tegen de rest van uw revalidatie aan? Welke contacten had u met de zorg?Hoe verliep dit contact?Wat heeft u gemist in deze tijd? |
| Wensen en behoeften t.a.v. zelfstandig revalideren | U heeft .. en .. klachten, kunt u mij vertellen wat u onderneemt om van deze klachten af te komen?Hoe bent u erbij gekomen om zelfstandig te gaan revalideren? Was dit goed te vinden/begrijpelijk/prettig?Wat vond u ervan om dit te doen?Wat is uw uiteindelijke doel bij de therapie? Wat vind u ervan om zelfstandig te revalideren?Wat mist u nog tijdens u zelfstandige revalidatie in de eigen thuisomgeving?Heeft u sinds de diagnose ondersteuning ervaren van uw omgeving? Heeft u hieraan behoeften? |

**Verdiepende vragen tijdens het interview:**

Wat heeft u gemist in deze tijd?

Wat had u graag anders gezien?

Waar had u op dat moment behoefte aan?

Wat heeft u al prettig/goed ervaren?

Wat heeft u al onprettig/negatief ervaren?

Hoe bent u erbij gekomen om dit te gaan doen?

Was dit goed te vinden/begrijpelijk/prettig?

Wat vond u ervan om dit te doen?

Hoe ervaart u dit?

Dat vind ik interessant kunt u mij daar meer over vertellen?

Wat gebeurde er daarna?

Waarom, waardoor, hoezo?

Hoe voelde u zich daarbij?

Wat zijn uw wensen en behoeften ten aanzien van uw revalidatie?

Bijlage 3 – Informed consent

Informed consent

## Toestemmingsformulier

## Afstudeerscriptie fysiotherapie

## Onderzoeksvraag: wat zijn de wensen en behoeften van Long COVID patiënten die zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving?

* Ik heb de informatie voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
* Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik ben me ervan bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
* Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderwerp.
* Ik weet dat sommige mensen mijn gegevens kunnen zien. Die mensen staan vermeld in de informatie(brief). Zelf heb ik het recht om de wijze waarop mijn gegevens zijn opgeslagen in te zien.
* Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatie(brief) staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal opnieuw toestemming aan mij worden gevraagd.

Naam deelnemer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte op een wijze waardoor ik er zeker van ben dat de informatie de deelnemer bereikt heeft.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Bijlage 4 – Intakeformulier

# Intake Formulier voor interviews over de wensen en behoeften van Long COVID patiënten ten aanzien van zelfstandig revalideren in de eigen thuisomgeving, tijdens therapie bij een fysiotherapeut

In dit formulier worden algemene gegevens van u gevraagd. Deze gegevens zijn nodig voor het interview om in kaart te brengen welke deelnemers meedoen, of deelnemers vergelijkbaar zijn of sterk variëren van elkaar.

## Persoonlijke gegevens:

1. **Wat is uw leeftijd:**
2. **Geslacht:**
3. **Wat voor werk doet u:**
4. **Hoelang geleden bent u gediagnostiseerd met COVID-19:**
5. **Wat is uw woonsetting (huis, appartement..):**
6. **Wat is woonsituatie:**
7. Alleenstaand
8. Met partner
9. Met kinderen
10. **Mogelijkheden tot ondersteuning in de thuisomgeving:**
11. Partner
12. Familie
13. Naasten
14. Mantelzorger
15. Thuiszorg
16. Anders, namelijk
17. **Bent u naast COVID nog bekend met andere gezondheidsklachten?**

**Zo ja, welke:**