

C.2 Volhouden en voltooien van de hartrevalidatie

Tabblad 1: Praktijkrichtlijn

Uitgangsvraag

Hoe kan het beweegprogramma van fase II-hartrevalidatie het beste worden vormgegeven bij patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen om de therapietrouw (volhouden) en het voltooien te bevorderen?

Aanbevelingen

Stem het beweegprogramma van fase II-hartrevalidatie gezamenlijk en persoonsgericht af bij patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen om het volhouden en voltooien te bevorderen.

Creëer een veilige fase II-hartrevalidatie omgeving. Denk hierbij aan:

- Ondersteunen bij het omgaan met symptomen
- Toegang geven tot medische hulp
- Grenzen verkennen van lichamelijke inspanning in aanwezigheid van (para)medische hulp
- Indien nodig het monitoren van vitale waarden zoals bloeddruk, hartslag en zuurstofsaturatie
- Duidelijke instructies geven over veilige inspanningsniveaus
- Aandacht geven aan over-bescherming door naasten

Betrek naasten bij de fase II-hartrevalidatie. Denk hierbij aan:

- Betrekken van naasten ter ondersteuning van de patiënt
- Indien nodig het betrekken van naasten ter ondersteuning van de naaste zelf

Faciliteer lotgenotencontact tijdens fase II-hartrevalidatie met mensen met wie patiënten zich kunnen identificeren. Denk hierbij aan:

- Mensen met eenzelfde leeftijd
- Mensen met hetzelfde fitheidsniveau
- Mensen met hetzelfde geslacht
- Mensen met eenzelfde aandoening
- Mensen met eenzelfde culturele identiteit
- Gebruikmaken van bestaande lotgenotencontact netwerken

Faciliteer persoonsgerichte zorg tijdens fase II-hartrevalidatie. Denk hierbij aan:

- Faciliteren van persoonlijke, individuele gesprekken waarbij aandachtig geluisterd wordt
- Persoonlijke doelen stellen samen met patiënten
- Persoonlijke doelen monitoren, evalueren en – indien behaald – vieren
- Goede nazorg faciliteren
- Cultuurgevoelige zorgverleners betrekken

Faciliteer het opnieuw ontwerpen van de toekomst tijdens fase II-hartrevalidatie. Denk hierbij aan:

- Ondersteunen bij het controle herwinnen op het leven
- Stimuleren van onafhankelijkheid
- Reflecteren op herstel samen met zorgverleners en lotgenoten

Tabblad 2: Toelichting

Aanleiding

Hartrevalidatie is algemeen erkend als een effectieve interventie met gunstige effecten op mortaliteit, gezondheid gerelateerde kosten, en gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven. Het aantal patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen dat fase II-hartrevalidatie start, volhoudt en voltooit, is in Nederland suboptimaal (Conijn et al., 2022; Sunamura et al., 2017; van Engen-Verheul et al., 2013; Vonk et al., 2021). De praktijkvariatie in de uitvoer van de hartrevalidatie kan een van de oorzaken zijn van verminderde therapietrouw en uitval (drop-outs) binnen de hartrevalidatie (Conijn et al., 2022; Resurrección et al., 2019; Vonk et al., 2021). Daarnaast kan verminderde therapietrouw en uitval het resultaat zijn van onvoldoende aansluiten bij de behoeften van patiënten (M. Lee et al., 2022; Resurreccion et al., 2017; Vonk et al., 2022).

Het is daarom belangrijk dat de fysio- en oefentherapeutische zorg ongewenste praktijkvariatie beperkt en aansluit bij de behoeften van de patiënt om de therapietrouw (volhouden) en het voltooiën van fase II-hartrevalidatie te verhogen. Doordat patiënten fase II-hartrevalidatie beter volhouden en voltooiën worden positieve effecten van de hartrevalidatie beter benut (zie A.2 'Achtergrond'). In B.2 'Belemmerende en bevorderende factoren' zijn de factoren geïdentificeerd die de therapietrouw (volhouden) en voltooiën van hartrevalidatie belemmeren.

In deze module C.2 wordt ingegaan op de effectiviteit van interventies voor het verbeteren van therapietrouw (volhouden) en voltooiën van fase II-hartrevalidatie. Door middel van een systematische review en meta-analyse wordt het effect van verschillende interventies bepaald. Daarnaast wordt ingegaan op de behoeften van de patiënten ten aanzien van fase II-hartrevalidatie. Om de deelname en het volhouden te verbeteren is het belangrijk om de behoeften ten aanzien van hartrevalidatie in kaart te brengen en de inhoud van de revalidatie daarop aan te passen. Door middel van een systematische review en meta-etnografie worden de behoeften van verschillende fase II-hartrevalidatie deelnemers uitgelegd. De behoeften worden verkend van mensen met coronairlijden en chronisch hartfalen omdat zij tot de specifieke doelgroepen van deze richtlijn behoren. Daarnaast worden behoeften van mensen met thoracale aortadissectie verkend om overeenkomsten en verschillen te duiden. Informatie over de behoeften en effectiviteit van interventies leiden uiteindelijk tot concrete aanbevelingen voor het verbeteren van therapietrouw (voltooiën) en voltooiën van fase II-hartrevalidatie.

Rationale van de aanbeveling

De werkgroep heeft besloten om sterke aanbevelingen te formuleren voor het gezamenlijk en persoonsgericht afstemmen van fase II-hartrevalidatie bij patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen om therapietrouw (volhouden) en voltooiën te bevorderen.

De resultaten van de systematische review laten zien dat interventies gericht op het volhouden en voltooiën van hartrevalidatie niet klinisch-relevante positieve effecten hebben op het volhouden en voltooiën van het beweegprogramma van fase II-hartrevalidatie voor patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen met een redelijke bewijskracht. Deze redelijke bewijskracht is echter verklaarbaar door de gevonden heterogeniteit in de studies.

De resultaten van de meta-etnografie laten een hoge tot redelijke mate van vertrouwen zien in de gevonden behoeften van patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen ten aanzien van fase II-hartrevalidatie.

De werkgroep is van mening dat de gevonden behoeften van patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen meer richting geven aan welke vorm van persoonsgerichte zorg gewenst is (vermindering ongewenste praktijkvariatie). De gewenste (positieve) effecten van het persoonsgericht aanpassen van fase II-hartrevalidatie kan de ongewenste effecten overtreffen. Ook de economische overwegingen en kosteneffectiviteit, waarden en voorkeuren van patiënten, en gezondheidsgelijkheid lijken in het voordeel te zijn van persoonsgericht aanpassen van fase II-hartrevalidatie. De overige criteria waarop beoordeeld is in het proces van het bewijs naar aanbeveling – zoals aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie – worden

als waarschijnlijk wel realistisch gescoord. De werkgroep verwacht dat de meerderheid van de cruciale belanghebbenden persoonsgerichte aanpassingen van fase II-hartrevalidatie zal accepteren. Echter, het uitvoeren van onderdelen van persoonsgerichte fase II-hartrevalidatie is voor de hartrevalidatie professionals wel een organisatorische uitdaging, waarbij praktische belemmeringen ervaren kunnen worden.

De werkgroep heeft conditionele aanbevelingen geformuleerd voor specifieke handvatten. Deze handvatten zijn bevindingen vanuit de systematische review en meta-etnografie, waarbij er geen bewijskracht is gescoord. Hierdoor is een conditionele aanbeveling geformuleerd om fysiotherapeuten is de dagelijkse praktijk te ondersteunen in het persoonsgericht aanpassen van fase II-hartrevalidatie.

Literatuuronderzoek

Onderzoeksvragen

Voor dit knelpunt zijn twee onderzoeksvragen opgesteld en uitgewerkt middels een systematisch literatuuronderzoek en meta-etnografie, namelijk:

1. Wat zijn de behoeften van patiënten met coronairlijden, hartfalen of thoracale aortadissectie ten aanzien van hartrevalidatie?
2. Welke interventies zijn effectief om het volhouden en voltooiën van fase II-hartrevalidatie bij patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen te bevorderen ten opzichte van gebruikelijke hartrevalidatie?

Onderzoeksvraag 1

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende onderzoeksvraag (SPIDER):

- **Sample:** Patiënten met coronairlijden, hartfalen of thoracale aortadissectie.
- **Phenomenon of Interest:** Hartrevalidatie.
- **Design:** Peer-reviewed literatuur en grijze literatuur.
- **Evaluation:** Behoeften.
- **Research type:** Kwalitatieve studies en kwalitatieve resultaten van mixed-methods studies.

Wat zijn de behoeften van patiënten met coronairlijden, hartfalen of thoracale aortadissectie ten aanzien van hartrevalidatie zoals beschreven in kwalitatieve studies en kwalitatieve resultaten van mixed-methods studies in peer-reviewed en grijze literatuur? De werkgroep achtte de volgende bevindingen als cruciaal voor de besluitvorming: behoeften.

Zoeken en selecteren

Voor het beantwoorden van de uitgangsvraag is een systematische literatuurstudie uitgevoerd.

De onderstaande inclusiecriteria zijn gebruikt om de artikelen te selecteren, genoteerd met behulp van het STARLITE-raamwerk:

S	Sampling strategie	Systematische, uitgebreide, Booleaanse zoekstrategie.
T	Types of study	Kwalitatief onderzoek of mixed-methods onderzoek
A	Approaches	Systematisch zoeken in elektronische databases (gepubliceerde en grijze literatuur) en voorwaarts citatieonderzoek.
R	Range of years	Van aanvang databases tot december 2023
L	Limits	1) over de organisatie van hartrevalidatie (bijvoorbeeld: verwijzing of inschrijving); 2) niet over de inhoud van hartrevalidatie (bijvoorbeeld financiële belemmeringen of vervoerskwesties); 3) taal niet Engels; 4) ongeschikte uitkomsten (bijvoorbeeld effectmetingen); 5) ongeschikte populatie (bijvoorbeeld patiënten na hartklepoperaties); 6) ongeschikt publicatietype (bijvoorbeeld proefschrift); en

7) geen full-text beschikbaar.	
I Inclusion and exclusion criteria	<u>Populatie</u> Patiënten met coronairlijden, hartfalen of thoracale aortadissectie. <u>Interventie</u> Hartrevalidatie wordt gedefinieerd als “training en uitgebreide diensten met inbegrip van onderwijs, psychologische input en veiligheidsaanbevelingen gericht op gedragsverandering op het gebied van gezondheid en levensstijl, risicofactoren en psychosociaal welzijn”. Studies moeten gegevens presenteren over de behoeften van patiënten met betrekking tot de inhoud van hartrevalidatie. Studies over verwijzing en inschrijving voor hartrevalidatie zijn geen onderwerp van deze literatuurstudie en metasynthese. <u>Resultaat</u> Een “behoefte” is “een ongewenste stand van zaken; een tekort; een noodzaak; de aanwezigheid ervan brengt verantwoordelijkheid met zich mee om het tekort aan te vullen; en een evaluatieve notie (of waardeoordeel) die iemand heeft om ze als behoeften te definiëren”. Behoeften dienen te worden onderzocht vanuit het perspectief van patiënten zelf, naaste familieleden of zorgverleners. <u>Type onderzoek</u> Kwalitatieve methoden of gemengde methoden (mixed-methods).
T Terms used (amongst others)	Population (populatie) Coronary disease, heart failure, thoracic aortic dissection, cardiovascular disease. Intervention (interventie) Cardiac rehabilitation, Dissecting aneurysm [rehabilitation], thoracic aortic aneurysm [rehabilitation], aortic aneurysm [rehabilitation], aortic rupture [rehabilitation], rehabilitation, telerehabilitation, exercise therapy, rehabilitation centers. Outcome (resultaat) Needs assessment, values, views, thoughts, factors, beliefs. Study type (type onderzoek) Qualitative research, focus groups, interviews, narration.
E Electronic resources	Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO, Web of Science (inclusief forward citation search), Google Scholar, OpenGrey, en medRxiv.

In december 2023 werd een systematische zoekactie uitgevoerd in Ovid MEDLINE, Ovid EMBASE, CINAHL (EBSCO), APA PsycINFO, Web of Science, Google Scholar, OpenGrey, en medRxiv. (zie bijlage C.2-1 voor de details van de zoekstrategie). Zie bijlage C.2-2 voor het stroomdiagram van het selectieproces. De systematische zoekactie leverde 5.711 unieke treffers op. Op basis van het controleren van referentielijsten en citatie-analyse (Engels: forward-backward citation search) werden in april 2024 hier 792 studies aan toegevoegd. Na beoordeling van de titel en het abstract op de inclusiecriteria zijn 4.051 artikelen geëxcludeerd. Van de overige 256 artikelen is het volledige artikel beoordeeld. Er zijn 162 artikelen op basis van de volledige tekst geëxcludeerd. De redenen voor exclusie zijn weergegeven in bijlage C.2-3. De zoekactie leverde, in totaal, 94 artikelen op. Vervolgens zijn 94 artikelen geïnccludeerd in de kwalitatieve data-analyse. Uiteindelijk zijn 94 artikelen beoordeeld met de GRADE-CERQual.

Karakteristieken van geïnccludeerde studies en populaties

De kenmerken van de geïnccludeerde studies zijn weergegeven in bijlage C.2-4. De 94 geschikte studies includeerden in totaal 2.021 deelnemers (1.731 patiënten, 185 naasten en 105 zorgprofessionals). De participanten waren afkomstig uit 19 verschillende landen verspreid over de wereld en zowel uit welvarende landen als uit ontwikkelingslanden. Het betrof patiënten met coronairlijden met en zonder chirurgie, patiënten met acuut en chronisch hartfalen, en patiënten met een verhoogd risico op thoracale aortadissectie of operatief

behandelde thoracale aortadissectie. Er was een grote variëteit aan gebruikte methodologieën: fenomenologie (n=11), hermeneutiek (n=8), gerandomiseerde gecontroleerde studie met kwalitatieve evaluatie (n=5), grounded theory (n=5), mixed-methods (n=4), etnografie (n=3), kritiek realistisch (n=2), narratieve benadering (n=2), naturalistische benadering (n=2), case study design (n=1), multimethod design (n=1) en een pragmatische paradigma benadering (1). De overige artikelen (n=44) rapporteerden geen specifieke methodologie. Data werd verzameld middels individuele, tweetalige, of focusgroep interviews; observaties; vragenlijsten; en chat sessies. Er was een grote variatie wat betreft de inhoud van de hartrevalidatieprogramma's, zoals: gesuperviseerd of niet-gesuperviseerd; gelokaliseerd in een centrum, thuis, of via internet; en aangepaste programma's voor een specifieke patiëntenpopulatie.

Individuele studiekwaliteit

De individuele studiekwaliteit is door Niek Koenders (NK) gescoord met behulp van de [CASP tool](#) for Qualitative Studies (Higgins & Green, 2011). De beoordeling van de verschillende items is besproken met Roel van Oorsouw (RvO), waarna consensus is bereikt. Een overzicht van de beoordeling van de studiekwaliteit per studie is weergegeven in bijlage C.2-5.

De onderzoekers waren weinig bezorgd over het risico op beperkte geloofwaardigheid van bevindingen door beperkte methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies. Over het algemeen was de onderzoeksdoelstelling helder geformuleerd en was de gekozen kwalitatieve methodologie gepast. Het gekozen onderzoek ontwerp werd niet gerapporteerd of was niet geschikt in 24 studies (26%). De gebruikte wervingsstrategie was geschikt in 65 studies (69%); echter, in 16 studies (17%) rapporteerden de onderzoekers geen wervingsstrategie en in 13 studies (14%) gaven de onderzoekers geen uitleg omtrent keuzes in wervingsstrategie. De dataverzamelmethode waren goed onderbouwd en geschikt voor het bereiken van de onderzoeksdoelstellingen. De relatie tussen onderzoeker en studie deelnemer werd niet gerapporteerd in 72 studies (77%). Het gebrek aan een beschrijving van de relatie "onderzoeker en studie deelnemer" is niet noodzakelijkerwijs een methodologische zwakte. Echter, we vonden een aantal studies waarin een specifieke onderzoeker specifieke deelnemers interviewde (n=8) of gevoelige onderwerpen aanstipte (n=5). In deze 11 studies (12%) is er enige bezorgdheid over de geloofwaardigheid van de bevindingen door de gekozen kwalitatieve methoden. Ethische aspecten werden adequaat overwogen en gerapporteerd in 34 studies (36%); de andere studies rapporteerden alleen de verkregen goedkeuring van een ethische commissie (n=59), of rapporteerden ethische aspecten helemaal niet (n=1). Data-analyse werd grondig uitgevoerd in 76 studies (81%) en bevindingen werden helder geformuleerd in 84 studies (89%).

Data-analyse

We voerden een meta-etnografische synthese uit volgens de 7 fasen zoals beschreven door Noblit en Hare (Noblit & Hare, 1988). Na het formuleren van de onderzoeksvraag (fase 1) en het identificeren van relevante studies (fase 2), startten twee reviewauteurs (NK en RvO) onafhankelijk van elkaar met lezen en herlezen van de geïncludeerde studies om vertrouwd te raken met de data (fase 3). Om te bepalen hoe de bevindingen in de studies samenhangen (fase 4), identificeerden en codeerden twee reviewauteurs (NK en RvO) onafhankelijk van elkaar relevante tekstgedeelten met behulp van analysesoftware (Atlas.ti, Scientific Software Development GmbH, Berlijn, Duitsland, versie 23.1.1). In deze in-vivo gecodeerde teksten werd vervolgens door beide reviewauteurs (NK en RvO) gezocht naar patronen in de data, en dit werd gestructureerd in lijsten. Deze lijsten kregen van de reviewauteurs een nieuwe code als naam welke fungeerden als voorlopige derde-ordeconstructen.

In navolging van Britten et al. (Britten et al., 2002) onderscheiden we eerste-, tweede- en derde-orde constructen. Eerste-orde constructen betreffen "alledaagse interpretaties van studiedeelnemers (in de studies vaak terug te zien in quotes)" en tweede orde-constructen betreffen "interpretaties van de oorspronkelijke auteur(s) (in de studies vaak terug te zien in de resultaten en discussie secties)". Onze nieuwe interpretaties van inzichten van zowel studiedeelnemers als studieauteurs vormen de derde-orde constructen.

De eerste-, tweede- en derde-ordeconstructen werden gebruikt om argumentatielijnen (lines-of-argument) te synthetiseren die een grondig begrip opleverden van de behoeften van patiënten met betrekking tot hartrevalidatie. In meerdere bijeenkomsten werden de lijsten en voorlopige derde-ordeconstructen besproken door twee reviewauteurs (NK en RvO) totdat consensus werd bereikt over de voorlopige derde-ordeconstructen. Om de bevindingen uit de verschillende studies naar elkaar te vertalen (fase 5), maakten twee reviewauteurs

(NK en RvO) samen een mindmap. Deze mindmap werd vervolgens gebruikt om alle studies te analyseren op verschillen (d.w.z. weerleggende vertalingen) en overeenkomsten (d.w.z. wederkerige vertalingen) tussen studies. Tijdens het ordenen van de gegevens in de matrix, herformuleerden en herordenden de twee auteurs van de beoordeling (NK en RvO) de voorlopige derde-orde constructen. In drie consensusbijeenkomsten met de volledige auteursgroep, werden de voorlopige derde-ordeconstructen besproken en waar nodig geherformuleerd en werd consensus bereikt over de definitieve derde-ordeconstructen. In de vierde consensusbijeenkomst met alle auteurs werden de vertalingen gesynthetiseerd (fase 6) volgens de line-of-argument meta-etnografische synthese, oorspronkelijk beschreven door Noblit en Hare (Noblit & Hare, 1988).

Door het creëren van voorlopige argumentatielijnen, werd een overkoepelende uitleg geconstrueerd van de behoeften van patiënten ten aanzien van hartrevalidatie. Deze voorlopige argumentatielijnen werden later verwerkt in een eerste opzet van de Resultatensectie van het wetenschappelijke artikel. Tijdens het schrijfproces werden de voorlopige argumentatielijnen door alle auteurs geherformuleerd en geordend totdat consensus was bereikt over definitieve argumentatielijnen. Twee reviewauteurs (NK en RvO) gingen nog een laatste keer terug naar de oorspronkelijke studies om illustratieve citaten te extraheren die onze herinterpretaties ondersteunden. Om uitdrukking te geven aan de synthese (fase 7) streefden we ernaar een rijke tekstuele weergave te geven van de verschillende perspectieven op de behoeften van patiënten ten aanzien van hartrevalidatie.

Bevindingen

Hieronder volgt per bevinding een samenvatting van de bevindingen. Per argumentatielij (line of argument) is de kwaliteit van het bewijs beoordeeld met de GRADE-CERQual-methodiek. De bewijskracht, in het Engels 'certainty of the evidence', reflecteert de mate van vertrouwen dat een line of argument een juiste weergave van de werkelijkheid is. Verdere details zijn beschreven in het CERQual Evidence Profile (bijlage C.2-6).

Samenvatting van review bevinding	Studies	CERQual beoordeling	
		Vertrouwen in evidentie	Uitleg
Patiënten hebben behoefte aan veiligheid zoals: • ondersteuning bij omgaan met symptomen • een veilige omgeving, en • duidelijke instructies over inspanningsniveaus.	(Andersson et al., 2013; Andersson et al., 2020; Anttila et al., 2021; Astin et al., 2008; Back et al., 2020; Back et al., 2017; Banerjee et al., 2010; Bardsgjerde et al., 2019; Birtwistle et al., 2021; Bourke et al., 2022; Damlund et al., 2022; Desveaux et al., 2017; Devi et al., 2014; Dreyer et al., 2021; Dunkley et al., 2008; Elbrond et al., 2022; Fletcher et al., 2014; Galdas & Kang, 2010; Galdas et al., 2012; Ghezeljeh et al., 2014; Hellem & Bruusgaard, 2020; Rita Hwang et al., 2017; Jackson et al., 2012; Jones et al., 2009; Kenny et al., 2023; Koivunen et al., 2005; L. S. Lee et al., 2022; Maddocks & Cobbing, 2017; McAuliffe et al., 2021; McIntosh et al., 2017; McSweeney & Crane, 2001; Mendell et al., 2019; Mooney et al., 2007; Murray et al., 2000; Nadarajah et al., 2017; Nilsson et al., 2023; O'Shea et al., 2020; Pedersen et al., 2017; Simony, Dreyer, et al., 2015; Simony et al., 2017; Simony, Pedersen, et al., 2015; Smith et al., 2017; Stromback et al., 2020; Sutantri et al., 2020; Thompson et al., 2022; Tulloch et al., 2020; Tully et al., 2010; Velvin et al., 2021; Visram et al., 2007; Webster et al., 2002; Wieslander et al., 2016; Wingham et al., 2006; Yang, Sun, et al., 2023; Yates et al., 2018)	⊕⊕⊕⊕ Hoge mate van vertrouwen	Er zijn geen/heel weinig zorgen omtrent methodologische kwaliteit, coherentie, adequaatheid en relevantie.
Echter, patiënten ervaren ook te veel bescherming door naasten.			

Patiënten hebben behoefte aan betrokkenheid van naasten. - Ten eerste om steun te krijgen <u>van</u> naasten. - Ten tweede om steun te krijgen <u>voor</u> naasten zelf.	(Alavi et al., 2013; Ammouri et al., 2017; Andersson et al., 2013; Andersson et al., 2020; Astin et al., 2008; Back et al., 2017; Banerjee et al., 2010; Bergman & Bertero, 2001; Birtwistle et al., 2021; Boothby et al., 2021; de Oliveira Nascimento et al., 2021; Dechaine et al., 2018; Devi et al., 2014; Dreyer et al., 2021; East et al., 2004; Elbrond et al., 2022; Eriksson et al., 2009; Fletcher et al., 2014; Ghezeljeh et al., 2014; Rita Hwang et al., 2017; Jackson et al., 2012; Jones et al., 2009; Junehag et al., 2014; Kenny et al., 2023; Koivunen et al., 2005; Lotto et al., 2022; Maddocks & Cobbing, 2017; Mohammadi et al., 2019; Mooney et al., 2007; Murray et al., 2000; Nadarajah et al., 2017; O'Shea et al., 2020; Paquet et al., 2005; Pedersen et al., 2017; Pedersen et al., 2021; Pryor et al., 2014; Resurreccion et al., 2018; Seto Nielsen et al., 2012; Simony, Dreyer, et al., 2015; Sloots et al., 2012; Sutantri et al., 2019; Thompson et al., 2022; Tulloch et al., 2020; Visram et al., 2007; Webster et al., 2002; Wieslander et al., 2016; Wong et al., 2016; Yates et al., 2018)	⊕⊕⊕⊕ Hoge mate van vertrouwen	Er zijn geen/heel weinig zorgen omtrent methodologische kwaliteit, coherentie, adequaatheid en relevantie.
Patiënten hebben behoefte aan steun van mensen met wie ze zich kunnen identificeren, bijvoorbeeld: - mensen met eenzelfde leeftijd, - mensen met hetzelfde fitheidsniveau - mensen met hetzelfde gender, - mensen met eenzelfde ziekte.	(Alavi et al., 2013; Andersson et al., 2020; Anttila et al., 2021; Bernt Jorgensen et al., 2023; Birtwistle et al., 2021; Bourke et al., 2022; Clark et al., 2004; Crowley, 2010; Damlund et al., 2022; de Oliveira Nascimento et al., 2021; Dechaine et al., 2018; Desveaux et al., 2017; Dreyer et al., 2021; Ellis et al., 2019; Fletcher et al., 2014; Galdas & Kang, 2010; Hellem & Bruusgaard, 2020; Hudson et al., 2001; Rita Hwang et al., 2017; Jackson et al., 2012; Jones et al., 2009; Kenny et al., 2023; Koivunen et al., 2005; L. S. Lee et al., 2022; M. Lee et al., 2022; Lotto et al., 2022; McAuliffe et al., 2021; McSweeney & Crane, 2001; Mooney et al., 2007; Murray et al., 2000; Nadarajah et al., 2017; O'Shea et al., 2020; Paquet et al., 2005; Pedersen et al., 2021; Pryor et al., 2014; Resurreccion et al., 2018; Rolfe et al., 2010; Simony, Pedersen, et al., 2015; Sloots et al., 2012; Sutantri et al., 2019; Sutton et al., 2012; Tolmie et al., 2006; Tulloch et al., 2020; Tully et al., 2010; Velvin et al., 2021; Visram et al., 2007; Walthall et al., 2020; Wieslander et al., 2016; Wingham et al., 2006; Wong et al., 2016)	⊕⊕⊕○ Redelijke mate van vertrouwen	De bewijskracht is met 1 niveau verlaagd in verband met zorgen omtrent methodologische kwaliteit, omdat triangulatie van participanten en data beperkt zijn. Verder zijn er zorgen omtrent de coherentie, omdat er plausibele andere verklaringen mogelijk zijn. Er zijn geen zorgen omtrent adequaatheid en relevantie.
Patiënten hebben behoefte aan persoonsgerichte zorg met: - persoonlijke aandacht, - persoonlijke doelen, - nazorg, en	(Andersson et al., 2013; Andersson et al., 2020; Astin et al., 2008; Back et al., 2017; Banerjee et al., 2010; Crowley, 2010; Devi et al., 2014; Dunkley et al., 2008; Fletcher et al., 2014; Fletcher & McBurney, 2016; Fors et al., 2014; Galdas & Kang, 2010; Jackson et al., 2012; Junehag et al., 2014; Koivunen et al., 2005; Kristofferzon et al., 2008; Lotto et al., 2022; McAuliffe et al., 2021; Mendell et al., 2019; Nilsson et	⊕⊕⊕○ Redelijke mate van vertrouwen	De bewijskracht is met 1 niveau verlaagd in verband met zorgen omtrent methodologische kwaliteit, omdat maar enkele studies specifiek onderzoek hebben

cultuurgevoelige zorgverleners.	al., 2023; O'Shea et al., 2020; Pedersen et al., 2017; Pryor et al., 2014; Rolfe et al., 2010; Simony, Dreyer, et al., 2015; Smith et al., 2017; Tully et al., 2010; Velvin et al., 2021; Visram et al., 2007; Wong et al., 2016)		gedaan naar persoonsgerichte zorg. Er zijn geen zorgen omtrent coherentie, adequaatheid en relevantie.
Patiënten hebben behoefte aan hulp bij het opnieuw ontwerpen van een betekenisvolle toekomst, zodat ze - controle over het leven herwinnen, - reflecteren op hun herstel, en - leren omgaan met een veranderde identiteit.	(Ammouri et al., 2017; Andersson et al., 2013; Andersson et al., 2020; Anttila et al., 2021; Bergman & Bertero, 2001; Bernt Jorgensen et al., 2023; Clark et al., 2004; de Oliveira Nascimento et al., 2021; Dechaine et al., 2018; Devi et al., 2014; Dreyer et al., 2021; Dunkley et al., 2008; Elbrond et al., 2022; Ellis et al., 2019; Eriksson et al., 2009; Galdas et al., 2012; Ghezjeljeh et al., 2014; Hellem & Bruusgaard, 2020; Hudson et al., 2001; Jackson et al., 2012; Junehag et al., 2014; Kenny et al., 2023; Kristofferzon et al., 2008; M. Lee et al., 2022; Maddocks & Cobbing, 2017; Merritt et al., 2017; Mohammadi et al., 2019; Murray et al., 2000; Pedersen et al., 2017; Pryor et al., 2014; Resurreccion et al., 2018; Simony, Dreyer, et al., 2015; Simony et al., 2017; Sutantri et al., 2019; Sutantri et al., 2020; Svedlund & Danielson, 2004; Visram et al., 2007; Webster et al., 2002; Wieslander et al., 2016; Yang, Zheng, et al., 2023)	⊕⊕⊕⊕ Hoge mate van vertrouwen	Er zijn geen/heel weinig zorgen omtrent methodologische kwaliteit, coherentie, adequaatheid en relevantie.

Patiënten hebben behoefte aan veiligheid, maar geen over-bescherming

In 54 studies is evidentie gevonden voor deze 'line of argument'. Hierbij is sprake van een hoge mate van vertrouwen in de evidentie. De bewijskracht is niet afgewaardeerd.

Patiënten hebben ondersteuning nodig bij omgaan met symptomen, zoals pijn op de borst of kortademigheid. Symptomen herinneren hen aan hun hartprobleem en geven een onveilig gevoel. Ze hebben toegang nodig tot een specialist of huisarts om symptomen, medicijnen, bijwerkingen en levenskwaliteit te bespreken. Daarnaast hebben patiënten tijdens lichamelijke inspanning begeleiding nodig van zorgverleners die symptomen zoals pijn op de borst of kortademigheid kunnen duiden of, zo nodig, behandelen. Sommige patiënten hebben geen behoefte aan hartrevalidatie nadat hun symptomen zijn verlicht.

Patiënten voelen zich veilig in een omgeving waar medische hulp aanwezig is, waar ze zichzelf kunnen testen en hun grenzen kunnen verkennen. Toezicht door zorgverleners en monitoring van vitale gegevens draagt bij aan een veilige omgeving. Daarom geven patiënten de voorkeur aan begeleide hartrevalidatie boven onbegeleide groepen in de eigen omgeving. Monitoring van bloeddruk, hartslag en zuurstofsaturatie speelt een belangrijke rol in hun gevoel van veiligheid. Patiënten voelen zich veilig wanneer de juiste apparatuur aanwezig is, zoals een professionele ergometer of een automatische externe defibrillator. Interessant is dat patiënten zich ook veilig voelen tijdens begeleide telerevalidatie thuis. Sommige patiënten nemen echter extra maatregelen voor veiligheid thuis, zoals het ontgrendelen van de deur vóór het sporten.

Daarnaast hebben patiënten behoefte aan duidelijke instructies over veilige inspanningsniveaus, aangezien lichamelijke activiteit als risicovol ervaren kan worden. Ze hebben instructies nodig voor de momenten wanneer ze niet onder professioneel toezicht staan.

Een ander aspect is dat patiënten te veel bescherming door naasten ervaren. Dit kan leiden tot frustraties en een gevoel van beperkte vrijheid en onafhankelijkheid. Het omgaan met te veel bescherming door naasten benadrukt het belang van het betrekken van naasten bij hartrevalidatie.

258 **Patiënten hebben behoefte aan betrokkenheid van hun naasten**

259 In 48 studies is evidentie gevonden voor deze 'line of argument'. Hierbij is sprake van een hoge mate van
260 vertrouwen in de evidentie. De bewijskracht is niet afgewaardeerd.

261 Patiënten hebben sterk behoefte aan betrokkenheid van naasten bij hartrevalidatie. Ze hebben zowel steun
262 nodig van als voor hun naasten. Met naasten worden bedoeld: partners, familieleden, verzorgers, vrienden,
263 buren, werkgevers of collega's. Indien partners betrokken zijn, kan er ook specifieke, gelijktijdige zorg nodig zijn
264 voor de patiënt én partner zoals relatietherapie of seksuele gezondheidszorg.

265 Enerzijds hebben patiënten steun nodig van hun naasten om hun herstel van kwaliteit van leven te bevorderen.
266 Deze steun omvat hulp bij zelfzorg, motivatie om deel te nemen aan hartrevalidatie, stressvermindering en
267 aanmoediging om lichamelijk actief te zijn. Naasten spelen een belangrijke rol in het bieden van begrip en een
268 luisterend oor. Verder kunnen naasten de patiënt opvrolijken en moed inspreken. Er kan behoefte zijn aan
269 therapie om veranderingen in onderlinge relaties te bespreken en angst voor seksuele activiteiten te
270 verminderen. Sommige patiënten willen hun naasten echter niet betrekken om hen niet te belasten met emoties
271 of schokkend nieuws.

272 Anderzijds hebben naasten zelf ook ondersteuning nodig, zoals kennis over de ziekte en educatie hoe hun
273 geliefde te ondersteunen. Daarnaast willen naasten zich begrepen en betrokken voelen. Ze kunnen emotionele
274 symptomen ervaren door de ziekte van hun dierbaren, waardoor soms psychologische hulp nodig is.

275 **Patiënten hebben behoefte aan lotgenotencontact met mensen waarmee ze zich kunnen identificeren**

276 In 50 studies is evidentie gevonden voor deze 'line of argument'. Hierbij is sprake van een redelijke mate van
277 vertrouwen in de evidentie. De bewijskracht is met 1 niveau verlaagd in verband met zorgen omtrent
278 methodologische kwaliteit, omdat triangulatie van participanten en data beperkt zijn. Verder zijn er zorgen
279 omtrent de coherentie, omdat er plausibele andere verklaringen mogelijk zijn. Er zijn geen zorgen omtrent
280 adequaatheid en relevantie.

281 Patiënten hebben behoefte aan ondersteuning van lotgenoten waarmee ze zich kunnen identificeren.
282 Hartrevalidatie wordt meestal in groepsverband aangeboden. Het delen van ervaringen met lotgenoten in deze
283 groepen wordt als heel belangrijk gezien, vooral als patiënten zich met hen kunnen identificeren op basis van
284 leeftijd, fitheidsniveau, geslacht of ziekte. Lotgenotensteun leidt vaak tot vriendschap en kameraadschap. Na
285 afloop van de hartrevalidatie missen patiënten hun lotgenoten en willen ze graag een gelijkgestemde groep in
286 hun gemeenschap vinden.

287 Patiënten hebben vooral behoefte aan lotgenoten van dezelfde leeftijd en fitheidsniveau. Mensen in dezelfde
288 levensfase begrijpen vergelijkbare situaties, zoals uitdagingen bij het omgaan met familie en werk. Als er een
289 verschil in leeftijd is, dan kan dat soms leiden tot een verlies van verbinding met de groep. Ook hebben patiënten
290 behoefte aan lotgenoten van hetzelfde geslacht. Met name vrouwen geven aan het fijn te vinden als de groep
291 alleen uit vrouwen bestaat, omdat zij zich dan sociaal veiliger voelen. Zij hoeven zich dan geen zorgen te maken
292 over kleding, uiterlijk of niet flatterende houdingen bij sporten. Vrouwelijke patiënten waarderen een
293 revalidatievorm waarbij vrouwen centraal zijn, alleen vrouwen aanwezig zijn en waarbij de revalidatie ruimte
294 een "beschermde ruimte" symboliseert. Zij vinden deze beschermde ruimte prettig om ervaringen te delen en
295 specifieke hartinformatie voor vrouwen te ontvangen. Verder is het belangrijk dat lotgenoten dezelfde ziekte
296 hebben, omdat dit helpt om specifieke uitdagingen en symptomen te bespreken.

297 Sommige patiënten voelen echter weerstand om deel te nemen aan groepstraining, vanwege sociaal ongemak
298 of voorkeur om onafhankelijk te trainen via telerevalidatie.

299 **Patiënten hebben behoefte aan persoonsgerichte zorg.**

300 In 30 studies is evidentie gevonden voor deze 'line of argument'. Hierbij is sprake van een redelijke mate van
301 vertrouwen in de evidentie. De bewijskracht is met 1 niveau verlaagd in verband met zorgen omtrent
302 methodologische kwaliteit, omdat maar enkele studies specifiek onderzoek hebben gedaan naar
303 persoonsgerichte zorg. Er zijn geen zorgen omtrent coherentie, adequaatheid en relevantie.

304 Patiënten hebben behoefte aan persoonsgerichte zorg. Hiervoor is persoonlijke aandacht belangrijk. Patiënten
305 waarderen individuele gesprekken waarin hartrevalidatiezorgverleners aandachtig luisteren. In zulke gesprekken
306 kunnen patiënten hun behoeften uiten en kunnen zorgverleners een persoonlijk zorgplan opstellen. Persoonlijk
307 contact helpt bij het motiveren van patiënten om deel te nemen aan hartrevalidatie.

308 Daarnaast willen patiënten persoonlijke doelen stellen, monitoren en behaalde doelen vieren met hun naasten
309 en zorgverleners. Betrokkenheid bij het stellen van doelen is belangrijk, omdat opgelegde doelen als dictatoriaal
310 kunnen overkomen. Specifieke doelen, zoals gewichtsbeheersing of verhoogde fysieke fitheid, zijn motiverender
311 dan algemene doelen, zoals gezondheid bevorderen.

312 Na ontslag uit het ziekenhuis of na hartrevalidatie ervaren patiënten een zorgkloof waarin ze zich onzeker voelen.
313 Ze hebben behoefte aan nazorg, variërend van follow-up telefoongesprekken tot oefenprogramma's. Goede
314 nazorg geeft patiënten het gevoel dat ze als persoon worden behandeld en dat er sprake is van oprechte
315 betrokkenheid van zorgverleners. Patiënten waarderen ook gemakkelijke toegang tot
316 hartrevalidatiezorgverleners, bijvoorbeeld via een direct telefoonnummer.

317 Verder is er behoefte aan cultuurgevoelige zorgverleners. Aandacht voor verschillende culturen kan zich uiten in
318 persoonsgericht voedingsadvies, traditionele kleding tijdens het sporten toestaan en informatie in begrijpelijke
319 taal bieden. Patiënten uit specifieke culturele groepen waarderen cultuurgevoelige zorgverleners die niet
320 oordelen en sociale druk bij leefstijlveranderingen begrijpen.

321 **Patiënten hebben behoefte aan hulp bij het opnieuw ontwerpen van een betekenisvolle toekomst.**

322 In 41 studies is evidentie gevonden voor deze line of argument. Hierbij is sprake van een hoge mate van
323 vertrouwen in de evidentie. De bewijskracht is niet afgewaardeerd.

324 Patiënten hebben hulp nodig om opnieuw een betekenisvolle toekomst te ontwerpen. Ze willen de controle over
325 hun leven herwinnen en niet afhankelijk zijn van anderen voor zelfzorg en het uitvoeren van dagelijkse
326 activiteiten. Hartrevalidatie helpt patiënten controle te herwinnen door educatie, oefeningen en psychologische
327 ondersteuning.

328 Daarnaast hebben patiënten behoefte om te reflecteren op hun herstel, samen met zorgverleners en lotgenoten,
329 wat hen troost, verlichting en realistische doelen biedt. Ze moeten leren omgaan met een veranderde identiteit,
330 bijvoorbeeld op het vlak van familierollen of werk. Er kan sociale isolatie optreden als gevolg van hun problemen
331 om werk, hobby's of sociale activiteiten op te pakken. Werkgerichte revalidatie wordt in het bijzonder
332 gewaardeerd.

333 Sommige patiënten hebben echter geen behoefte aan hulp bij het ontwerpen van een betekenisvolle toekomst.
334 Zij nemen het leven zoals het komt of vertrouwen in goddelijke krachten voor een goede afloop.

335 *Conclusies op basis van de literatuur*

336 Er is een hoge mate van vertrouwen dat patiënten behoeften hebben aan veiligheid, maar geen over-
337 bescherming. Patiënten hebben ondersteuning nodig bij omgaan met symptomen, willen revalideren in een
338 veilige omgeving, ontvangen graag duidelijke instructies over veilige inspanningsniveaus en hebben hulp nodig
339 tegen te veel bescherming door naasten. Verder is er een hoge mate van vertrouwen dat patiënten behoefte
340 hebben aan betrokkenheid van naasten bij hartrevalidatie: enerzijds hebben patiënten steun nodig van hun
341 naasten om hun herstel te bevorderen en anderzijds hebben naasten zelf ook ondersteuning nodig. Daarnaast is
342 er een redelijke mate van vertrouwen dat patiënten behoefte hebben aan lotgenotencontact met mensen
343 waarmee ze zich kunnen identificeren. Denk hierbij aan lotgenoten met dezelfde leeftijd, eenzelfde
344 fitheidsniveau, hetzelfde geslacht of vergelijkbare ziekte. Tevens is er een redelijke mate van vertrouwen dat
345 patiënten behoefte hebben aan persoonsgerichte zorg welke bestaat uit persoonlijke aandacht, persoonlijke
346 doelen stellen, nazorg en cultuurgevoelige zorgverleners. Afsluitend is er een hoge mate van vertrouwen dat
347 patiënten behoefte hebben aan hulp bij het opnieuw ontwerpen van een betekenisvolle toekomst. Patiënten
348 willen controle herwinnen over hun leven, reflecteren op hun herstel en leren omgaan met een veranderde
349 identiteit.

350

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, heeft de werkgroep de bevindingen uit de geselecteerde literatuur gewogen op basis van het vertrouwen in de evidentie.

Cruciale bevindingen:

Bewijskracht middels GRADE-CERQual: (vul in: hoog, redelijk, laag, zeer laag)	Thema/line of argument/concept
Hoge mate van vertrouwen	Patiënten hebben veiligheid nodig, maar geen overbescherming
Hoge mate van vertrouwen	Patiënten hebben behoefte aan betrokkenheid van hun naasten
Redelijke mate van vertrouwen	Patiënten hebben behoefte aan lotgenotencontact met mensen waarmee ze zich kunnen identificeren
Redelijke mate van vertrouwen	Patiënten hebben behoefte aan persoonsgerichte zorg
Hoge mate van vertrouwen	Patiënten hebben hulp nodig bij het opnieuw ontwerpen van een betekenisvolle toekomst

Onderzoeksvraag 2

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is in overleg met de werkgroep op niet-systematische wijze gezocht naar literatuur met behulp van de volgende onderzoeksvraag (PICO):

1. Welke interventies zijn effectief voor het verbeteren van het volhouden en voltooiën van fase II-hartrevalidatie bij patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen ten opzichte van gebruikelijke hartrevalidatie?

Relevante uitkomstmaten

- De werkgroep is van mening dat het volhouden en voltooiën van fase II-hartrevalidatie voor de besluitvorming cruciale uitkomstmaten zijn.
- De werkgroep is van mening dat ongewenste effecten die zijn gerelateerd aan de interventie voor de besluitvorming belangrijke uitkomstmaten zijn.

Per uitkomstmaat:

- Het gestandaardiseerde gemiddelde verschil (SMD)*. De werkgroep definieert een effect $> 0,5$ als een belangrijk effect (klinisch-relevant verschil) (Sawilowsky, 2009).
- Volhouden van fase II-hartrevalidatie*. De werkgroep hanteert dezelfde definitie voor therapietrouw (volhouden) als die in de geselecteerde literatuur, namelijk: het percentage van het totaal aantal afgeronde voorgeschreven sessies.
- Voltooiën van fase II-hartrevalidatie*. De werkgroep definieert dezelfde definitie voor het voltooiën van de hartrevalidatie als die in de geselecteerde literatuur, namelijk dat patiënten minimaal een deel van de hartrevalidatie-interventiecomponenten voltooiën en een formele herbeoordeling door het hartrevalidatieteam aan het einde van het programma ondergingen (dichotoom, ja/nee).
- Voltooiën van fase II-hartrevalidatie*. De werkgroep definieert een toename van 10 personen (per 100 personen) die de hartrevalidatie voltooiën als een belangrijk effect (klinisch-relevant verschil).
- Ongewenste effecten. De werkgroep beschouwt alle grote cardiale incidenten die mogelijk gerelateerd zijn aan de interventie als ongewenste incidenten (Bosco et al., 2021) (Hierbij is de werkgroep van mening dat elk significant verschil ook een klinisch-relevant verschil is (een toename van bijv. 1 sterfgeval is al relevant).

Zoeken en selecteren

Op basis van een oriënterende zoekactie is in overleg met de werkgroep het systematisch literatuuronderzoek van Santiago de Araújo Pio (2019) geselecteerd om antwoord te geven op de uitgangsvraag. Dit systematisch literatuuronderzoek is volgens de GRADE-ADOLPMENT-systematiek geanalyseerd (Santiago de Araújo Pio et al., 2019; Schünemann et al., 2017).

Karakteristieken van geïncludeerde studies

In dit systematisch literatuuronderzoek zijn de volgende inclusiecriteria beschreven voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 2.

Inclusiecriteria	
Type studies	Gerandomiseerde of quasi-gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) op individueel niveau, clusterniveau of in een parallelgroep of cross-over design
Type patiënten	Volwassenen (≥ 18 jaar) met myocardinfarct, angina pectoris, angina, 'coronary artery bypass grafting' (CABG), percutane coronaire interventie (PCI) of chronisch hartfalen die in aanmerking komen voor hartrevalidatie
Type interventie	Alle interventies met het doel de therapietrouw of voltooiing van hartrevalidatie te vergroten
Type vergelijking	Gebruikelijke hartrevalidatie

	(Hartrevalidatie omvat specifieke kerncomponenten die gericht zijn op het optimaliseren van de vermindering van het cardiovasculaire risico, het bevorderen van gezond gedrag (bijv. bewegen, gezond eten, niet roken), het vergroten van het begrip van patiënten over hun ziekte en het verbeteren van het psychosociale welzijn (Cowie et al., 2019; Kachur et al., 2017))
Type uitkomst	Cruciaal: - therapietrouw van fase II-hartrevalidatie (volhouden); - voltooiën van fase II-hartrevalidatie. Belangrijk: - alle grote cardiale incidenten die mogelijk gerelateerd zijn aan de interventie.

De kenmerken van de geïnccludeerde studies zijn weergegeven in bijlage C.2-7. De 13 ingesloten studies includeerden in totaal 2.406 patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen. De gemiddelde leeftijd van de patiënten varieerde tussen 52 en 68 jaar. Het aandeel vrouwen varieerde van 0 tot 100%, omdat er ook studies waren die alleen mannen of alleen vrouwen includeerden. De studies zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten, Denemarken, Canada, Australië en Nederland.

Karakteristieken van Interventies

Er wordt een verscheidenheid aan interventies gepresenteerd om de therapietrouw of voltooiing van hartrevalidatieprogramma's te bevorderen. Deze interventies beschrijven doorgaans een meer persoonsgerichte aanpak en zijn veelal innovatief van aard, zoals een preventieve interventie gericht op terugval van de motivatie, een interventie samen met mensen van hetzelfde geslacht, motivational interviewing, inzet van eerstelijnszorg, een verkort programma, een cognitief beweeggedragsprogramma, thuisrevalidatie, telerevalidatie, voorlichting en gespreksvoering en coping interventies, ontspanningstechnieken, zelfmanagementtechnieken, dagboeken en een vroegtijdige afspraak voor start hartrevalidatie (< 10 dagen). Deze interventies worden in het systematisch literatuuronderzoek vergeleken met een basisvoorlichting over beweging, hartrevalidatie in de gemeenschap of reguliere hartrevalidatie.

Individuele studiekwaliteit

Het risico op vertekening van het systematisch literatuuronderzoek is door Daniëlle Conijn (DC) en Retze Achttien (RA) gescoord met behulp van de AMSTAR-2 (Shea et al., 2017). Het oordeel op de verschillende items is besproken met DC en RA, waarna consensus is bereikt. Zie voor een overzicht van de beoordeling van de studiekwaliteit) van dit systematische literatuuronderzoek bijlage C.2-8. Er werd een laag risico op vertekening van de resultaten van het systematisch literatuuronderzoek gevonden.

Het risico op vertekening van het systematisch literatuuronderzoek van Santiago de Araújo Pio (2019) geïnccludeerde gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) is bijgevoegd in bijlage C.2-9 'Risk-of-biastabel'. Er werd een laag risico op vertekening van resultaten van de RCT's gevonden.

Resultaten

Een overzicht van de resultaten wordt weergegeven in de volgende tabel.

GRADE-beoordeling volhouden en voltooiën van hartrevalidatie												
Beoordeling bewijskracht							Aantal patiënten		Effect		Bewijskracht	Importantie
Aantal studies	Studieopzet	Risk of bias	Inconsistentie	Indirect bewijs	Onnauwkeurigheid	Anderen factoren	Hartrevalidatie-interventies gericht op toename volhouden en voltooiing van hartrevalidatie	Gebruikte hartrevalidatie	Relatief (95%-BI)	Absoluut (95%-BI)		

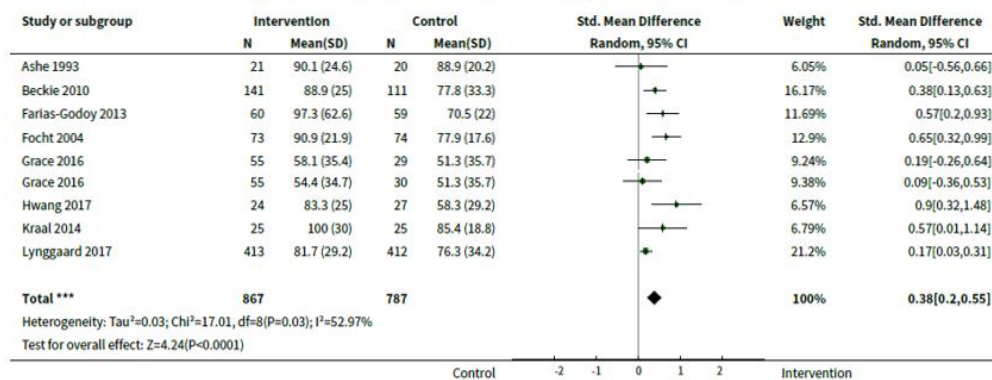
Volhouden van hartrevalidatie												
9	gerandomiseerde trials	niet ernstig	ernstig ^a	niet ernstig	niet ernstig	niet gevonden	867	787	-	SMD 0,38 SD hoger (0,2 hoger tot 0,55 hoger)	⊕⊕⊕ ○ Redelijk	CRUCIAL
Voltooien van hartrevalidatie												
8	gerandomiseerde trials	niet ernstig	ernstig ^a	niet ernstig	niet ernstig	niet gevonden	573/809 (70,8%)	491/756 (64,9%)	RR 1,13 (1,02 tot 1,25)	84 meer per 1.000 (van 13 meer tot 162 meer)	⊕⊕⊕ ○ Redelijk	CRUCIAL
a. Door de heterogeniteit van de gegeven interventies is er onzekerheid over het effect van de interventies in het algemeen. Daarom wordt de kwaliteit van bewijs met 1 niveau verlaagd. BI = betrouwbaarheidsinterval; RR = 'risk ratio'; SMD = 'standardised mean difference'												

Effectiviteit en bewijskracht van interventies die het volhouden van hartrevalidatieprogramma's bevorderen

Het effect van interventies die het volhouden van hartrevalidatieprogramma's bevorderen is beschreven in 11 studies, waarbij 8 studies (9 vergelijkingen) geïnccludeerd zijn in de meta-analyse (Ashe, 1993; Beckie & Beckstead, 2010; Farias-Godoy, 2013; Focht et al., 2004; Grace et al., 2016; R. Hwang et al., 2017; Kraal et al., 2014; Lynggaard et al., 2017). In de studies die niet onderdeel uitmaken van de meta-analyse liet Pack geen verschil zien in het volhouden van hartrevalidatie door het vroegtijdig starten van hartrevalidatie ten opzichte van de gebruikelijke start van de revalidatie (Pack et al., 2013). Bertelsen (2017) toonde ook geen verbetering in het volhouden van hartrevalidatieprogramma's aan met een eerstelijns model versus reguliere ziekenhuis hartrevalidatie (Bertelsen et al., 2017). Daarnaast liet McGrady (2014) zien dat aanvullende motivational interviewing en een stress management module resulteerde in minder uitval van bijgewoonde hartrevalidatieprogramma sessies (interventie 30,8 sessies vs. controle 28,1 sessies; $p < 0,001$) ten opzichte van gebruikelijke hartrevalidatie (McGrady et al., 2014).

Forestplot overgenomen uit het systematisch literatuuronderzoek van Santiago de Araújo Pio et al (Santiago de Araújo Pio et al., 2019).

Analysis 1.15. Comparison 1 CR utilisation, Outcome 15 Adherence.



Het gestandaardiseerde gemiddelde verschil in interventies die het volhouden van hartrevalidatieprogramma's bevorderen ten opzichte van de gebruikelijke hartrevalidatie is (SMD) 0,38 punten (95%-BI 0,20 tot 0,55; n = 1654) in het voordeel van de interventies die het volhouden bevorderen. Dit effect wordt door de werkgroep als een niet klinisch-relevant effect beschouwd (Sawilowsky, 2009).

De bewijskracht is met één niveau verlaagd (GRADE) vanwege de heterogeniteit van de gepoolde interventies en komt hiermee uit op redelijk.

Onze GRADE-beoordeling wijkt af van die in het systematisch literatuuronderzoek van Santiago de Araújo Pio (Santiago de Araújo Pio et al., 2019). Deze groep onderzoekers heeft afgewaardeerd op indirectheid, met als argument dat de populatie in de studie met name uit witte mannen bestond. Voor de KNGF-richtlijn is dit vertaald naar de Nederlandse context, waarbij de hartrevalidatie ook overwegend wordt gegeven aan witte mannen, ten gevolge van onderrepresentatie van vrouwen of mensen met een niet-witte huidskleur. Hierdoor is er besloten niet af te waarden voor indirect bewijs in de GRADE-beoordeling.

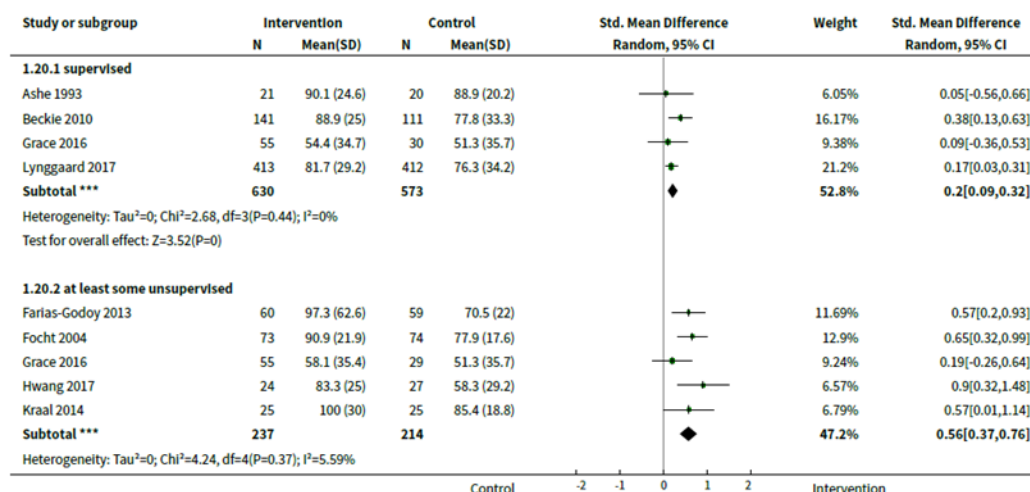
Subgroep-analyses van interventies die het volhouden van hartrevalidatieprogramma's bevorderen

In dit systematisch literatuuronderzoek zijn ook vooraf vastgestelde subgroep analyses op de uitkomstmaten uitgevoerd (de uitvoerder van de interventie, het interventieformat, de hartrevalidatiesetting, de risk of bias, een op theorie gebaseerde interventie, een multicenterstudie, een cardiale indicatie en de regio).

In de subgroep analyse naar setting (5 studies) is gekeken naar gesuperviseerde (onder toezicht oog van een therapeut) versus ongesuperviseerde settings en het volhouden van hartrevalidatie. Onder ongesuperviseerd wordt het afbouwen in contactmomenten met de therapeut, dan wel het trainen op afstand verstaan.

Forestplot overgenomen uit het systematisch literatuuronderzoek van Santiago de Araújo Pio et al. (Santiago de Araújo Pio et al., 2019).

Analysis 1.20. Comparison 1 CR utilisation, Outcome 20 Adherence - CR setting.



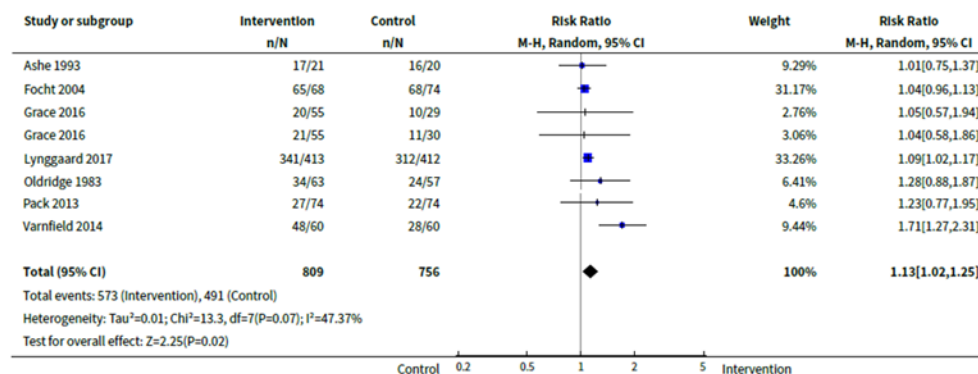
Het gestandaardiseerde gemiddelde verschil (SMD) tussen de groepen was 0,56 punten (95%-BI 0,37 tot 0,76; n = 451) in het voordeel van de hartrevalidatieprogramma-interventies die voor een deel ongesuperviseerd waren.

Effectiviteit en bewijskracht van interventies die het voltooien van hartrevalidatieprogramma's bevorderen

In 7 studies (8 vergelijkingen) is de het effect onderzocht van interventies die het voltooien van hartrevalidatieprogramma's bevorderen (Ashe, 1993; Focht et al., 2004; Grace et al., 2016; Lynggaard et al., 2017; Oldridge & Jones, 1983; Pack et al., 2013; Varnfield et al., 2014).

Forestplot overgenomen uit het systematisch literatuuronderzoek van Santiago de Araújo Pio et al(Santiago de Araújo Pio et al., 2019).

Analysis 1.24. Comparison 1 CR utilisation, Outcome 24 Completion.



Het relatieve risicoverschil tussen de groepen was 1,13 punten (95 %-BI 1,02 tot 1,25; n = 1565) in het voordeel van interventies die gericht zijn op het volhouden en voltooien van hartrevalidatieprogramma's.

De studies beschrijven een verscheidenheid aan interventies om de therapietrouw of voltooiing te vergroten, zoals een preventieve interventie gericht op terugval van de motivatie, hartrevalidatie samen met mensen met hetzelfde geslacht, een cognitief beweeggedragsprogramma, thuisrevalidatie, telerevalidatie, verduidelijkende gesprekken en coping interventies, ontspanningstechnieken, zelfmanagementtechnieken, dagboeken en een vroegtijdige afspraak voor de start van hartrevalidatie (< 10 dagen). Deze interventies worden in de meta-analyse vergeleken met een basisvoorlichting over beweging in de gemeenschap, hartrevalidatie in de leefgemeenschap of gebruikelijke hartrevalidatie.

Dit effect beschouwt de werkgroep als een niet klinisch-relevant effect.

De bewijskracht is met één niveau verlaagd vanwege de heterogeniteit van de gepoolde interventies en komt hiermee uit op redelijk.

Onze GRADE-beoordeling wijkt af van die in het systematisch literatuuronderzoek van Santiago de Araújo Pio. Deze onderzoeker heeft afgewaardeerd op indirectheid, met als argument dat de populatie in de studie met name uit witte mannen bestond. Voor de KNGF-richtlijn is dit vertaald naar de Nederlandse context, waarbij de hartrevalidatie ook overwegend aan witte mannen wordt gegeven, ten gevolge van onderrepresentatie van vrouwen of het hebben van een niet-witte huidskleur. Hierdoor is er besloten niet af te waarderen voor indirect bewijs in de GRADE-beoordeling.

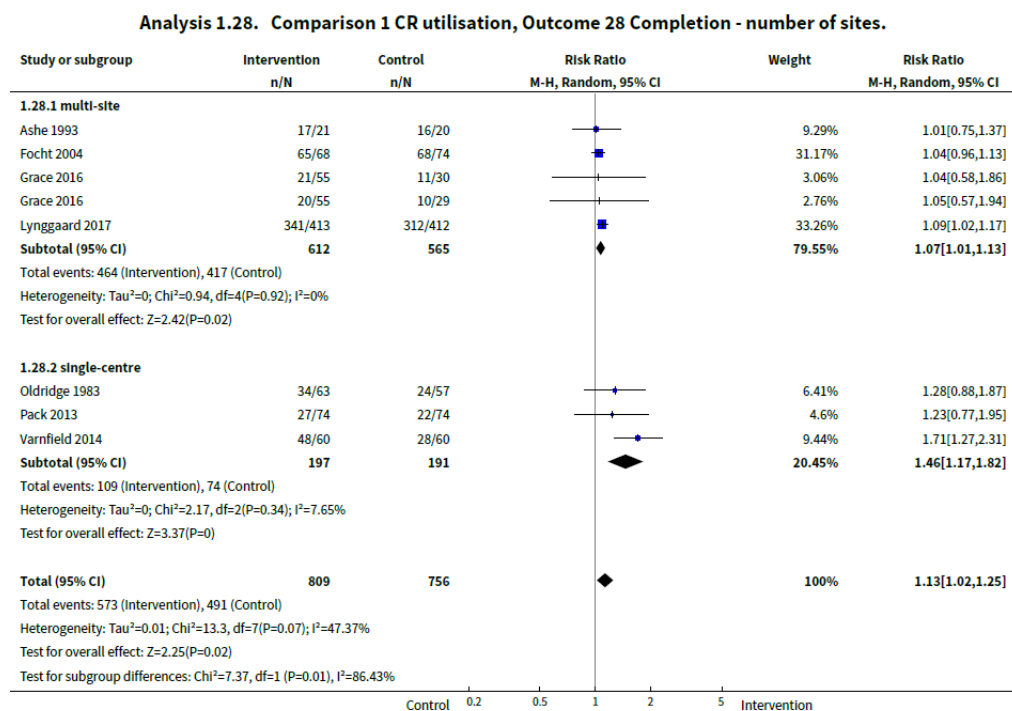
Subgroep-analyses van interventies die het voltooien van hartrevalidatieprogramma's bevorderen

In dit systematisch literatuuronderzoek zijn ook vooropgestelde subgroep analyses op de uitkomstmaten uitgevoerd (de uitvoerder van de interventie, het interventieformat, de hartrevalidatiesetting, de risk of bias, een op theorie gebaseerde interventie, een multicenterstudie, een cardiale indicatie en de regio).

In twee subgroep analyses (risk of bias en multicenter/unicenter) werd een verschil tussen de subgroepen gevonden; deze bevindingen moeten echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, gezien het lage aantal geïnccludeerde studies.

In de subgroep analyse naar multicenter studies (7 studies) is gekeken naar multicenter versus unicenter uitgevoerde hartrevalidatie op de therapietrouw (volhouden) van hartrevalidatie.

Forestplot overgenomen uit het systematisch literatuuronderzoek van Santiago de Araújo Pio et al (Santiago de Araújo Pio et al., 2019).



Het relatieve verschil (RR) tussen de groepen was 1,46 punten (95%-BI 1,17 tot 1,82; $n = 388$) in het voordeel van de hartrevalidatieprogramma-interventies die op 1 locatie uitgevoerd waren. Hierdoor is de generaliseerbaarheid van de multicenter studies in twijfel te trekken.

Ongewenste effecten

Er zijn geen ongewenste effecten in de studies gerapporteerd.

Conclusies op basis van de literatuur

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, heeft de werkgroep de resultaten uit de geselecteerde literatuur gewogen. Weging vond plaats op basis van de grootte van het effect en de bewijskracht, waarna de resultaten gestandaardiseerd zijn geformuleerd. Deze gestandaardiseerde formuleringen zijn internationaal geaccepteerd en doen een uitspraak over de zekerheid van het bewijs dat in een bepaald onderzoek is gevonden (Langendam 2022).

Cruciale resultaten

Volhouden van hartrevalidatie

Bewijskracht redelijk	Interventies die zich richten op de toename van het volhouden van hartrevalidatie, met name de thuisrevalidatie-interventies, resulteren waarschijnlijk nauwelijks in een toename van het volhouden van hartrevalidatie ten opzichte van de gebruikelijke hartrevalidatie.
Niet klinisch relevant	

Toelichting: Er is een niet klinisch relevant effect (SMD 0,38) gevonden op het volhouden van hartrevalidatie in het voordeel van de interventies die zich richten op het volhouden van hartrevalidatie, ten opzichte van gebruikelijke hartrevalidatie, bij patiënten met coronairlijden en chronisch hartfalen in fase II-hartrevalidatie. De bewijskracht van deze resultaten is redelijk, waardoor de werkgroep redelijk zeker is van het niet klinisch relevante effect.

Voltooien van hartrevalidatie

Bewijskracht redelijk	Interventies die zich richten op de toename van het voltooien van hartrevalidatie, met name die slechts in één hartrevalidatie-locatie uitgevoerd en geëvalueerd werden, resulteren waarschijnlijk nauwelijks in een toename van het voltooien van hartrevalidatie ten opzichte van de gebruikelijke hartrevalidatie
Niet klinisch relevant	

Toelichting: Er is een niet klinisch relevant effect (RR 1,13) gevonden op het volhouden van hartrevalidatie in het voordeel van de interventies die zich richten op het voltooien van hartrevalidatie ten opzichte van gebruikelijke hartrevalidatie bij patiënten met coronairlijden en chronisch hartfalen in fase II-hartrevalidatie. De bewijskracht van deze resultaten is redelijk, waardoor de werkgroep redelijk zeker is van het niet klinisch relevante effect.

Belangrijke resultaten

Er zijn geen ongewenste effecten in de studies gerapporteerd.

Van bewijs naar aanbeveling-overwegingen

Er zijn internationaal erkende criteria gehanteerd voor het beoordelen van het bewijs dat ten grondslag ligt aan de aanbevelingen. Deze criteria, evenals de overige overwegingen die de werkgroep formuleerde, bepalen de sterkte van de aanbeveling.

Het onderdeel van bewijs naar aanbeveling bevat een negental criteria die hieronder worden opgesomd.

1. Gewenste effecten

De werkgroep is tot het oordeel gekomen dat er ten opzichte van gebruikelijke hartrevalidatie een niet klinisch-relevant effect is van interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooien van hartrevalidatie (zie box 1).

Preventieve interventie gericht op terugval van de motivatie	Hartrevalidatie samen met mensen met hetzelfde geslacht
Motivational interviewing	Inzet van eerstelijnszorg, verkort programma
Cognitief beweggedragsprogramma	Thuisrevalidatie
Telerevalidatie	Voorlichting en gespreksvoering en coping interventies
Ontspanningstechnieken	Zelfmanagementtechnieken
Dagboeken	Vroegtijdige afspraak voor start hartrevalidatie (< 10 dagen)

Box 1. Voorbeelden van interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooien van hartrevalidatie

2. Ongewenste effecten

De werkgroep is tot het oordeel gekomen dat de ongewenste effecten van interventies gericht op toename van het volhouden en voltooien van hartrevalidatie ten opzichte van gebruikelijke hartrevalidatie onbekend zijn.

3. Kwaliteit van bewijs

De werkgroep is tot het oordeel gekomen dat:

- de bewijskracht aangaande de gewenste effecten van interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooien van hartrevalidatie redelijk is.
- er een hoge mate van vertrouwen is dat patiënten behoefte hebben aan veiligheid, maar geen over bescherming
- er een hoge mate van vertrouwen is dat patiënten behoefte hebben aan betrokkenheid van hun naasten
- er een redelijke mate van vertrouwen is dat patiënten behoefte hebben aan lotgenotencontact met mensen waarmee ze zich kunnen identificeren
- er een redelijke mate van vertrouwen is dat patiënten behoefte hebben aan persoonsgerichte zorg
- er een hoge mate van vertrouwen is dat patiënten behoefte hebben aan hulp bij het opnieuw ontwerpen van een betekenisvolle toekomst.

4. Waarden en voorkeuren van alle belanghebbenden

De werkgroep is tot het oordeel gekomen dat *patiënten* een grote waarde hechten aan interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooien van hartrevalidatie en dat daar weinig variatie in zit tussen patiënten.

De werkgroep is tot het oordeel gekomen dat *naasten* een grote waarde hechten aan interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooien van hartrevalidatie en dat daar weinig variatie in zit tussen naasten.

De werkgroep is tot het oordeel gekomen dat *zorgverleners* een grote waarde hechten aan interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooien van hartrevalidatie en dat daar weinig variatie in zit tussen zorgverleners.

5. *Balans gewenste en ongewenste effecten*

De werkgroep is tot het oordeel gekomen dat de gewenste effecten (positieve effecten van interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooiën van hartrevalidatie) de ongewenste effecten (negatieve effecten op ernstige ongunstige cardiovasculaire voorvallen) zeker overtreffen.

6. *Economische overwegingen en kosteneffectiviteit*

De werkgroep is tot het oordeel gekomen dat de kosten voor benodigde middelen voor interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooiën van hartrevalidatie worden verwaarloosbaar zijn. Er is onzekerheid of de interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooiën van hartrevalidatie kosteneffectief zijn.

7. *Gelijkheid*

De werkgroep is tot oordeel gekomen dat de interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooiën van hartrevalidatie zullen leiden tot een mogelijke toename van gezondheidsgelijkheid.

8. *Aanvaardbaarheid*

De werkgroep verwacht dat interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooiën van hartrevalidatie door alle belangrijke stakeholders waarschijnlijk door de meerderheid van de cruciale belanghebbenden zullen worden geaccepteerd.

9. *Haalbaarheid (indien mogelijk, let op: indien de bevindingen enkel kennis opleveren is dit geen criterium om op te nemen)*

De implementatie van interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooiën van hartrevalidatie wordt waarschijnlijk wel realistisch beoordeeld. Echter, het uitvoeren van onderdelen een persoonsgericht programma is voor de hartrevalidatiecentra wel een organisatorische uitdaging, waarbij in ogenschouw genomen moet worden dat hier beperkingen aan kunnen zitten.

Eventuele additionele overwegingen

Belemmerende en bevorderende factoren

De werkgroep is van mening dat de volgende overwegingen ook van belang zijn bij het vormgeven van een beweegprogramma van fase II-hartrevalidatie:

- In module B.2 'Belemmerende en bevorderende factoren' zijn factoren geïdentificeerd die mogelijk het volhouden en voltooiën van fase II-hartrevalidatie bij patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen belemmeren. De werkgroep verwacht dat de geïdentificeerde behoeften van patiënten vanuit het kwalitatieve onderzoek deze factoren positief beïnvloeden.
- Het is belangrijk dat de essentiële onderdelen die beschreven zijn in B.1 'Persoonsgerichte zorg' bij het inzetten van de interventies in overweging genomen worden.

Aandachtspunten voor implementatie (indien mogelijk, let op: indien de bevindingen enkel kennis opleveren is dit geen aandachtspunt)

Zie haalbaarheid.

Kennislacunes

De kwaliteit van bewijs is grotendeels op redelijke kwaliteit van bewijs uitgekomen. Om gericht een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van interventies die zijn gericht op een toename van het volhouden en voltooiën van hartrevalidatie zouden er meerdere studies uitgevoerd moeten worden waarbij hartrevalidatie is aangepast op behoeften van patiënten. Daarnaast zijn er meerdere studies nodig naar de specifieke werkzame elementen van persoonsgerichte hartrevalidatie.

653 **Bijlagen bij module C.2 ‘Volhouden en voltooien van de hartrevalidatie’**

654 **Bijlage C.2-1 Details zoekstrategie**

655

Ovid MEDLINE, December 2023, 1,071 results

Patients

Exp Coronary Disease/ OR Exp Heart Failure/ OR Exp Dissection, Thoracic Aorta/ OR Cardiovascular Disease/
OR
("Coronary Disease*" OR "Coronary Heart Disease*" OR "Coronary Aneurysm*" OR "Coronary Artery
Disease*" OR "Left Main Disease*" OR "Coronary Arteriosclerosis*" OR "Coronary Occlusion*" OR "Coronary
Stenosis*" OR "Coronary Artery Stenosis*" OR "Coronary Restenosis*" OR "Coronary Thrombosis*" OR
"Myocardial Ischemia*" OR "Myocardial Infarction*" OR "Ischemic Heart Disease*" OR "Acute Coronary
Syndrome" OR "Angina Pectoris" OR "Myocardial Reperfusion*" OR "Coronary Reperfusion*" OR CABG OR
"Heart Stent" OR "Cardiac Stent" OR "Heart Failure*" OR "Cardiac Failure*" OR "Heart Decompensatio*" OR
"Cardiac Decompensatio*" OR "Decompensatio* Cordis" OR "Myocardial Failure*" OR HFNEF OR HFPEF OR
HFREF OR "Thoracic Aorta Dissection*" OR "Thoracic Aortic Dissection*" OR "Descending Aorta Dissection*" OR
"Aortic Arch Dissection*" OR "Ascending Aorta Dissection*" OR "Ascending Aortic Dissection*" OR
"Aortic Root Dissection*").ti,ab,kf.

Intervention

Cardiac Rehabilitation/ or Aneurysm, Dissecting/rh or Aortic Aneurysm, Thoracic/rh or Aortic Aneurysm/rh
or Aortic Rupture/rh or Rehabilitation/ or Telerehabilitation/ or Exp Exercise Therapy/ OR Rehabilitation
Centers/
OR
(Rehabilitat* OR Telerehabilitation OR Telemedicine OR "Exercis* Therap*" OR "Physical Therap*" OR
Physiotherap* OR Kinesiotherapy* OR "Movement Therap*").ti,ab,kf.

Outcome

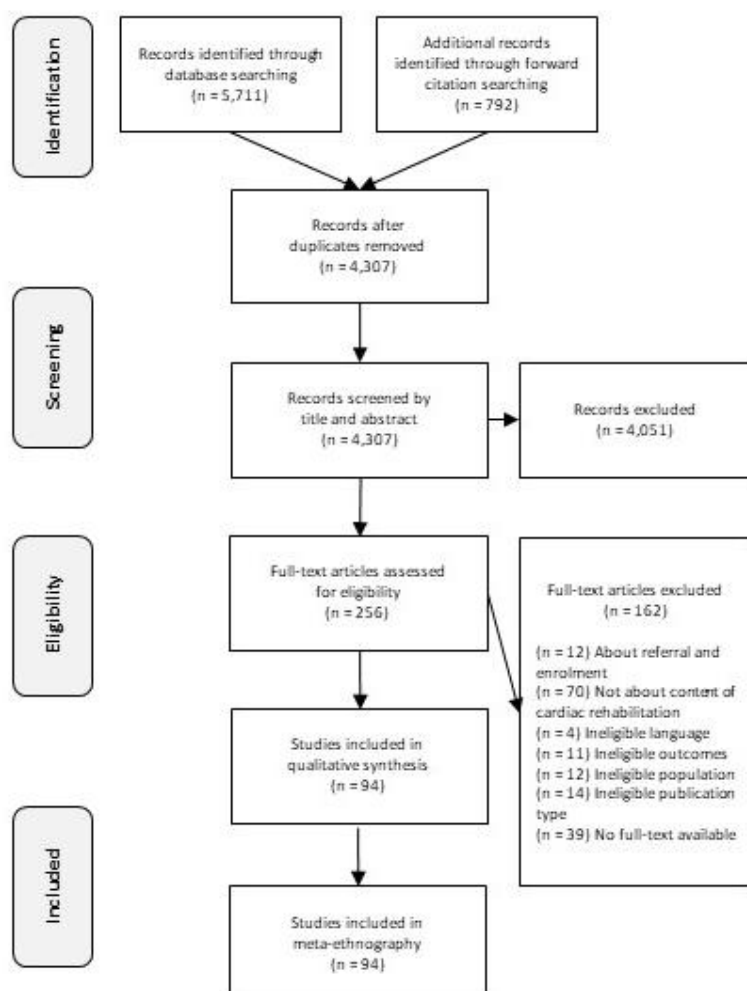
Needs assessment/
OR
(Needs OR Valu* OR View* OR Thought* OR Factor* OR Belief* OR Attitude* OR Perception* OR
Experience* OR Facilitator* OR Barrier* OR Perspective* OR Preference* OR Requirement* OR Necessit* OR
Requisit* OR Demand* OR Prerequisite*).ti,ab,kf.

Study type

Qualitative Research/ OR Focus Groups/ OR Interview.pt OR Interviews as Topic/ OR Narration/ OR Personal
Narratives as Topic/ OR Grounded Theory/ OR Observational Studies as Topic/ OR Observational Study.pt OR
Tape Recording/
OR
thematic analys*.ti,ab,kf OR content analys*.ti,ab,kf OR focus group*.ti,ab,kf OR ethnograph*.ti,ab,kf OR
ethnograf*.ti,ab,kf OR etnograf*.ti,ab,kf OR field stud*.ti,ab,kf OR phenomenolog*.ti,ab,kf OR
narration*.ti,ab,kf OR narrative.ti,ab,kf OR qualitative stud*.ti,ab,kf OR qualitative analys*.ti,ab,kf OR
qualitative research*.ti,ab,kf OR qualitative method*.ti,ab,kf OR multimethodolog*.ti,ab,kf OR mixed
method*.ti,ab,kf OR observation*.ti,ab,kf OR grounded theory.ti,ab,kf OR audio recording*.ti,ab,kf OR tape
recording*.ti,ab,kf OR audiotape*.ti,ab,kf OR ((semi-structured.ti,ab,kf OR semistructured.ti,ab,kf OR
unstructured.ti,ab,kf OR informal.ti,ab,kf OR in-depth.ti,ab,kf OR indepth.ti,ab,kf OR face-to-face.ti,ab,kf OR
structured.ti,ab,kf OR guide*.ti,ab,kf) AND (interview*.ti,ab,kf OR discussion*.ti,ab,kf OR
questionnaire*.ti,ab,kf))

656

Bijlage C.2-2 Stroomdiagram selectieproces studies



Bijlage C.2-3 Redenen voor exclusie van full-text artikelen

Author and year	Reasons for exclusion
(Abramsohn et al., 2013)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Afrasiabi-Far et al., 2009)	Ineligible language
(Ahmed et al., 2022)	Ineligible population
(Aiping et al., 2023)	No full-text available
(Albatini et al., 2023)	No full-text available
(Allsup et al., 2016)	No full-text available
(Amos et al., 2023)	No full-text available
(Andersen et al., 2021)	Ineligible population
(Andersson & Skar, 2017)	No full-text available
(Annable, 2009)	Ineligible publication type
(Anttila et al., 2019)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Anttila et al., 2021)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Arndt et al., 2009)	Ineligible population
(Arthur et al., 2001)	Ineligible outcomes
(Beasley & Dixon, 2013)	Ineligible population
(Bennett, 1992)	No full-text available
(Benson et al., 1997)	No full-text available
(Biswas et al., 2018)	Ineligible outcomes
(Blackwell et al., 2024)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Blakoe et al., 2021)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Blokzijl et al., 2021)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Borah et al., 2023)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Brugin & Cordero, 2023)	No full-text available
(Cacciata et al., 2022)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Chauhan et al.)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Cooper et al., 2005)	Ineligible outcomes
(D'Eath et al., 2013)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Dalal et al., 2015)	Ineligible publication type
(Dale et al., 2015)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Daw et al., 2022)	No full-text available
(Dawkes & Brown, 2018)	No full-text available
(Delmar et al., 2012)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Desveaux et al., 2020)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Dhaliwal et al., 2017)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Dickerson, 1998)	Ineligible population
(Dinesen et al., 2019)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Erban et al., 2022)	No full-text available
(Evans & Crust, 2015)	No full-text available
(Faller, 1989)	Ineligible language
(Falter et al., 2022)	Ineligible publication type
(Falter et al., 2021)	No full-text available
(Fernandez et al., 2008)	Ineligible population
(Finkelstein et al., 2022)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Fitzpatrick et al., 2011)	No full-text available
(Fredriksson-Larsson et al., 2013)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Fuda et al., 2024)	Ineligible outcomes

(Gallagher et al., 2008)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Gassner et al., 2002)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Gerbild et al., 2021)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Gonzi & Cassar, 2017)	No full-text available
(Goodman et al., 2009)	Ineligible population
(Gregory et al., 2006)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Griffiths et al., 2009)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Groninger & Fischer, 2016)	No full-text available
(Hagan et al., 2007)	About referral and enrolment
(Hamborg et al., 2023)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Henriksen & Rosenqvist, 2002)	Ineligible outcomes
(Henriksen & Rosenqvist, 2003)	Ineligible population
(Herber et al., 2017)	Ineligible outcomes
(Hilt et al., 2020)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Hird et al., 2004)	About referral and enrolment
(Holder et al., 2015)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Hutton & Perkins, 2008)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Isselhard et al., 2022)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Jaarsma et al., 2018)	Ineligible publication type
(Jackson et al., 2011)	No full-text available
(Jackson et al., 2000)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Jillings, 2007)	No full-text available
(Johannsdottir et al., 2021)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Jokar et al., 2017)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Jones, 2014)	Ineligible publication type
(Jones et al., 2019)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Jones et al., 2007)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Kalantarzadeh et al., 2022)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Karner et al., 2004)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Kärner et al., 2004)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Kaushal et al., 2022)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Kerins et al., 2011)	Ineligible outcomes
(Khodneva et al., 2023)	No full-text available
(Klompstra et al., 2017)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Knudsen et al., 2021)	Not about content of cardiac rehabilitation
(LaCharity, 1999)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Lesage-Moussavou-Nzamba et al., 2020)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Lidell et al., 1998)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Lie et al., 2012)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Lindback & Nordgren, 2015)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Linnea Almstedt et al., 2016)	No full-text available
(Lundgren et al., 2018)	Not about content of cardiac rehabilitation
(MacInnes, 2005)	About referral and enrolment
(Madden et al., 2011)	About referral and enrolment
(Maiorana et al., 2015)	No full-text available
(Maleki et al., 2022)	About referral and enrolment
(Manderson & Warren, 2010)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Manning et al., 2017)	No full-text available
(Marcellino et al., 2018)	No full-text available

(McAnirn et al., 2015)	No full-text available
(McCarthy et al., 2015)	Not about content of cardiac rehabilitation
(McCorry et al., 2009)	About referral and enrolment
(McHale et al., 2023)	No full-text available
(McLean & Timmins, 2007)	Ineligible population
(McPhillips et al., 2021)	Not about content of cardiac rehabilitation
(McPhillips et al., 2019)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Mead et al., 2016)	Ineligible population
(Medich, 1995)	Ineligible publication type
(Medved & Brockmeier, 2011)	Ineligible outcomes
(Mehrpooya et al., 2018)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Mitchell et al., 2014)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Mitoff et al., 2005)	About referral and enrolment
(Nadarajah, 2012)	Ineligible publication type
(Ngeno et al., 2021)	No full-text available
(Northrup-Snyder, 2002)	Ineligible publication type
(O'Driscoll et al., 2007)	Ineligible outcomes
(Okwose et al., 2020)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Pakrad et al., 2022)	No full-text available
(Pattenden et al., 2007)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Pedersen et al., 2018)	Ineligible outcomes
(Piamjariyakul et al., 2012)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Pourghane et al., 2013)	Ineligible language
(Pullen et al., 2009)	No full-text available
(Quigley, 2002)	Ineligible publication type
(Raisi et al., 2023)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Rankin et al., 2002)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Ravn et al., 2022)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Regan-Moriarty et al., 2023)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Robertson et al., 2010)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Rolfe, 2012)	Ineligible publication type
(Rouleau et al., 2015)	No full-text available
(Rouleau et al., 2018)	About referral and enrolment
(Sanaie, Darvishpoor-Kakhki, & Ahmadi, 2021)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Sanaie, Kakhki, & Ahmadi, 2021)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Sawyer, 2022)	Ineligible population
(Schou et al., 2008)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Scott & Allen, 2004)	About referral and enrolment
(Serves et al., 2023)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Simony et al., 2015a)	No full-text available
(Simony et al., 2015b)	No full-text available
(Solano-Ruiz et al., 2021)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Soleimani et al., 2009)	Ineligible language
(Stewart Eadie & Tane, 2010)	No full-text available
(Su et al., 2023)	Ineligible outcomes
(Sukeri et al., 2013)	Ineligible publication type
(Svedlund & Axelsson, 2000)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Sweet et al., 2019)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Talty et al., 2023)	No full-text available

(Taylor et al., 2010)	Ineligible publication type
(Theobald, 1997)	Ineligible population
(Tingstrom et al., 2015)	No full-text available
(Tod et al., 2002)	About referral and enrolment
(Turner et al., 2017)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Vila & Rossi, 2008)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Vistisen & Rodkjaer, 2014)	No full-text available
(Waterhouse et al., 2022)	No full-text available
(White et al., 2009)	No full-text available
(White et al., 2010)	No full-text available
(Wieslander et al., 2013)	No full-text available
(Winchester, 2000)	Ineligible publication type
(Wyer et al., 2001)	About referral and enrolment
(Xie et al., 2022)	About referral and enrolment
(Yang et al., 2023)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Yang et al., 2024)	Not about content of cardiac rehabilitation
(Young, 1997)	Ineligible publication type
(Zhang et al., 2023)	Not about content of cardiac rehabilitation

Bijlage C.2-4 Kenmerken van de geïncludeerde studies

Authors , year, country	Study aim	Methodological approach	Sampling strategy	Data collection methods	Data analysis methods	Population (sample size)	Type of cardiac rehabilitation	Type of outcomes
Alavi et al., 2013, Iran	To provide an insight into the nature of these barriers in an Iranian context from the perspective of health care providers and users of cardiac rehabilitation services.	Not reported	Purposive	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Healthcare professionals (n=10), patients with acute coronary syndrome (n=13), and family members (n=2)	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Perceptions and experiences
Ammouri et al., 2017, Jordan	To describe the experiences of Jordanian patients when they suffered a myocardial infarction attack.	Hermeneutical approach	Purposive	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients admitted with a first-time acute myocardial infarction diagnosis (n=5)	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Andersson et al., 2013, Sweden	To elucidate the meaning of the experience of younger people during their first year following a myocardial infarction.	Phenomenology	Purposive	Individual semi-structured interviews	Phenomenological–analysis according to Lindseth and Norberg	Younger people (< 55 years) with an initial myocardial infarction diagnosis within 12 months (n=17)	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Andersson et al.,	To describe the cardiac care	Not reported	Purposive	Individual semi-structured	Content analysis	Younger people (< 55	Supervised center-based	Experiences

2020, Sweden	experience of post-myocardial infarction younger people and their next of kin.			ed interviews		years) with an initial myocardial infarction diagnosis within 12 months (n=13) and their next of kin (n=13)	cardiac rehabilitation	
Anttila et al., 2021, Sweden	To explore the different meanings patients give to the rehabilitation process.	Grounded theory	Purposive	Focus group semi-structured interviews	Grounded theory	Cardiac patients after coronary angioplasty, coronary artery bypass grafting, or no operation (n=30).	Supervised center-based and web-based cardiac rehabilitation	Experiences
Astin et al., 2008, United Kingdom	To examine participants' experience of cardiac rehabilitation and the nature of family support across a sample of South Asian and white cardiac patients and their carers.	Not reported	Convenience	Individual semi-structured interviews	Framework analysis	White (n=20) and South Asian (n=45) patients aged over 30 years with unstable angina (n=21), myocardial infarction (n=27) or coronary artery bypass graft (n=17); and their	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences

						carers (n=54).		
Bäck et al., 2017, Sweden	To explore aspects that influence patients' attendance at exercise-based cardiac rehabilitation after acute coronary artery disease.	Not reported	Relevance	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients with ST-elevation myocardial infarction, non-ST-elevation myocardial infarction, or unstable angina pectoris (n=16).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and aspects
Bäck et al., 2020, Sweden	To explore patients' perceptions of kinesiophobia in relation to physical activity and exercise two to three months after an acute myocardial infarction.	Not reported	Not reported	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients with ST-elevation myocardial infarction or non-ST-elevation myocardial infarction (n=21).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and perceptions
Banerjee et al., 2010, Canada	To explore the potential cultural factors that facilitate participation in on-site cardiac rehabilitation sessions among South Asian patients living in Canada.	Not reported	Purpose	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	South Asian patients with a clinical diagnosis of angina, atherosclerosis, ischemic heart disease, myocardial infarction, or	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Factors and facilitators

						congestive heart failure (n=16).		
Bardsgjorde et al., 2019, Norway	To explore patient participation in the myocardial infarction pathway.	Narrative approach	Purposive	Individual semi-structured interviews	Analytic lenses	Patients diagnosed with acute myocardial infarction living in areas more than 300 km away from a cardiac intervention hospital (n=10).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Bardsgjorde et al., 2020, Norway	To explore nurses' perceptions of patient participation in different phases of the myocardial infarction pathway.	Hermeneutical approach	Purposive	Focus group semi-structured interviews	Hermeneutic analysis	Nurses working in cardiac care with at least one year of experience (n=22).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Perceptions and experiences
Bergman and Berterö, 2001, Sweden	To gain increased knowledge and understanding of what it means to be afflicted with coronary artery disease.	Hermeneutical approach	Purposive	Individual semi-structured interviews	Hermeneutic analysis	Interviewees had to have coronary artery disease (n=8).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and factors
Bernt Jorgensen et al., 2023, Denmark	To improve our understanding of factors shaping the return-to-work process	Phenomenology	Purposive	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Being diagnosed with heart failure within six and twenty-four	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences, needs, factors, barriers, and facilitators

	following a diagnosis of heart failure.					months; aged ≤60 years; and being employed at the time of diagnosis (n=18).		
Birtwistle et al., 2021, United Kingdom	To explore how family might contribute to patients' physical activity related rehabilitation from the perspective of cardiac rehabilitation professionals.	Pragmatist paradigm	Convenience	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Cardiac rehabilitation professionals who had experience of working with myocardial infarction patients (n=14).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and views
Blackwell et al., 2024, United Kingdom	To explore the experiences of cardiac patients and significant others who participated in cardiac rehabilitation, dropped out, or declined.	Ethnography	Purposive	Two individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients referred to the cardiac rehabilitation service at the supporting Trust (n=10) and significant others (n=7).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and reasons
Boothby et al., 2021, Canada	To characterize the experience of reengaging in sexual activity post-acute coronary syndrome.	Framework approach	Criterion	Dyadic semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients who were post-acute coronary syndrome (n=6) and their partners (n=6).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and needs
Bourke et al.,	To identify the major factors	Not reported	Purposive	Individual semi-structured	Thematic analysis	Current cardiac rehabilitation	Supervised center-based	Experiences and factors

2022, Ireland	influencing participants' adherence and early drop-out from cardiac rehabilitation.			ed interviews		ation participants (n=14).	cardiac rehabilitation	
Clark et al., 2004, United Kingdom	To compare decision-making in relation to cardiac rehabilitation attendance in users, nonusers and patients with high attrition rates from a cardiac rehabilitation program in the West of Scotland.	Not reported	Purpose	Focus group semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients who were diagnosed with myocardial infarction and treated with coronary artery bypass grafting (n=44).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and views
Crowley, 2010, Ireland	To determine the effect of the cardiac rehabilitation program on physical, functional and quality of life outcomes and to evaluate the clients' perspectives on the program.	Mixed-methods	Convenience	Focus group semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients after coronary artery bypass grafting, percutaneous coronary intervention, aortic valve replacement, or mitral valve replacement (n=12).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and perspectives
Damlund et al., 2022, Denmark	To explore the reasons why patients dropout during the	Hermeneutical approach	Purposeful	Individual semi-structured interviews	Inductive systematic text condensations analysis	Informants had been diagnosed with a chronic	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and reasons

	transition from a hospital-based cardiac rehabilitation program to local healthcare facilities.					heart disease and assigned to cardiac rehabilitation (n=12).		
De Oliveira Nascimento et al., 2021, Brazil	To examine the perception of patients with coronary artery disease about their participation in two cardiac rehabilitation models.	Not reported	Convenience	Individual semi-structured interviews	Grounded theory analysis	Patients with the following cardiac diagnoses or procedures: coronary artery disease, post-myocardial infarction, percutaneous coronary intervention, or coronary artery bypass grafting (n=28).	Supervised center-based cardiac rehabilitation (exercises versus exercise and education)	Experiences and perceptions
Dechain et al., 2018, United States of America	To articulate the experiences of women in Phase II cardiac rehabilitation.	Not reported	Convenience	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients after heart attack, myocardial infarction, heart surgery, or planned cardiac procedures (n=40).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences, barriers, and facilitators
Desveaux et al., 2017, Canada	To explore the experiences of older	Not reported	Purposive	Individual semi-structured	Thematic analysis	Older adults with heart	Supervised center-based cardiac	Experiences and preferences

	adults with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease with respect to maintaining physical activity following completion of cardiac or pulmonary rehabilitation			interviews			failure and chronic obstructive pulmonary disease (n=11).	rehabilitation	
Devi et al., 2014, United Kingdom	To explore patients' views regarding the acceptability and feasibility of a new web-based cardiac rehabilitation program.	Generic approach	Purposive	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients diagnosed with coronary heart disease and treated with medication only, angioplasty, percutaneous coronary intervention, or coronary bypass surgery (n=16).	Unsupervised web-based cardiac rehabilitation	Thoughts, feelings, and experiences	
Dreyer et al., 2021, United States of America	To characterize patients' experience of acute myocardial infarction and treatment.	Phenomenology	Not reported	Individual semi-structured interviews	Not reported	Patients with an acute myocardial infarction in the past 24 months (n=42).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences	
Dunckley et al., 2008, United Kingdom	To identify post-discharge facilitators	Not reported	Purposive	Individual semi-structured	Thematic analysis	Patients who had undergone	Supervised center-based cardiac	Experiences	

Kingdom	and barriers to recovery after coronary artery bypass grafting.			interviews			coronary artery bypass grafting (n=11) and health professionals experienced in caring for these patients (n=11).	rehabilitation	
East et al., 2004, United Kingdom	To explore myocardial infarction survivors' experiences of their heart attack.	Not reported	Random	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis		Patients from southeast Nottingham with myocardial infarction (n=20).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences, views, and ideas
Elbrond et al., 2022, Denmark	To explore how men experience and manage their health while suffering from ischaemic heart disease.	Phenomenology	Criterion	Individual semi-structured interviews	Phenomenological analysis according to Ricoeur		Male patients with ischemic heart disease and a referral for coronary artery bypass graft or percutaneous coronary intervention (n=21).	Before participating in cardiac rehabilitation	Experiences
Ellis et al., 2019, United States of America	To provide a prototypical patient narrative of the cardiac rehabilitation experience for providers	Narrative approach	Not reported	Individual semi-structured interviews	Thematic framework analysis		Cardiac rehabilitation participants with myocardial infarction, heart failure, coronary	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences

	and prospective patients.					artery bypass graft, or percutaneous coronary intervention (n=17).		
Eriksson et al., 2009, Sweden	To describe the patient's and his/her partner's experiences after hospital discharge following acute myocardial infarction.	Not reported	Purposive	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients with a first-time acute myocardial infarction (n=15) and their partner (n=15).	Not reported	Experiences
Feinberg et al., 2018, United States of America	To examine the feasibility and acceptability of an adapted cardiac rehabilitation program for the home care setting	Mixed-methods	Not reported	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients with heart failure or coronary artery disease (n=28) and home care clinicians (n=11).	Supervised home-based cardiac rehabilitation	Experiences
Fletcher et al., 2014, Australia	To evaluate a community-based, cardiac rehabilitation program.	Not reported	Convenience	Focus group semi-structured interviews	Content analysis	Patients with a diagnosis of cardiovascular disease and stable medical condition (n=18).	Supervised community-based cardiac rehabilitation	Experiences
Fletcher and McBurney, 2016, Australia	To explore decision-making drivers for attendance or nonattendance at	Not reported	Convenience	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Attendees and nonattendees with coronary artery disease	Supervised center-based or unsupervised community-based cardiac	Experiences

	cardiac rehabilitation programs.					or heart failure in rural Victoria, Australia (n=10).	rehabilitation	
Fors et al., 2014, Sweden	To explore patients' experiences of acute coronary syndrome during their hospital stay.	Hermeneutical approach	Strategic	Individual semi-structured interviews	Phenomenological—analysis according to Lindseth and Norberg	Patients with acute myocardial infarction or unstable angina pectoris (n=12).	Not reported	Lived experiences
Galdas and Kang, 2010, Canada	To explore the experiences of Punjabi Sikh patients with post myocardial infarction.	Grounded theory	Theoretical	Individual semi-structured interviews	Grounded theory analysis	Patients with myocardial infarction, self-identified as Sikh and Punjabi speaking (n=15).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Galdas et al., 2012, Canada	To describe Punjabi Sikh patients perceived barriers to engaging in physical exercise following myocardial infarction.	Hermeneutical approach	Theoretical	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients with myocardial infarction, self-identified as Sikh and Punjabi speaking (n=15).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Ghezeli et al., 2013, Iran	To explore how Iranian patients with coronary heart disease experience their lives.	Grounded theory	Purposive	Individual semi-structured interviews	Grounded theory analysis	Patients with angina pectoris living in Iran (n=24).	Not reported	Experiences
Hellem and Bruusgaard,	To explore the impact the cardiac event has on	Phenomenology	Purposive	Focus group and individual semi-	Phenomenological analysis according to Giorgi	Women who had experienced an acute	Supervised center-based cardiac	Experiences

2020, Norway	emotional and bodily experiences.			structured interviews		myocardial infarction and/or cardiac surgery and/or PCI, age ≥ 40 , and living at home (n=20).	rehabilitation	
Hudson et al., 2001, United Kingdom	To examine the experiences of cardiac rehabilitation on patients within the framework of psychological loss.	Not reported	Purposive	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients who experienced at least one myocardial infarction during the previous five years (n=12).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Hwang et al., 2017, Australia	To describe patient experiences of a group-based heart failure telerehabilitation program.	Mixed-methods	Purposive	Self-report surveys and individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients with stable chronic heart failure (n=17).	Supervised web-based cardiac rehabilitation	Experiences and perspectives
Jackson et al., 2012, United Kingdom	To understand non-participation in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups from the perspectives of the non-participants.	Not reported	Stratified	Individual semi-structured interviews	Grounded theory analysis	Patients with myocardial infarction not participating in cardiac rehabilitation (n=27) and their significant others (n=17).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences

Jones et al., 2009, United Kingdom	To compare the views of patients who had completed a home or hospital-based cardiac rehabilitation program.	Randomized controlled trial	Purpose	Focus group semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients with myocardial infarction or after revascularization (n=26).	Unsupervised home-based or supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and views
Junehag et al., 2014a, Sweden	To describe individual perceptions of their lifestyle and support one year after an acute myocardial infarction.	Not reported	Consecutive	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients one year after an acute myocardial infarction with and without a mentor (n=20).	Not reported	Perceptions
Junehag et al., 2014b, Sweden	To describe individuals' perceptions of the psychosocial consequences of an acute myocardial infarction.	Not reported	Purposeful	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients after first-time acute myocardial infarction (n=20).	Not reported	Perceptions and experiences
Kenny et al., 2023, Northern Ireland	To explore the experiences of patients who participated in digital cardiac rehabilitation programs.	Critical realist approach	Convenience	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients with cardiovascular disease (n=11).	Supervised web-based cardiac rehabilitation	Experiences
Koivunen et al., 2005, Finland	To describe the experience of rehabilitation reported by coronary artery	Not reported	Not reported	Thematic questionnaires	Content analysis	Patients after coronary artery bypass grafting (n=14).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences

	disease patients.							
Kristofferson et al., 2008, Sweden	To describe experience of present everyday life after a myocardial infarction.	Not reported	Not reported	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Swedish women and men 4–6 months after a myocardial infarction (n=39).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and expectations
Lee L.S. et al., 2022, Canada	To explore the experience and attitudes of women with coronary artery disease with respect to attending cardiac rehabilitation.	Randomized controlled trial	Purposive	Focus group semi-structured interviews	Thematic analysis	Post-menopausal women with coronary artery disease (n=9).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and attitudes
Lee M. et al., 2022, Canada	To identify and understand factors impacting cardiac rehabilitation program dropout.	Not reported	Purposive	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients with cardiovascular disease who dropped out from a cardiac rehabilitation program (n=23).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Liljeroos et al., 2022, Sweden	To explore the self-perceived cognitive status and cognitive challenges associated with lifestyle changes in cardiac rehabilitation.	Not reported	Purposive	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Myocardial infarction patients over 65 years old (n=9).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Perceptions and experiences

Lotto et al., 2022, United Kingdom	To gain a contemporary understanding of the experiences of South Asian patients as they navigate their cardiac rehabilitation journey.	Not reported	Purposive	Individual semi-structured interviews	Grounded theory	South Asian patients with coronary heart disease (n=6).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Maddocks and Cobbing, 2017, South Africa	To explore and describe patients' experiences and perceptions of phase 1 cardiac rehabilitation.	Naturalistic approach	Purposive	Focus group semi-structured interviews	Not reported	Patients who had undergone coronary artery bypass graft (n=9).	Phase 1 supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
McAuliffe et al., 2021, Ireland	To identify the active ingredients of a community-based cardiac rehabilitation program.	Multimethod design	Convenience	Observations and focus group semi-structured interviews	Thematic analysis	Cardiac rehabilitation patients with a subgroup myocardial infarction patients (n=42).	Supervised community-based cardiac rehabilitation	Perceptions and experiences
McIntosh et al, 2017, United States of America	To better understand the contextual factors that influence patient participation in cardiac rehabilitation.	Not reported	Not reported	Individual semi-structured interviews	Grounded theory	Cardiac rehabilitation eligible patients with coronary heart diseases (n=16) and cardiac rehabilitation providers and	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Perceptions and experiences

						staff (n=15).		
McSweeney and Crane, 2001, United States of America	To explore the factors that have influenced continuation of the cardiac rehabilitation program of women.	Naturalistic approach	Purposive	Questionnaires and two individual semi-structured interviews	Content analysis	Women who had experienced their first myocardial infarction within the previous 6 weeks to 12 months (n=40).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Mendell et al., 2019, Canada	To understand needs and challenges patients have with cardiac rehabilitation and the virtual cardiac rehabilitation program in particular.	Randomized controlled trial	Consecutive	Chat sessions	Not reported	Patients admitted for acute coronary syndrome, residing in areas with no outpatient cardiac rehabilitation program (n=21).	Supervised web-based cardiac rehabilitation	Experiences, needs, and challenges
Merritt et al., 2017, United Kingdom	To understand how a sample of 45 adjusted to and made sense of myocardial infarction.	Phenomenology	Purposive	Individual semi-structured interviews	Interpretative phenomenological analysis	Patients with myocardial infarction aged under 45 (n=10).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Mohammedi et al., 2019, Iran	To analyze the concept of care needs in phase 1 cardiac rehabilitation.	Hybrid approach	Purposive	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients with coronary artery disease (n=6), nurses (n=5), and a	Phase 1 supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and needs

						surgeon (n=1).		
Mooney et al., 2007, Ireland	To describe patients' experience of a pre- operative program of cardiac rehabilitati on.	Phenom enology	Purpos ive	Individu al un- structur ed intervie ws	Framework analysis	Patients who had complet ed a 12- week pilot program of cardiac rehabilit ation, designed for patients awaiting coronary artery bypass grafting (n=7).	Pre- operative supervise d center- based cardiac rehabilitat ion	Experien ces
Murray et al., 2000, Canada	To identify experience s and needs of women with coronary artery disease.	Not reported	Semi- rando m	Focus group semi- structur ed intervie ws	Grounded theory	Women with coronary artery disease and who were within two years of their most recent cardiac event (n=17).	Supervise d center- based cardiac rehabilitat ion	Experien ces and needs
Nadaraj ah et al., 2017, United States of America	To explore the lived experience s of cardiac recovery in cardiac rehabilitati on individuals with a predomina ntly positive outlook in the context of an acute	Phenom enology	Purpos ive	Individu al semi- structur ed intervie ws	Phenomen ological analysis according to Colaizzi	Patients that had experien ced an acute cardiac event, had complet ed phase two cardiac rehabilit ation, and had reported a	Phase 2 supervise d center- based cardiac rehabilitat ion	Lived experien ces

	cardiac event.					predominantly positive outlook post cardiac event (n=10).		
Nilsson et al., 2023, Sweden	To describe patients' perceptions of performing exercise-based cardiac telerehabilitation after a myocardial infarction.	Not reported	Purpose	Individual semi-structured interviews	Content analysis	A diagnosis of myocardial infarction and age ≤ 80 years with access to internet or a device (n=15).	Supervised web-based cardiac rehabilitation	Perceptions and experiences
O'Shea et al., 2020, Ireland	To explore participants' views and experiences of an eHealth phase 3 cardiac rehabilitation intervention.	Randomized controlled trial	Not reported	Questionnaires	Framework analysis	Patients referred to cardiac rehabilitation after cardiac intervention or surgery (n=43).	Unsupervised web-based cardiac rehabilitation	Views and experiences
Pâquet et al., 2005, Canada	To describe how cardiac patients experience the first three months following a cardiac event requiring hospitalization.	Not reported	Purposeful	Focus group semi-structured interviews	Content analysis	People hospitalized for a myocardial infarction, angina pectoris or percutaneous coronary angioplasty (n=20).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and needs
Pedersen et al., 2017, Denmark	To explore the patient experience of barriers to	Hermeneutical approach	Purposeful	Individual or dyadic semi-structured	Framework analysis	Patients with acute coronary syndrom	Supervised phase 2 center-based cardiac	Experiences and barriers

	completion of phase 2 cardiac rehabilitation.			ed interviews		e (n=24) and their close-relatives (n=12).	rehabilitation	
Pedersen et al., 2021, Denmark	To explore mastery of everyday life and social support needs in older, vulnerable women with myocardial infarction and their relatives.	Not reported	Purposive	Individual or dyadic semi-structured interviews	Thematic analysis	Myocardial Infarction survivors (n=21) and their close-relatives (n=13)	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and needs
Pryor et al., 2014, Australia	To identify the issues that require support for individuals who have experienced a cardiac event and completed a cardiac rehabilitation program	Not reported	Purposive and convenience	Individual semi-structured interviews	Grounded theory analysis	Patients with myocardial infarction of ischemic chest pain (n=9).	Supervised phase 2 center-based cardiac rehabilitation	Experiences and needs
Resurrección et al., 2018, Spain	To explore women's perceptions about the reasons they faced for dropout from cardiac rehabilitation programs.	Grounded theory	Theoretical	Individual and focus group semi-structured interviews	Grounded theory analysis	Women with cardiovascular disease, having dropped out of cardiac rehabilitation (n=10); and professionals (n=7).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and reasons
Rolfe et al., 2010, Canada	To explore how the principle of "accessible programs" is	Not reported	Purposive and random	Individual semi-structured interviews	Grounded theory analysis	Women with cardiovascular disease or at risk	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences

	experience d by women.					for cardiovascular disease (n=14).		
Seto Nielsen et al., 2012, Canada	To examine how and under what circumstances immigrants combine diabetes self-care with cardiac rehabilitation on recommendations.	Ethnography	Purpos eful	Two individu al semi- structur ed intervie ws and an activity journal	Not reported	Long- term immigra nts in Canada with type 2 diabetes and coronary heart disease in the first three months of their enrolme nt in cardiac rehabilit ation (n=18).	Supervise d center- based cardiac rehabilitat ion	Experien ces
Simonĳ and Pederse n et al., 2015, Denmar k	To investigate patients' lived experience s of exercise- based cardiac rehabilitati on.	Phenom enology	Not report ed	Individu al and focus group semi- structur ed intervie ws and field notes	Phenomen ological analysis according to Ricoeur	Patients with unstable angina pectoris or myocard ial infarctio n (n= not reported).	Supervise d center- based cardiac rehabilitat ion	Lived experien ces and needs
Simonĳ and Dreyer et al., 2015, Denmar k	To understand how patients afflicted by a minor heart attack experience their life situation when following cardiac	Ethnogra phy	Not report ed	Individu al and focus group semi- structur ed intervie ws and field notes	Phenomen ological analysis according to Ricoeur	Patients with unstable angina pectoris or myocard ial infarctio n (n=11).	Supervise d center- based cardiac rehabilitat ion	Lived experien ces

	rehabilitati on.							
Simonj et al., 2017, Denmar k	To understand how patients afflicted by a minor heart attack experience their life situation when following cardiac rehabilitati on.	Phenom enology	Not report ed	Individu al and focus group semi-structur ed interview s	Phenomen ological analysis according to Ricoeur	Patients with unstable angina pectoris or myocard ial infarctio n (n=11).	Supervise d center-based cardiac rehabilitat ion	Experien ces
Sloots et al., 2011, The Netherl ands	To explore treatment experience s in patients from Moroccan and Turkish origin regarding an adapted cardiac rehabilitati on program.	Not reported	Not report ed	Individu al semi-structur ed interview s	Grounded theory analysis	Turkish, Moroccan and Dutch patients diagnose d with coronary artery disease (n=11); and native Dutch physical therapist s and social workers (n=5).	Adapted and regular supervise d center-based cardiac rehabilitat ion	Experien ces
Smith et al., 2017, Ireland	This study investigated experience s of women with a primary diagnosis of acute coronary syndrome.	Case study	Purpos ive	Individu al semi-structur ed interview s and diaries	Modified analytic induction	Women with a primary presenta tion of acute coronary syndrom e in the six-eight week period followin g discharg e from	Supervise d center-based cardiac rehabilitat ion	Experien ces

						hospital (n=30).		
Strömbäck et al., 2020, Sweden	To describe patients' expressed needs during cardiac rehabilitation after suffering a second myocardial infarction in comparison to personnel's descriptions of how they work with these patients.	Not reported	Not reported	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients diagnosed with having a second myocardial infarction (n=8) and healthcare professionals working in cardiac rehabilitation (n=11).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Needs and experiences
Sutantri et al., 2019a, Indonesia	To explore factors that influence women's attendance of a phase two cardiac rehabilitation program in Indonesia.	Not reported	Purposive	Individual semi-structured interviews	Framework analysis	Indonesian women who had experienced a cardiac event within the last three months (n=23).	Supervised phase 2 center-based cardiac rehabilitation	Experiences, factors, and needs
Sutantri et al., 2019b, Indonesia	To understand how gender shapes Indonesian women's experiences of living with heart disease in their daily lives.	Feminist approach	Purposive	Individual semi-structured interviews	Framework analysis	Indonesian women who had undergone cardiac surgery (n=26).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Sutton et al., 2012, Canada	To explore the multidimensionality of safety in cardiac rehabilitation	Not reported	Random	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Women that participated in a women's only cardiac	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences

	on programs as perceived by women.					rehabilitation program (n=14).		
Svedlund and Daniels on, 2004, Sweden	To illuminate the meaning of lived experience in daily life after an acute myocardial infarction.	Hermeneutical approach	Not reported	Four individual narrative interviews	Phenomenological analysis according to Ricoeur	Women aged under 60 years with an acute myocardial infarction (n=9) and their partners (n=9).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Lived experiences
Thompson et al., 2022, United Kingdom	To understand barriers and facilitators to cardiac rehabilitation enrollment and long-term exercise training.	Critical realist approach	Convenience	Individual and dyadic semi-structured interviews	Thematic analysis	Post-acute myocardial infarction patients (n=10) and their significant others (n=10).	Supervised phase 3 center-based cardiac rehabilitation	Experiences, views, and opinions
Tolmie et al., 2006, United Kingdom	To explore patients' perspectives on the effects of coronary artery bypass surgery on health and well-being over time.	Mixed-methods	Not reported	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients who had undergone coronary artery bypass grafting over 7 years ago (n=62).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Tulloch et al., 2020, Canada	To assess the intervention needs and desires of patients with cardiovascular disease and their partners.	Not reported	Purposive	Focus group semi-structured interviews	Content analysis	Patients who experienced a cardiovascular event and were in a couple relationship	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Needs, desires, and experiences

						(n=16), and their partners (n=16).		
Tully et al., 2010, Ireland	To explore patients' experiences of structured heart failure programs.	Not reported	Not reported	Focus group semi-structured interviews	Content analysis	Participants had been diagnosed with heart failure for at least one year (n=15).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences
Velvin et al., 2021, Norway	To explore the experiences on physical exercise before and after being diagnosed with hereditary thoracic aortic disease.	Not reported	Convenience and purposive	Focus group semi-structured interviews	Inductive systematic text condensations analysis	Participants were diagnosed with Marfan syndrome (n=14), vascular Ehlers-Danlos syndrome (n=11), or Loeys-Dietz syndrome (n=11).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences, barriers, facilitators, and strategies
Visram et al., 2008, United Kingdom	To describe experiences and perceptions of cardiac rehabilitation among a sample of women from South Asian communities.	Not reported	Not reported	Two individual and one focus group semi-structured interview	Thematic analysis	Clients with coronary heart disease (n=9) and community health development workers (n=4).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and perceptions
Walthall et al., 2020, United Kingdom	To deliver an adapted cardiac rehabilitation program for people entering the advanced stages of	Intervention study	Convenience	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients with a diagnosis of chronic heart failure and an expected	Adapted supervised hospice-based cardiac rehabilitation	Experiences

	heart failure trajectory in a day hospice.					survival greater than 10 weeks from the start of the program (n=12).		
Webster et al, 2002, United Kingdom	To explore the experience and needs of Gujarati Hindu myocardial infarction patients and their partners.	Not reported	Theoretical	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Gujarati Hindu myocardial infarction patients in the first month after diagnosis (n=35) and their partners (n= not reported).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and needs
Wieslander et al., 2016, Sweden	To explore how women's recovery process is promoted after a first myocardial infarction	Not reported	Purposive	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Women suffering a first myocardial infarction (n=26).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences and needs
Wingham et al., 2006, United Kingdom	To explore patients' experience of myocardial infarction.	Phenomenology	Purposive	Individual semi-structured interviews	Interpretive phenomenological analysis	Patients with a recent myocardial infarction (n=17).	Supervised center-based versus unsupervised home-based cardiac rehabilitation	Experiences
Wong et al., 2016, Hong Kong	To examine the attitudes of Chinese patients with coronary heart disease	Not reported	Purposive	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Chinese adults diagnosed with coronary heart disease (n=22).	Supervised center-based cardiac rehabilitation	Attitudes and experiences

	toward the outpatient cardiac rehabilitation program.							
Yang and Sun et al., 2023, China	To explore a conceptual model of home-based cardiac rehabilitation on exercise adherence.	Grounded theory	Purposive and theoretical	Individual semi-structured interviews	Grounded theory analysis	Patients with chronic heart failure (n=21).	Unsupervised home-based cardiac rehabilitation	Experiences and values
Yang and Zheng et al., 2023, China	To explore perceived barriers to adherence to home-based cardiac rehabilitation on exercise in patients with chronic heart failure.	Not reported	Purposive	Individual semi-structured interviews	Thematic analysis	Patients with chronic heart failure (n=16).	Unsupervised home-based cardiac rehabilitation	Experiences and barriers
Yates et al., 2018, United States of America	To examine patients' and partners' perceptions of phase 2 cardiac rehabilitation.	Randomized controlled trial	Purposive	Individual semi-structured interviews	Content analysis	Patients had undergone coronary artery bypass graft surgery (n=11) and their partners (n=11).	Phase 2 supervised center-based cardiac rehabilitation	Experiences

Bijlage C.2-5 Beoordeling individuele studiekwaliteit

De opmaak van de richtlijn laat het niet toe om deze bijlage te presenteren. Graag verwijzen we nu naar Appendix H van het wetenschappelijke artikel. **Dit wordt in een latere fase toegevoegd, als het artikel gepubliceerd is.**

Bijlage C.2-6 GRADE-CERQual Evidence Profile

Objective: To synthesize the needs of patients with coronary heart disease, heart failure, or thoracic aortic dissection regarding cardiac rehabilitation

Context: Needs of patients, close-relatives, and healthcare professionals regarding phase 0-4, both home-based and center-based, both unsupervised and supervised, cardiac rehabilitation.

Summarized review finding	Studies	Cerqual rating	
		Confidence	Explanation
Patients need safety by learning to manage symptoms, being in a safe environment, and receiving clear exercise instructions; however, patients also experience overprotection by significant others	[28-35, 39, 42, 45, 48-51, 53, 57, 60-63, 65-67, 70, 71, 73, 77-81, 84-88, 90, 96-98, 100, 101, 103, 106, 108-111, 113-115, 117, 119]	⊕⊕⊕⊕ High confidence	No/Very minor concerns regarding methodological limitations, coherence, adequacy, and relevance.
Methodological limitations	Explanation: This review finding is interpretive and explanatory in nature. There are 24 interpretive studies and explanatory studies (e.g., interpretive phenomenological analysis and grounded theory analysis) that support the nature of this review finding. The aspects of safety, symptoms, and exercise instructions are hardly mentioned in research questions, objectives, and topic lists. However, participants are sufficiently invited to share perspectives on safety and, therefore, the aspects of safety are thoroughly studied.		
No/Very minor concerns			
Coherence	Explanation: There is some data that patients do not have to learn to cope with their symptoms. They accept or ignore symptoms and then move on. This contradicts our third-order construct "learning to manage symptoms". Furthermore, telerehabilitation and home-based rehabilitation are also considered safe environments. In addition, some patients actually need pushing by significant others, although not in the context of safety but more in the context of motivation. The data are clear and we have found no plausible alternative explanations.		
No/Very minor concerns			
Adequacy	Explanation: This review finding is interpretive and explanatory in nature. There are 54 studies contributing to this finding. Ten of these studies explained explicitly the need for symptom management, 5 the safe environment, 9 clear exercise instructions and 7 avoiding overprotection. The data are very rich; both about the need for safety and the third-order constructs themselves.		
No/Very minor concerns			
Relevance	Explanation: The supporting studies fully reflect the context of the review, i.e., patients with coronary artery disease, heart failure, or thoracic aortic dissection regarding cardiac rehabilitation. For safety, supervised cardiac rehabilitation versus unsupervised cardiac rehabilitation seems especially important in terms of context. In addition, safety has been specifically studied in subgroups, such as women and minorities. Data from all contexts are included in this review finding.		
No/Very minor concerns			

Summarized review finding	Studies	Cerqual rating	
		Confidence	Explanation
Patients need significant others to be involved; partly to get support from the significant others and partly to get support for the significant others	[26-29, 31, 33, 34, 37, 39, 41, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 55, 57, 62, 65-67, 69-71, 76, 77, 83-86, 88-93, 95, 96, 99, 102, 106, 108, 111, 113, 114, 116, 119]	⊕⊕⊕⊕ High confidence	No/Very minor concerns regarding methodological limitations, coherence, adequacy, and relevance.
Methodological limitations No/Very minor concerns	Explanation: The perspective of significant others and the concept of 'involvement' are explicitly studied in four studies. In fourteen studies, significant others participate in the study. In these studies, the perspective of partners is most strongly represented. However, the perspective of other family members or caregivers is also studied. Both duo and individual interviews are performed with patients and significant others.		
Coherence No/Very minor concerns	Explanation: There is some concern about too much involvement of significant others, which makes patients feel their autonomy or privacy is compromised. This contradicts our third-order construct "support from significant others". The data are clear and we have found no plausible alternative explanations.		
Adequacy No/Very minor concerns	Explanation: This review finding is relatively descriptive in nature. There are 48 studies contributing to this finding. 24 of these studies explicitly describe the need for support from significant others, and 32 the need for support for significant others. The data are very rich; both on the need for significant others to be involved and on the third-order constructs themselves.		
Relevance No/Very minor concerns	Explanation: The supporting studies fully reflect the context of the review, i.e., patients with coronary artery disease, heart failure, or thoracic aortic dissection regarding cardiac rehabilitation. The "others" included in the studies are relevant to the research question, and there is much diversity in "others" (partners, family members, caregivers, friends, neighbours, employers, or workmates).		

Summarized review finding	Studies	Cerqual rating	
		Confidence	Explanation
Patients need support from people with whom they can identify such as peers with the same age, gender, disease or fitness level	[26, 29, 30, 38, 39, 42-48, 50, 54, 57, 60, 63-67, 70, 71, 73, 74, 76, 78, 80, 84-86, 88, 89, 91-94, 98, 99, 102, 104, 107-112, 114-116]	⊕⊕⊕○ Moderate confidence	Minor concerns regarding methodological limitations, because triangulation of participants and data are limited. Minor concerns regarding coherence, because of plausible alternative explanations, No/Very minor concerns regarding adequacy and relevance.
Methodological limitations Minor concerns	Explanation: Minor concerns regarding methodological limitations because the concept of 'peer support' is not explicitly mentioned in the study objectives. Three studies do focus on support, after which peer support is studied in depth. However, these studies have performed no purposive recruitment to explore other perspectives on peer support. It is possible that a specific perspective is understudied, such as peers with the same culture, or a different perspective, such as peers becoming too involved. Moreover, there are no observations performed in the studies, which might have lead to improved knowledge about group dynamics and peer support.		
Coherence Minor concerns	Explanation: Minor concerns regarding coherence because contradictory data have been found that there are patients who resist group training or group dynamics; these patients prefer individual rehabilitation. In addition, there are data that patients do not need to have patients with the same disease around them. They identify with peers with a different characteristic. This contradicts our third-order construct "peers with the same disease." The data are clear. We have found some plausible alternative explanations for the need for peer support, such as information exchange, sharing experiences and effective use of resources. These are different concepts than identify.		
Adequacy No/Very minor concerns	Explanation: This review finding is relatively descriptive in nature. There are 50 studies contributing to this finding. Six of these studies explicitly described the need for peers with the same age, ten same sex, five same disease, and four same fitness level. The data supporting the need for peers with the same disease are less rich; however, we have found no grounds for concern.		
Relevance No/Very minor concerns	Explanation: The supporting studies fully reflect the context of the review, i.e., patients with coronary artery disease, heart failure, or thoracic aortic dissection regarding cardiac rehabilitation. For peer support, group-based versus individual cardiac rehabilitation seems especially important in terms of context. Data from both contexts are included in this review finding. The "peers" included in the studies are specified in the review finding.		

Summarized review finding	Studies	Cerqual rating	
		Confidence	Explanation
Patients need personalized care with personal attention, personalized goals, aftercare and culture-sensitive professionals	[28, 29, 31, 33, 34, 44, 49, 51, 57-60, 66, 69, 71, 72, 76, 78, 81, 87, 88, 90, 92, 94, 96, 100, 109-111, 116]	⊕⊕⊕○ Moderate confidence	Minor concerns regarding methodological limitations, because few studies specifically inquired personalized care. No/Very minor concerns regarding coherence, adequacy, and relevance
Methodological limitations	Explanation: Minor concerns regarding methodological limitations because there is no specific research on personalized care or tailored care needs. This might leave specific perspectives underexposed, for example why professionals choose one size fits all programs or what economic considerations are important. However, within the methodology used, sufficient attention has been paid to identifying the needs of specific subgroups such as Punjabi Sikh, South Asian and younger populations.		
Minor concerns			
Coherence	Explanation: The data contain no contradictions and are clear. However, there are plausible alternative explanations for needs related to personalized care, such as alignment with personal values, beliefs and shared decision-making.		
No/Very minor concerns			
Adequacy	Explanation: This review finding is relatively explanatory in nature. There are 30 studies contributing to this finding. Eleven of these studies explicitly explore the need personal attention, five personalized goals, 12 aftercare, and 3 culture-sensitive professionals. The data supporting the need for personalized goals are less rich; however, we have found no grounds for concern.		
No/Very minor concerns			
Relevance	Explanation: The supporting studies fully reflect the context of the review, i.e., patients with coronary artery disease, heart failure, or thoracic aortic dissection regarding cardiac rehabilitation. The need for personalized care is often explicitly described in specific groups (e.g., age- or culture-specific groups). Nevertheless, there is no indirect relevance or partial relevance, because the need for personalized care applies to the wider cardiac rehabilitation population.		
No/Very minor concerns			

Summarized review finding	Studies	Cerqual rating	
		Confidence	Explanation
Patients need help redesigning a meaningful future so they can regain control of their lives, reflect on their recovery and learn to cope with their changed identity	[27-30, 37, 38, 43, 46, 47, 49-51, 53-55, 61-64, 66, 69, 70, 72, 74, 77, 82, 83, 85, 90, 92, 93, 96, 97, 102, 103, 105, 111, 113, 114, 118]	⊕⊕⊕⊕ High confidence	No/Very minor concerns regarding methodological limitations, coherence, adequacy, and relevance.
Methodological limitations No/Very minor concerns	Explanation: Meaning of heart disease for the future is explicitly studied in three studies and implicitly in 38 studies. The review finding is of an interpretative and explanatory nature. This is well supported by ten interpretative phenomenological, hermeneutic, and grounded theory studies. A sufficient number of participants has been recruited who live a longer time after the onset of the heart disease.		
Coherence No/Very minor concerns	Explanation: The data contain some contradictions. First, there is a contradiction regarding the term “help,” because some patients indicate that they do not need help to redesign their future. Second, there is a contradiction regarding the term “future,” because some patients indicate that they are not concerned with the future and are just getting on with it. The data are clear and we have found no plausible alternative explanations.		
Adequacy No/Very minor concerns	Explanation: This review finding is relatively explanatory in nature. There are 41 studies contributing to this finding. 12 of these studies explain explicitly the need for control, 9 reflecting on recovery, and 11 coping with identity. The data are very rich; both about the need for redesigning a meaningful future and the third-order constructs themselves.		
Relevance No/Very minor concerns	Explanation: The supporting studies fully reflect the context of the review, i.e., patients with coronary artery disease, heart failure, or thoracic aortic dissection regarding cardiac rehabilitation.		

Bijlage C.2-7'Karakteristieken en resultaten van de geïncludeerde studies overgenomen uit het systematisch literatuuronderzoek van Santiago de Araújo Pio et al.'

Study & study characteristics	Patient characteristic	Intervention	Control	Outcome
(Ashe 1993) RCT USA N analysed: total: 41; intervention: 21; comparator: 20	Inclusion criteria: patients referred to CR programmes following a variety of heart problems: angina, MI, valve problems, CABG, and coronary artery disease Exclusion criteria: NR Age (mean $\pm$ SD): intervention: 62.6 $\pm$ 13.1; comparator: 62.7 $\pm$ 16.5 Sex (% women): intervention: 30.4%; comparator: 31.2% Race/ethnicity (% white): 95% intervention: 82.6%; comparator: 83.0%	The trial offered a motivational relapse prevention intervention that was delivered during the course of the CR programme. The intervention was started after 4 or 5 exercise sessions. The intervention was based on Marlatt and Gordon's model. Participants received individual sessions, once a week for 3 weeks Session 1: based on pretest information, factors found to interfere with adherence were introduced. Participants discussed their perceptions on the value of exercise, listed their goals for the programme, and anticipated outcomes Session 2: participants were introduced to decision-making concepts and cognitive interference factors. Discussion with regard to coping with "slips" and introduction to appropriate ways to re-frame perspectives. Participants filled in daily activity sheets Session 3: focused on the importance of lifestyle balance. Participants were asked to refer to daily activity sheets to introduce concepts of should and wants. Stressors were identified that may affect lifestyle balance and were discussed, as was the importance of positive thinking and use of medication	During the course of the exercise programme, participants received a 'benign' education intervention, which covered basic exercise concepts, guidelines for proper exercise participation, exercise tips and handouts, and the benefits of exercise	Adherence - defined as total number of prescribed sessions completed Completion - defined as completion of the programme after a follow-up assessment
(Beckie 2010) RCT USA	Inclusion criteria: women aged > 21 years old referred to an outpatient CR programme with multiple CHD conditions/procedures (MI, angina, or CABG) and able to read, write, and speak English	Gender-tailored CR programme in which participants exercised exclusively with women. Psychologists and nurse specialists provided to participants 1-hour individualised motivational interviewing sessions at weeks 1 and 6 based on the transtheoretical model (TTM) of behaviour change.	Traditional CR programme based on the case management model that was delivered by female nurses and exercise physiologists. The exercise protocol consisted of aerobic and resistance training 3 days/week for 12 weeks. CR personnel provided educational	Adherence - defined as exercise session attendance and educational session attendance

N analysed: total: 252; intervention: 141; comparator: 111	Exclusion criteria: lack of insurance coverage for 36 exercise sessions, cognitive impairment, inability to ambulate, implantation of internal cardiac defibrillator in the last year Age (mean $\pm$ SD): intervention: 63.0 $\pm$ 11.0; comparator: 64.0 $\pm$ 11.0 Sex (% women): intervention: 100%; comparator: 100% Race/ethnicity (% white): overall: 82%	Psychoeducational classes were held weekly before exercise sessions Tailoring: participants received 1-hour individualised motivational interviewing (MI) sessions at weeks 1 and 6 with a clinical psychologist or a clinical nurse specialist formally trained in motivational interviewing focussed on factors affecting women's CR utilisation	classes focussed on CHD risk factor modification at 5 different times weekly	
(Bertelsen 2017) RCT Denmark N analysed: total: 190; intervention: 97; comparator: 93	Inclusion criteria: > 18 to 80 years of age, angiographically documented coronary thrombosis or stenosis, resident in one of the participating municipalities: Aarhus, Viborg, Silkeborg, Skive, Samsø, Favrskov, or Skanderborg; no previous CR Exclusion criteria: MI on a non-thrombotic basis, ejection fraction < 40%, lack of physical or mental ability to participate in CR, inability to write and understand Danish without help, other disease causing severe disability Age, mean (range) : intervention: 60 (40 to 79); comparator: 60 (30 to 78) Sex (% women): intervention: 29.2%; comparator: 20.7.5% Race/ethnicity (% white): NR	CR delivered through shared care. The general practitioner was responsible for CR components not delivered in the community, as well as for pharmacological treatment and risk factor management after the initial visit to the hospital outpatient clinic. Municipal health care centres provided courses on smoking cessation, nutrition, and exercise training, along with patient education and psychosocial support	CR was delivered entirely within hospital outpatient clinics. CR was terminated upon consultation with a cardiologist concerning risk factors and future medication	Adherence - defined as a composite of participation in different components of the programme (smoking cessation, dietary advice, exercise training, clinical assessment by a doctor, and patient education)
(Farias-Godoy 2013) RCT Canada	Inclusion criteria: Men and women with risk factors for IHD (primary prevention) or documented IHD (secondary prevention) accepted into CR; secondary prevention patients classified as low or moderate risk according to AACVPR risk stratification criteria	Reduced (i.e., shorter) CR programme. The programme was designed to include the core elements of standard CR, with fewer hospital-based exercise sessions (10 sessions). The first 2 weeks was the same for both groups (a total of 2 in-hospital exercise sessions/week),	Comparison: hospital-based CR over 4 months (32 sessions)	Adherence - defined as per cent attendance at prescribed sessions

N analysed: total: 102; intervention: 50; comparator: 52	Exclusion criteria: presence of poorly controlled metabolic risk factors; scheduled revascularisation procedures; unlikely to survive due to non-cardiac causes; psychiatric diagnosis that would interfere with compliance; congenital heart disease with no IHD risk factors Age (mean $\pm$ SD): intervention: 61.6 $\pm$ 10.5; comparator: 60.6 $\pm$ 10.7 Sex (% women): intervention: 18.0%; comparator: 20.0% Race/ethnicity (% white): NR	and during this time, participants were able to learn exercise routines and were evaluated by staff		
(Focht 2004) RCT USA N analysed: total: 142; intervention: 68; comparator: 74	Inclusion criteria: older adults between 50 and 80 years of age; documented MI, PCI, chronic stable angina, stable HF, or cardiovascular surgery (coronary artery or valvular heart disease) in the past 6 months; self-reported disability and not actively engaging in exercise or CR for preceding 6 months Exclusion criteria: psychiatric illness (major depression within past 5 years); severe symptomatic heart disease (unstable angina, unstable HF, or exercise-induced complex ventricular arrhythmias); severe systemic disease; active treatment for cancer; hearing or sight impairment; alcoholism; inability to speak or read English; judgement of clinical staff; current participation in another medical intervention study Age (mean $\pm$ SD): intervention: 64.7 $\pm$ 7.2; comparator: 64.9 $\pm$ 6.8 Sex (% women): intervention: 45.2%; comparator: 50.0%	Group-delivered cognitive-behavioural physical activity programme, designed to gradually wean participants from dependency on the CR staff and group programme toward independent self-regulation of physical activity. For the first and second months, participants engaged in centre-based CR 2 times each week. During the third month, centre-based training was reduced to 1 time per week. In each of these months, self-planned home-based activity by participants provided additional sessions of exercise for a frequency equivalent to control treatment. Following each exercise therapy session, participants engaged in a 20- to 25-minute period of instruction and discussion regarding learning and using self-regulatory tools to maintain long-term physical activity	Participants received 3 months of centre-based CR 3 days/week. In addition to exercise therapy, weekly educational lectures were given on topics that related to modification of risk factors for cardiovascular disease	Adherence - defined as percentage of the total number of sessions attended during the first 3 months of the trial Completion - defined as the number completing the CR programme and follow-up assessment

	Race/ethnicity (% white): NR			
(Grace 2016) RCT Canada N analysed: total: 58; women-only CR: 21; home-based CR: 18; traditional mixed-sex CR: 19	Inclusion criteria: women residing in proximity to CR programmes; proficiency in the English language; written approval to participate in CR provided by the patient's cardiac specialist or general practitioner (in the case of inpatient recruitment); eligibility for home-based CR (i.e., low to moderate risk as demonstrated by (1) lack of complex ventricular dysrhythmia, (2) NYHA class of 1 or 2 and left ventricular ejection fraction (LVEF) > 40%, or (3) CCS class 1 or 2) Exclusion criteria: musculoskeletal, neuromuscular, visual, cognitive, or non-dysphoric psychiatric condition; any serious or terminal illness not otherwise specified that would preclude CR eligibility based on CR guidelines; physician deemed patient not suitable for CR at time of intake exercise stress test (i.e., < 3 minutes completed on Bruce protocol treadmill stress test, or < 6 minutes on modified Bruce protocol treadmill stress test, or workload < 300 kpm on a cycle ergometer test, or significant ST segment depression, uncontrolled dysrhythmias, abnormal heart rate or blood pressure measurements in response to exercise); planning to leave the area before the anticipated end of the study; being discharged to a long-term care facility; previous participation in CR; participation in another clinical trial with behavioural interventions; in the case of inpatient recruitment, having been referred to a CR programme by their healthcare provider before study randomisation was completed	Women-only or home-based CR	Traditional hospital-based mixed-sex CR. The only differences between site-based programme models were sex composition and some educational session content	Adherence - defined as percentage of prescribed sessions attended Completion - defined as attended at least some of the CR intervention components and underwent formal re-assessment by the CR team at the conclusion of the CR intervention

	Age (mean $\pm$ SD): women-only: 66.2 $\pm$ 10.2; home-based: 63.1 $\pm$ 10.9; mixed-sex comparator: 61.5 $\pm$ 9.7 Sex (% women): women-only: 100.0%; home-based: 100.0%; comparator: 100.0% Race/ethnicity (% white): women-only: 59.1%; home-based: 65.3%; comparator: 62.7%			
(Hwang 2017) RCT Australia N analysed: total: 102; intervention: 23; comparator: 26	Inclusion criteria: HF, over 18 years of age Exclusion criteria: did not meet safety screening criteria as outlined by the Australian exercise guidelines for patients with chronic HF, such as symptomatic severe aortic stenosis and significant ischemia at low exercise intensity, lived in an institution such as a nursing home; lived more than an hour driving distance from the treating hospital; had no support person at home Age (mean $\pm$ SD): intervention: 68.0 $\pm$ 14.0; comparator: 67.0 $\pm$ 11.0 Sex (% women): intervention: 20.8%; comparator: 27.5% Race/ethnicity (% white): intervention: 92%; comparator: 93%	Short-term, real-time, group-based HF rehabilitation programme delivered at each participant's home via an online telerehabilitation system. The programme was delivered via a synchronous videoconferencing platform across the Internet to groups of up to 4 participants within the home. Two-way audiovisual communication enabled interaction of all parties, and the physiotherapist guided participants through an exercise programme similar to the control. This approach enabled the physiotherapist to watch participants performing the exercises and to provide real-time feedback and modification, as required, as well as to facilitate peer support from other participants. Participants were provided with additional home exercises similar to those in the control group. Participants were encouraged to watch the designated presentation individually or with their support person, in their own time, in preparation for subsequent online group discussions. A 15-minute interaction period was held at the start of each telerehabilitation session to facilitate these discussions	The control group received a centre-based rehabilitation programme based on current recommended guidelines encompassing education, aerobics, and strength training exercise. This traditional HF rehabilitation programme was led by physiotherapists over a 12-week period; it consisted of 60 minutes of exercise per session, 2 sessions per week, at the treating hospital. Each session consisted of a 10-minute warm-up, 40 minutes of aerobic and strength exercises, and a 10-minute cool-down. Exercise prescription was tailored to the participant's goal, and the treating physiotherapist continuously reviewed it to ensure appropriate progression. The control group attended educational sessions at the hospital on the same day as the exercise sessions	Adherence - defined on basis of the proportion of prescribed sessions attended (in person or online)
(Kraal 2014) RCT The Netherlands	Inclusion criteria: patients who entered CR after hospitalisation for MI, unstable angina, or a revascularisation procedure (PCI or CABG); low to moderate risk of future cardiac events according to the Dutch CR guidelines	The FIT@HOME intervention combined motivational interviewing in the initial CR phase with ongoing objective feedback on training progression. After 3 supervised training sessions in the outpatient clinic, participants started training in their home environment. The coach remotely supervised the	Group-based training sessions on a treadmill or cycle ergometer, supervised by physical therapists and exercise specialists. The programme lasted for 12 weeks, with at least 2 training sessions per week. Participants were instructed to exercise for 45 to 60	Adherence - defined as percentage of prescribed sessions completed Notes

N analysed: total: 50; intervention: 25; comparator: 25	Exclusion criteria: NR Age (mean $\pm$ SD): intervention: 60.6 $\pm$ 7.5; comparator: 56.1 $\pm$ 8.7 Sex (% women): intervention: 12.0%; comparator: 16.0% Race/ethnicity (% white): NR	training sessions performed at home and offered appropriate support via telephone using a semi-structured interview	minutes per session at 70 to 85% of their maximal heart rate	
(Lynggaard 2017) RCT The Netherlands N analysed: total: 825; intervention: 413; comparator: 412	Inclusion criteria: aged 18 years and older, discharged from hospital with ischemic heart disease or HF; assigned and motivated for CR Exclusion criteria: acute coronary syndrome less than 5 days before randomisation; active peri-, myo-, or endocarditis; symptomatic and untreated valve disease; severe hypertension with blood pressure > 200/110 mmHg; other severe cardiac or extracardiac disease; planned revascularisation; senile dementia; assessed as having low compliance; former participation in the study Age (mean $\pm$ SD): intervention: 63.0 $\pm$ 10.0; comparator: 63.0 $\pm$ 11.0 Sex (% women): intervention: 24.0%; comparator: 24.0% Race/ethnicity (% white): NR	Based on learning and coping strategies. The intervention group received individual clarifying interviews before and after the CR programmes. Participants had an initial interview to help clarify their needs before CR and to prepare them to learn how to cope with living with a chronic heart disease. In the finishing interview, the patient and the health professional in partnership clarified what benefits the patient had derived from CR and discussed future strategies for coping with their chronic heart disease. Narratives told by experienced patients were used as good learning examples	The control group received group-based CR lasting 8 weeks, with exercise training sessions 3 times a week and education once a week	Adherence - defined as percentage of prescribed sessions completed
(McGrady 2014) RCT USA	Inclusion criteria: patients admitted to Phase II of the CR after MI, CABG surgery, stable angina, chronic heart failure (CHF, NYHA class I or II), or other procedure (stent placement, valve replacements, aortic aneurism repair, atrial fibrillation, and heart transplant)	The intervention consisted of four 30-minute sessions conducted during the first weeks of CR. Participants participated in groups of 2 to 6. Sessions rotated so that a participant could begin at any time in the 4 sessions. Each session consisted of about 15 minutes of motivational interviewing and about 15 minutes of relaxation. The motivational interviewing portions	The historical control group received group-based CR lasting 12 weeks, with exercise training sessions 3 times a week and education once a week	Adherence - defined as percentage of prescribed sessions completed

N analysed: total: 304; intervention: 136; comparator: 168	Exclusion criteria: NR Age (mean $\pm$ SD): intervention: 60.3 $\pm$ 11.7; comparator: 62.8 $\pm$ 13.1 Sex (% women): intervention: 34.0%; comparator: NR Race/ethnicity (% white): NR	focused on participants' personal goals, fostering an optimistic view of the benefits of rehabilitation, decreasing negative self-talk, and overcoming barriers to completing the exercise programme. The relaxation portion comprised mindful breathing, progressive relaxation, and simple imagery		
(Oldridge 1983) RCT Canada N analysed: total: 120; intervention: 63; comparator: 57	Inclusion criteria: all male patients admitted with a documented diagnosis of coronary heart disease (MI, CABG, and angina) and referred to CR Exclusion criteria: NR Age (mean $\pm$ SD): overall: 51.5 $\pm$ 8.7 Sex (% women): 0% Race/ethnicity (% white): NR	Usual comprehensive CR programme plus self-management techniques, including an agreement to participate in the programme for 6 months to be signed by the participant and the coordinator, and self-report diaries to be completed and discussed with the coordinator at regular intervals. Diaries included 6 graphs for plotting self-monitored submaximal heart rates each month, at 33%, 50%, and 75% of the maximum power output achieved in the previous exercise test, and 6 $\times$ 24-hour recall questionnaires of daily activities on a randomly chosen day to be completed each month. In addition, a weight loss diary to be filled in each week was given to participants who initially agreed to lose weight, and similar diaries were used to record the number of cigarettes smoked each day (as applicable). Follow-up was provided at the end of the intervention period of 6 months	Usual comprehensive CR programme	Completion - defined as percentage of those who attended 60% or more of the 48 scheduled supervised CR sessions
(Pack 2013) RCT USA N analysed: total: 148; intervention: 74;	Inclusion criteria: patients > 18 years of age with a qualifying diagnosis for referral to CR (MI, PCI, or angina with an ischemic stress ECG, stress echocardiogram, or stress myocardial perfusion imaging study) Exclusion criteria: patients who had undergone recent CABG, valve surgery, or cardiac transplantation	Early appointment for orientation class for CR (within 10 days)	Participants randomized to standard care were scheduled for an orientation appointment within 35 days from the index event	Adherence - defined as total number of exercise sessions attended Completion - defined as completion of CR

comparator: 74 (for attendance)	Age (mean $\pm$ SD): intervention: 61.0 $\pm$ 12.0; comparator: 59.0 $\pm$ 12.0 Sex (% women): intervention: 39.2%; comparator: 50.0% Race/ethnicity (% white): intervention: 45.0%; comparator: 42.0%			
(Varnfield 2014) RCT Australia N analysed: total: 72; intervention: 46; comparator: 26 (6-week assessment)	Inclusion criteria: patients admitted for MI and referred to CR Exclusion criteria: unable to participate in self-management programmes or to operate smartphone for purposes of trial due to medical care needs (e.g., vision, hearing, cognitive or dexterity impairment); attending CR or involved in another behavioural trial; or had no experience with mobile/smartphones Age (mean $\pm$ SD): intervention: 54.9 $\pm$ 9.6; comparator: 56.2 $\pm$ 10.1 Sex (% women): intervention: 31.6%; comparator: 31.1% Race/ethnicity (% white): NR	The CAP-CR platform used a smartphone for health and exercise monitoring, and delivered motivational and educational materials to participants via text messages and pre-installed audio and video files (including understanding cardiovascular disease, symptoms, and management). The platform included a Web portal with participant data for mentors to provide weekly consultations	Community centres	Adherence - defined as attendance for 4 weeks (8 or more gym sessions) for the traditional CR group, or upload of 4 weeks' exercise data for the CAP-CR group Completion - defined as completion of the 6-week CR programme
AACVPR = American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, CABG = Coronary artery bypass graft, CCS = Canadian Cardiovascular Society Angina Score, CHD = coronary heart disease, CR = cardiac Rehabilitation, HF = heart failure, LVEF = left ventricular ejection fraction: MI = myocardial infarction, N = number of participants, NR = not reported, NYHA = New York Heart Association, PCI = percutaneous coronary intervention, RCT = randomized controlled trial, SD = standard deviation, USA = United States of America				

Bijlage C.2-8 'Risk-of-biastabel: beoordeling van het risico op vertekening voor het geïncorporeerde systematische review'

Voor de beoordeling van de methodologische kwaliteit van het systematische literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van de AMSTAR 2 (Shea 2017).

AMSTAR 2 score (Santiago de Araújo Pio 2019)					
Item		Yes	Partial yes	No	No meta-analysis/ Includes only
1	Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	x			
2	Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?			x	
3	Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?			x	
4	Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?			x	
5	Did the review authors perform study selection in duplicate?	x			
6	Did the review authors perform data extraction in duplicate?	x			
7	Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	x			
8	Did the review authors describe the included studies in adequate detail?		x		
9	Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	x			
10	Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	x			
11	If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	x			
12	If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	x			
13	Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	x			
14	Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	x			
15	If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	x			
16	Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	x			

Bijlage C.2-9 'Risk-of-biastabel: beoordeling van het risico op vertekening voor de geïncludeerde studies overgenomen uit het systematisch literatuuronderzoek van Santiago de Araújo Pio et al.'

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Ali Faisal 2016	+	+	+	?	+	+
Ashe 1993	-	-	?	?	?	?
Beckie 2010	+	+	+	+	+	+
Benz Scott 2013	+	?	+	+	+	-
Bertelsen 2017	+	?	-	+	+	+
Carroll 2007	?	?	?	-	?	+
Cossette 2012	+	+	+	+	-	-
Dolansky 2011	+	?	?	+	-	?
Farias-Godoy 2013	+	+	+	+	+	+
Focht 2004	+	?	?	+	+	+
Grace 2016	+	+	+	+	+	-
Hwang 2017	?	+	+	+	?	+
Jolly 1999	?	?	+	+	+	+
Kraal 2014	+	+	+	-	+	+
Lynggaard 2017	+	?	?	+	+	+
McGrady 2014	?	?	?	-	?	?
McPaul 2007	?	+	-	?	?	?
Mosleh 2014	+	+	+	+	+	+
Oldridge 1983	+	?	?	?	?	?
Pack 2013	+	+	-	+	+	?
Parry 2009	+	+	+	?	?	+
Pfaffli Dale 2015	+	+	-	+	+	+
Price 2012	+	+	+	?	+	+
Suskin 2007	?	?	?	?	?	?
Varnfield 2014	+	+	-	+	+	+
Wyer 2001	+	+	?	?	+	-

Bronnen

- Alavi, M., Irajpour, A., Giles, T., Rabiei, K., & Sarrafzadegan, N. (2013). Barriers to education in cardiac rehabilitation within an Iranian society: a qualitative descriptive study. *Contemporary nurse*, 44(2), 204-214. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.5172/conu.2013.44.2.204>
- Ammouri, A. A., Kamanyire, J. K., Abu Raddaha, A. H., Achora, S., & Obeidat, A. A. (2017). Another Chance at Life: Jordanian Patients' Experience of Going Through a Myocardial Infarction. *RESEARCH AND THEORY FOR NURSING PRACTICE*, 31(4), 334-348. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.31.4.334>
- Andersson, E. K., Borglin, G., & Willman, A. (2013). The experience of younger adults following myocardial infarction. *Qualitative health research*, 23(6), 762-772. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1049732313482049>
- Andersson, E. K., Skär, L., & Hjelm, M. (2020). Care experiences of younger people and next of kin following myocardial infarction. *British Journal of Cardiac Nursing*, 15(12), 1-11. <https://doi.org/10.12968/bjca.2020.0076>
- Anttila, M.-R., Soderlund, A., & Sjogren, T. (2021). Patients' experiences of the complex trust-building process within digital cardiac rehabilitation. *PLoS ONE*, 16(3). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0247982>
- Ashe, E. D. (1993). *The effects of a relapse prevention program on adherence to a phase II cardiac exercise program*. PhD Dissertation. The Florida State University.
- Astin, F., Atkin, K., & Darr, A. (2008). Family support and cardiac rehabilitation: a comparative study of the experiences of South Asian and White-European patients and their carer's living in the United Kingdom. *European journal of cardiovascular nursing*, 7(1), 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.06.002>
- Back, M., Caldenius, V., Svensson, L., & Lundberg, M. (2020). Perceptions of Kinesiophobia in Relation to Physical Activity and Exercise After Myocardial Infarction: A Qualitative Study. *Physical therapy*, 100(12), 2110-2119. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1093/ptj/pzaa159>
- Back, M., Oberg, B., & Krevers, B. (2017). Important aspects in relation to patients' attendance at exercise-based cardiac rehabilitation - facilitators, barriers and physiotherapist's role: a qualitative study. *BMC cardiovascular disorders*, 17(1), 77. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12872-017-0512-7>
- Banerjee, A. T., Grace, S. L., Thomas, S. G., & Faulkner, G. (2010). Cultural factors facilitating cardiac rehabilitation participation among Canadian South Asians: a qualitative study. *Heart & lung : the journal of critical care*, 39(6), 494-503. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.10.021>
- Bardsgjerde, E. K., Kvangarsnes, M., stad, B., Nylenna, M., & Hole, T. (2019). Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway. *Journal of advanced nursing*, 75(5), 1063-1073. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jan.13931>
- Beckie, T. M., & Beckstead, J. W. (2010). Predicting cardiac rehabilitation attendance in a gender-tailored randomized clinical trial. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 30(3), 147-156.
- Bergman, E., & Bertero, C. (2001). You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of advanced nursing*, 36(6), 733-741. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02040.x>
- Bernt Jorgensen, S. M., Johnsen, N. F., Maribo, T., Brondum, S., Gislason, G., & Kristiansen, M. (2023). Factors shaping return to work: a qualitative study among heart failure patients in Denmark. *Disability and rehabilitation*, 1-11. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/09638288.2023.2266998>
- Bertelsen, J. B., Refsgaard, J., Kanstrup, H., Johnsen, S. P., Qvist, I., Christensen, B., & Christensen, K. L. (2017). Cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome comparing adherence and risk factor modification in a community-based shared care model versus hospital-based care in a randomised controlled trial with 12 months of follow-up. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 16(4), 334-343. <https://doi.org/10.1177/1474515116666781>
- Birtwistle, S. B., Jones, I., Murphy, R., Gee, I., & Watson, P. M. (2021). Family support for physical activity post-myocardial infarction: A qualitative study exploring the perceptions of cardiac rehabilitation practitioners. *Nursing & health sciences*, 23(1), 227-236. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/nhs.12806>
- Boothby, C. A., Santana, M. J., Norris, C. M., Campbell, T. S., & Rabi, D. M. (2021). Sexual Activity After Acute Coronary Syndrome: A Qualitative Approach to Patient and Partner Experiences. *The Journal of cardiovascular nursing*, 36(5), E71-E79. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000815>

- Bosco, E., Hsueh, L., McConeghy, K. W., Gravenstein, S., & Saade, E. (2021). Major adverse cardiovascular event definitions used in observational analysis of administrative databases: a systematic review. *BMC Med Res Methodol*, 21(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01440-5>
- Bourke, A., Niranjana, V., O'Connor, R., & Woods, C. (2022). Barriers to and motives for engagement in an exercise-based cardiac rehabilitation programme in Ireland: a qualitative study. *BMC PRIMARY CARE*, 23(1), Article 28. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01637-7>
- Britten, N., Campbell, R., Pope, C., Donovan, J., Morgan, M., & Pill, R. (2002). Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *Journal of health services research & policy*, 7(4), 209-215.
- Clark, A., er, M., Barbour, R. S., White, M., & MacIntyre, P. D. (2004). Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences. *Journal of advanced nursing*, 47(1), 5-14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03060.x>
- Conijn, D., de Lind van Wijngaarden, R. A. F., Vermeulen, H. M., Vliet Vlieland, T. P. M., & Meesters, J. J. L. (2022). Referral to and enrolment in cardiac rehabilitation after open-heart surgery in the Netherlands. *Neth Heart J*, 30(4), 227-236. <https://doi.org/10.1007/s12471-021-01598-z>
- Cowie, A., Buckley, J., Doherty, P., Furze, G., Hayward, J., Hinton, S., Jones, J., Speck, L., Dalal, H., & Mills, J. (2019). Standards and core components for cardiovascular disease prevention and rehabilitation. *Heart*, 105(7), 510-515. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-314206>
- Crowley, L. (2010). The effectiveness of a newly developed cardiac rehabilitation phase III program-a quantitative and qualitative approach to enhance service delivery. *Physiotherapy Practice and Research*, 31(1), 4-10.
- Damlund, A. R. S., Jorgensen, L. B., Blume, B., Skou, S. T., Tang, L. H., & Moller, T. (2022). Reasons for dropout in the transition from hospital to municipality during exercise-based cardiac rehabilitation in a Danish cross-sectorial setting: a qualitative study. *BMJ OPEN*, 12(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064660>
- de Oliveira Nascimento, I., Assis, M. G., de Melo Ghisi, G. L., & Britto, R. R. (2021). A qualitative study of patient's perceptions of two cardiac rehabilitation models. *Brazilian journal of physical therapy*, 25(5), 552-562. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2021.02.004>
- Dechaine, C. L., Merighi, J. R., & O'Keefe, T. C. (2018). Healing the heart: A qualitative study of challenges and motivations to cardiac rehabilitation attendance and completion among women and men. *Sex Roles: A Journal of Research*, 79(7), 489-503. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s11199-017-0873-5>
- Desveaux, L., Harrison, S., Lee, A., Mathur, S., Goldstein, R., & Brooks, D. (2017). "We are all there for the same purpose": Support for an integrated community exercise program for older adults with HF and COPD. *Heart & lung : the journal of critical care*, 46(4), 308-312. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.04.008>
- Devi, R., Carpenter, C., Powell, J., & Singh, S. (2014). Exploring the experience of using a web-based cardiac rehabilitation programme in a primary care angina population: a qualitative study. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 21(9), 434-440. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2014.21.9.434>
- Dreyer, R. P., Pavlo, A. J., Horne, A., Dunn, R., Danvers, K., Brush, J., Slade, M., & Davidson, L. (2021). Conceptual Framework for Personal Recovery in Patients With Acute Myocardial Infarction. *JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION*, 10(19), Article e022354. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.022354>
- Dunckley, M., Ellard, D., Quinn, T., & Barlow, J. (2008). Coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of recovery after hospital discharge. *European journal of cardiovascular nursing*, 7(1), 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.06.001>
- East, L., Brown, K., & Twells, C. (2004). 'Knocking at St Peter's door'. A qualitative study of recovery after a heart attack and the experience of cardiac rehabilitation. *Primary Health Care Research and Development*, 5(3), 202-210. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1191/1463423604pc203oa>
- Elbrond, P. G., Larsen, M., Missel, M., Bay, L. T., Petersson, N. B., Oliffe, J. L., & Borregaard, B. (2022). A qualitative study on men's experiences of health after treatment for ischaemic heart disease. *European journal of cardiovascular nursing*, 21(7), 710-716. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1093/eurjcn/zvac005>
- Ellis, J. M., Freeman, J. T., Midgette, E. P., Sanghvi, A. P., Sarathy, B., Johnson, C. G., Greenway, S. B., & Whited, M. C. (2019). Sharing the Story of the Cardiac Rehab Patient Experience: A QUALITATIVE STUDY. *JOURNAL OF CARDIOPULMONARY REHABILITATION AND PREVENTION*, 39(4), E13-E15. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1097/HCR.0000000000000429>
- Eriksson, M., Asplund, K., & Svedlund, M. (2009). Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *European journal of cardiovascular nursing*, 8(4), 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.03.003>

- Farias-Godoy, A. F. (2013). *Design, implementation and evaluation of a reduced cardiac rehabilitation program*. PhD dissertation. Simon Fraser University.
- Fletcher, S. M., Burley, M. B., Thomas, K. E., & Mitchell, E. K. L. (2014). Feeling Supported and Abandoned: MIXED MESSAGES FROM ATTENDANCE AT A RURAL COMMUNITY CARDIAC REHABILITATION PROGRAM IN AUSTRALIA. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 34(1), 29-33. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e3182a52734>
- Fletcher, S. M., & McBurney, H. (2016). Strategic Moments: IDENTIFYING OPPORTUNITIES TO ENGAGE CLIENTS IN ATTENDING CARDIAC REHABILITATION AND MAINTAINING LIFESTYLE CHANGES. *JOURNAL OF CARDIOPULMONARY REHABILITATION AND PREVENTION*, 36(5), 346-351. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000169>
- Focht, B. C., Brawley, L. R., Rejeski, W. J., & Ambrosius, W. T. (2004). Group-mediated activity counseling and traditional exercise therapy programs: effects on health-related quality of life among older adults in cardiac rehabilitation. *Ann Behav Med*, 28(1), 52-61. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2801_7
- Fors, A., Dudas, K., & Ekman, I. (2014). Life is lived forwards and understood backwards - Experiences of being affected by acute coronary syndrome: A narrative analysis. *INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING STUDIES*, 51(3), 430-437. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.012>
- Galdas, P. M., & Kang, H. B. K. (2010). Punjabi Sikh patients' cardiac rehabilitation experiences following myocardial infarction: a qualitative analysis. *Journal of clinical nursing*, 19(21), 3134-3142. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03430.x>
- Galdas, P. M., Oliffe, J. L., Kang, H. B. K., & Kelly, M. T. (2012). Punjabi Sikh patients' perceived barriers to engaging in physical exercise following myocardial infarction. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 29(6), 534-541. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01009.x>
- Ghezeljeh, T. N., Nikraves, M. Y., & Emami, A. (2014). Coronary heart disease patients transitioning to a normal life: perspectives and stages identified through a grounded theory approach. *Journal of clinical nursing*, 23(3-4), 571-585. <https://doi.org/10.1111/jocn.12272>
- Grace, S. L., Midence, L., Oh, P., Brister, S., Chessex, C., Stewart, D. E., & Arthur, H. M. (2016). Cardiac Rehabilitation Program Adherence and Functional Capacity Among Women: A Randomized Controlled Trial. *Mayo Clin Proc*, 91(2), 140-148. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.10.021>
- Hellem, E. P. T. M., & Bruusgaard, K. A. P. T. M. (2020). "When what is taken for granted disappears": women's experiences and perceptions after a cardiac event. *Physiotherapy theory and practice*, 36(10), 1107-1117. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/09593985.2018.1550829>
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011, March 2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration. www.cochrane-handbook.org
- Hudson, J., Board, E. M., & Lavalley, D. (2001). The role of cardiac rehabilitation in dealing with psychological loss among survivors of a cardiac event. *Journal of Loss and Trauma*, 6(4), 301-312. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/108114401317087815>
- Hwang, R., Bruning, J., Morris, N. R., Mandrusiak, A., & Russell, T. (2017). Home-based telerehabilitation is not inferior to a centre-based program in patients with chronic heart failure: a randomised trial. *J Physiother*, 63(2), 101-107. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.02.017>
- Hwang, R., rusiak, A., Morris, N. R., Peters, R., Korczyk, D., Bruning, J., & Russell, T. (2017). Exploring patient experiences and perspectives of a heart failure telerehabilitation program: A mixed methods approach. *Heart & lung : the journal of critical care*, 46(4), 320-327. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.03.004>
- Jackson, A. M., McKinstry, B., Gregory, S., & Amos, A. (2012). A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups, and their rehabilitation experience without these resources. *Primary health care research & development*, 13(1), 30-41. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1017/S1463423611000284>
- Jones, M. I., Greenfield, S., & Jolly, K. (2009). Patients' experience of home and hospital based cardiac rehabilitation: a focus group study. *European journal of cardiovascular nursing*, 8(1), 9-17. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2008.06.001>
- Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), 289-296. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/scs.12058>
- Kachur, S., Chongthammakun, V., Lavie, C. J., De Schutter, A., Arena, R., Milani, R. V., & Franklin, B. A. (2017). Impact of cardiac rehabilitation and exercise training programs in coronary heart disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 60(1), 103-114. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pcad.2017.07.002>

- Kenny, E., Byrne, M., McEvoy, J. W., Connolly, S., & McSharry, J. (2023). Exploring patient experiences of participating in digital cardiac rehabilitation: A qualitative study. *British journal of health psychology*. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12692>
- Koivunen, K., Lukkarinen, H., & Isola, A. (2005). Rehabilitation of patients suffering from coronary artery disease following coronary artery bypass surgery and guidance as part of the rehabilitation process. *Hoitotiede*, 15(2), 62-73. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106866004&site=ehost-live>
- Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie. (2024). *KNGF-richtlijnenmethodiek. Ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen. Versie 4*. <https://www.kennisplatformfysiotherapie.nl/app/uploads/sites/2/2024/10/KNGF-Richtlijnenmethodiek-2024.pdf>
- Kraal, J. J., Peek, N., Van den Akker-Van Marle, M. E., & Kemps, H. M. (2014). Effects of home-based training with telemonitoring guidance in low to moderate risk patients entering cardiac rehabilitation: short-term results of the FIT@Home study. *Eur J Prev Cardiol*, 21(2 Suppl), 26-31. <https://doi.org/10.1177/2047487314552606>
- Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope -: experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22(3), 367-375. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x>
- Lee, L. S., Banks, L., Oh, P. I., Brooks, D., & Colella, T. J. F. (2022). Capturing the perspectives of women with coronary artery disease regarding interval training or continuous exercise in cardiac rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 44(1), 68-78. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/09638288.2020.1756469>
- Lee, M., Wood, T., Chan, S., Marziali, E., Tang, T., Banner, D., & Lear, S. A. (2022). Cardiac rehabilitation program: An exploration of patient experiences and perspectives on program dropout. *Worldviews on evidence-based nursing*, 19(1), 56-63. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/wvn.12554>
- Lotto, R. R., Newson, L., Patel, T., McGinn, E., & Jones, I. D. (2022). Exploring the experiences of the cardiac rehabilitation journey among South Asian patients. *British Journal of Cardiac Nursing*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.12968/bjca.2021.0109>
- Lynggaard, V., Nielsen, C. V., Zwisler, A. D., Taylor, R. S., & May, O. (2017). The patient education - Learning and Coping Strategies - improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): A randomised controlled trial. *Int J Cardiol*, 236, 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.02.051>
- Maddocks, S., & Cobbing, S. (2017). Patients' Experiences of and Perspectives on Phase 1 Cardiac Rehabilitation after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 69(4), 333-340. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3138/ptc.2016-39GH>
- McAuliffe, H., Mc Sharry, J., Dunne, D., Byrne, M., & Meade, O. (2021). Identifying the active ingredients of cardiac rehabilitation: A behaviour change technique and qualitative analysis. *British journal of health psychology*, 26(4), 1194-1218. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12531>
- McGrady, A., Burkes, R., Badenhop, D., & McGinnis, R. (2014). Effects of a brief intervention on retention of patients in a cardiac rehabilitation program. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 39(3-4), 163-170. <https://doi.org/10.1007/s10484-014-9252-y>
- McIntosh, N., Charns, M., Fix, G. M., McDannold, S., Allsup, K., Forman, D. E., & Manning, K. (2017). A Qualitative Study of Participation in Cardiac Rehabilitation Programs in an Integrated Health Care System. *Military Medicine*, 182(9), e1757-e1763. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-17-00053>
- McSweeney, J. C., & Crane, P. B. (2001). An act of courage: women's decision-making processes regarding outpatient cardiac rehabilitation attendance. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 26(4), 132-140. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2001.tb01935.x>
- Mendell, J., Bates, J., Banner-Lukaris, D., Horvat, D., Kang, B., Singer, J., Ignaszewski, A., & Lear, S. A. (2019). What do patients talk about? A qualitative analysis of online chat sessions with health care specialists during a "virtual" cardiac rehabilitation program. *Telemedicine and e-Health*, 25(1), 71-78. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1089/tmj.2017.0206>
- Merritt, C. J., de Zoysa, N., & Hutton, J. M. (2017). A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction). *British journal of health psychology*, 22(3), 589-608. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12249>
- Mohammadi, E., Zarea, K., Alteren, J., & Sayadi, N. (2019). Care needs in the phase I of cardiac rehabilitation: A hybrid concept analysis. *NURSING AND MIDWIFERY STUDIES*, 8(1), 48-54. https://doi.org/10.4103/nms.nms_76_17

- Mooney, M., Fitzsimons, D., & Richardson, G. (2007). "No more couch-potato!" Patients' experiences of a pre-operative programme of cardiac rehabilitation for those awaiting coronary artery bypass surgery. *European journal of cardiovascular nursing*, 6(1), 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2006.05.002>
- Murray, J. C., O'Farrell, P., & Huston, P. (2000). The experiences of women with heart disease: what are their needs? *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 91(2), 98-102. <https://doi.org/10.1007/BF03404919>
- Nadarajah, S. R., Buchholz, S. W., Wieg, L., D., & Berger, A. (2017). The lived experience of individuals in cardiac rehabilitation who have a positive outlook on their cardiac recovery: A phenomenological inquiry. *European journal of cardiovascular nursing*, 16(3), 230-239. <https://doi.org/10.1177/1474515116651977>
- Nilsson, U., Oberg, B., & Back, M. (2023). Patients' Perceptions of Exercise-Based Cardiac Telerehabilitation after a Myocardial Infarction-A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(7). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3390/ijerph20075420>
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies* (Vol. 11). sage.
- O'Shea, O., Woods, C., McDermott, L., Buys, R., Cornelis, N., Claes, J., Cornelissen, V., Gallagher, A., Newton, H., Moyna, N., McCaffrey, N., Susta, D., McDermott, C., McCormack, C., Budts, W., & Moran, K. (2020). A qualitative exploration of cardiovascular disease patients' views and experiences with an eHealth cardiac rehabilitation intervention: The PATHway Project. *PLoS ONE*, 15(7), e0235274. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0235274>
- Oldridge, N. B., & Jones, N. L. (1983). Improving patient compliance in cardiac exercise rehabilitation: effects of written agreement and selfmonitoring. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 3, 257-262.
- Pack, Q. R., Johnson, L. L., Barr, L. M., Daniels, S. R., Wolter, A. D., Squires, R. W., Perez-Terzic, C. M., & Thomas, R. J. (2013). Improving cardiac rehabilitation attendance and completion through quality improvement activities and a motivational program. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 33(3), 153-159. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e31828db386>
- Paquet, M., Bolduc, N., Xhignesse, M., & Vanasse, A. (2005). Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. *Journal of advanced nursing*, 51(6), 567-576. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03544.x>
- Pedersen, M., Overgaard, D., Andersen, I., Baastrup, M., & Egerod, I. (2017). Experience of exclusion: A framework analysis of socioeconomic factors affecting cardiac rehabilitation participation among patients with acute coronary syndrome. *European journal of cardiovascular nursing*, 16(8), 715-723. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1474515117711590>
- Pedersen, M., Stoier, L., Egerod, I., & Overgaard, D. (2021). Mastery of everyday life and social support needs in older vulnerable women with myocardial infarction and their relatives: a qualitative study. *European journal of cardiovascular nursing*, 20(7), 641-647. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1093/eurjcn/zvab014>
- Pryor, T., Page, K., Patsamanis, H., & Jolly, K.-A. (2014). Investigating support needs for people living with heart disease. *Journal of clinical nursing*, 23(1), 166-172. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jocn.12165>
- Resurrección, D. M., Moreno-Peral, P., Gómez-Herranz, M., Rubio-Valera, M., Pastor, L., Caldas de Almeida, J. M., & Motrico, E. (2019). Factors associated with non-participation in and dropout from cardiac rehabilitation programmes: a systematic review of prospective cohort studies. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 18(1), 38-47. <https://doi.org/10.1177/1474515118783157>
- Resurreccion, D. M., Motrico, E., Rigabert, A., Rubio-Valera, M., Conejo-Ceron, S., Pastor, L., & Moreno-Peral, P. (2017). Barriers for nonparticipation and dropout of women in cardiac rehabilitation programs: a systematic review. *Journal of women's health*, 26(8), 849-859.
- Resurreccion, D. M., Motrico, E., Rubio-Valera, M., Mora-Pardo, J. A., & Moreno-Peral, P. (2018). Reasons for dropout from cardiac rehabilitation programs in women: A qualitative study. *PLoS ONE*, 13(7), e0200636. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0200636>
- Rolfe, D. E., Sutton, E. J., ry, M., Sternberg, L., & Price, J. A. D. (2010). Women's Experiences Accessing a Women-Centered Cardiac Rehabilitation Program A Qualitative Study. *JOURNAL OF CARDIOVASCULAR NURSING*, 25(4), 332-341. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c83f6b>
- Santiago de Araújo Pio, C., Chaves, G. S., Davies, P., Taylor, R. S., & Grace, S. L. (2019). Interventions to promote patient utilisation of cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2), Cd007131. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007131.pub4>
- Sawilowsky, S. (2009). New Effect Size Rules of Thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 8(2).

- Schünemann, H. J., Wiercioch, W., Brozek, J., Etzeandía-Ikobaltzeta, I., Mustafa, R. A., Manja, V., Brignardello-Petersen, R., Neumann, I., Falavigna, M., Alhazzani, W., Santesso, N., Zhang, Y., Meerpohl, J. J., Morgan, R. L., Rochwerf, B., Darzi, A., Rojas, M. X., Carrasco-Labra, A., Akl, E. A., & Akl, E. A. (2017). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol*, 81, 101-110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.09.009>
- Seto Nielsen, L., Angus, J. E., Lapum, J., Dale, C., Kramer-Kile, M., Abramson, B., Marzolini, S., Oh, P., Price, J., & Clark, A. (2012). "I can't just follow any particular textbook": immigrants in cardiac rehabilitation. *Journal of advanced nursing*, 68(12), 2719-2729. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05975.x>
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *Bmj*, 358, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Simony, C. P., Dreyer, P., Pedersen, B. D., & Birkelund, R. (2015). Empowered to gain a new foothold in life -- A study of the meaning of participating in cardiac rehabilitation to patients afflicted by a minor heart attack. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 10, 28717. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28717>
- Simony, C. P., Dreyer, P., Pedersen, B. D., & Birkelund, R. (2017). It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(2), 232-240. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/scs.12334>
- Simony, C. P., Pedersen, B. D., Dreyer, P., & Birkelund, R. (2015). Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences. *Journal of clinical nursing*, 24(17), 2581-2590. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jocn.12867>
- Sloots, M., Bartels, E. A. C., Angenot, E. L. D., Geertzen, J. H. B., & Dekker, J. (2012). Adapted cardiac rehabilitation programme to improve uptake in patients of Moroccan and Turkish origin in the Netherlands: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 21(19), 2823-2831. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03786.x>
- Smith, R., Frazer, K., Hall, P., Hyde, A., & O'Connor, L. (2017). 'Betwixt and between health and illness' - women's narratives following acute coronary syndrome. *Journal of clinical nursing*, 26(21), 3457-3470. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13711>
- Stromback, U., Walivaara, B.-M., Vikman, I., Lundblad, D., & Engstrom, A. (2020). To be seen as a unique person after suffering a second myocardial infarction: Expressed needs of patients and descriptions of personnel. *Intensive & critical care nursing*, 57, 102797. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102797>
- Sunamura, M., Ter Hoeve, N., Geleijnse, M. L., Steenaard, R. V., van den Berg-Emons, H. J. G., Boersma, H., & van Domburg, R. T. (2017). Cardiac rehabilitation in patients who underwent primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction: determinants of programme participation and completion. *Neth Heart J*, 25(11), 618-628. <https://doi.org/10.1007/s12471-017-1039-3>
- Sutantri, S., Cuthill, F., & Holloway, A. (2019). 'A bridge to normal': a qualitative study of Indonesian women's attendance in a phase two cardiac rehabilitation programme. *European journal of cardiovascular nursing*, 18(8), 744-752. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1474515119864208>
- Sutantri, S., Cuthill, F., & Holloway, A. (2020). "I just can't sit around and do nothing!": A qualitative study of Indonesian women's experiences diagnosed with heart disease. *Nursing & health sciences*, 22(4), 1047-1055. <https://doi.org/10.1111/nhs.12764>
- Sutton, E. J., Rolfe, D. E., Ry, M., Sternberg, L., & Price, J. A. D. (2012). Cardiac rehabilitation and the therapeutic environment: the importance of physical, social, and symbolic safety for programme participation among women. *Journal of advanced nursing*, 68(8), 1834-1846. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06041.x>
- Svedlund, M., & Danielson, E. (2004). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of clinical nursing*, 13(4), 438-446. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00915.x>
- Thompson, G., Wilson, I. M., Davison, G. W., Crawford, J., & Hughes, C. M. (2022). "Why would you not listen? It is like being given the winning lottery numbers and deciding not to take them": semi-structured interviews with post-acute myocardial infarction patients and their significant others exploring factors

- that influence participation in cardiac rehabilitation and long-term exercise training. *Disability and rehabilitation*, 44(17), 4750-4760. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/09638288.2021.1919213>
- Tolmie, E. P., Lindsay, G. M., & Belcher, P. R. (2006). Coronary artery bypass graft operation: Patients' experience of health and well-being over time. *European journal of cardiovascular nursing*, 5(3), 228-236. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2006.01.007>
- Tulloch, H., Bouchard, K., Clyde, M. J., Madrazo, L., Demidenko, N., Johnson, S., & Greenman, P. (2020). Learning a new way of living together: a qualitative study exploring the relationship changes and intervention needs of patients with cardiovascular disease and their partners. *BMJ OPEN*, 10(5), e032948. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032948>
- Tully, N. E., Morgan, K. M., Burke, H. M., & McGee, H. M. (2010). Patient experiences of structured heart failure programmes. *Rehabilitation research and practice*, 2010, 157939. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1155/2010/157939>
- van Engen-Verheul, M., de Vries, H., Kemps, H., Kraaijenhagen, R., de Keizer, N., & Peek, N. (2013). Cardiac rehabilitation uptake and its determinants in the Netherlands. *Eur J Prev Cardiol*, 20(2), 349-356. <https://doi.org/10.1177/2047487312439497>
- Varnfield, M., Karunanithi, M., Lee, C. K., Honeyman, E., Arnold, D., Ding, H., Smith, C., & Walters, D. L. (2014). Smartphone-based home care model improved use of cardiac rehabilitation in postmyocardial infarction patients: results from a randomised controlled trial. *Heart*, 100(22), 1770-1779. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2014-305783>
- Velvin, G., Johansen, H., Vardeberg, K., Sjögren Fugl-Meyer, K., Wilhelmsen, J.-E., & Lidal, I. (2021). Physical exercise for people with hereditary thoracic aortic disease. A study of patient perspectives. *Disability & Rehabilitation*, 43(17), 2464-2471. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1703145>
- Visram, S., Crosi, A., Unsworth, J., & Long, S. (2007). Engaging women from South Asian communities in cardiac rehabilitation. *British journal of community nursing*, 12(1), 13-18. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2007.12.1.22686>
- Vonk, T., Maessen, M. F., Hopman, M. T., Snoek, J. A., Aengevaeren, V. L., Franklin, B. A., Eijsvogels, T. M., & Bakker, E. A. (2022). Temporal trends in cardiac rehabilitation participation and its core components: a nationwide cohort study from the Netherlands. *JOURNAL OF CARDIOPULMONARY REHABILITATION AND PREVENTION*, 10.1097.
- Vonk, T., Nuijten, M. A. H., Maessen, M. F. H., Meindersma, E. P., Koornstra-Wortel, H. J. J., Waskowsky, M. M., Snoek, J. A., Eijsvogels, T. M. H., & Hopman, M. T. E. (2021). Identifying Reasons for Nonattendance and Noncompletion of Cardiac Rehabilitation: INSIGHTS FROM GERMANY AND THE NETHERLANDS. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 41(3), 153-158. <https://doi.org/10.1097/hcr.0000000000000580>
- Walthall, H., Roberts, C., Butcher, D., & Schutz, S. (2020). Patients' experiences of attending an adapted cardiac rehabilitation programme for heart failure in a day hospice. *International journal of palliative nursing*, 26(6), 292-300. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.6.292>
- Webster, R. A., Thompson, D. R., & Mayou, R. A. (2002). The experiences and needs of Gujarati Hindu patients and partners in the first month after a myocardial infarction. *European journal of cardiovascular nursing*, 1(1), 69-76. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(01\)00005-6](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(01)00005-6)
- Wieslander, I., Martensson, J., Fridlund, B., & Svedberg, P. (2016). Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11, 30633. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30633>
- Wingham, J., Dalal, H. M., Sweeney, K. G., & Evans, P. H. (2006). Listening to patients: choice in cardiac rehabilitation. *European journal of cardiovascular nursing*, 5(4), 289-294. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2006.02.002>
- Wong, E. M. L., Zhong, X. B., Sit, J. W. H., Chair, S. Y., Leung, D. Y. P., Leung, C., & Leung, K. C. (2016). Attitude toward the out-patient cardiac rehabilitation program and facilitators for maintenance of exercise behavior. *Psychology, health & medicine*, 21(6), 724-734. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1080/13548506.2015.1115107>
- Yang, Z., Sun, L. F., Sun, Y. H., Dong, Y., & Wang, A. P. (2023). A Conceptual Model of Home-Based Cardiac Rehabilitation Exercise Adherence in Patients with Chronic Heart Failure: A Constructivist Grounded Theory Study. *PATIENT PREFERENCE AND ADHERENCE*, 17, 851-860. <https://doi.org/10.2147/PPA.S404287>
- Yang, Z., Zheng, X. T., Hu, N., Zhang, F. P., & Wang, A. P. (2023). "Challenges to Normalcy"- Perceived Barriers to Adherence to Home-Based Cardiac Rehabilitation Exercise in Patients with Chronic Heart Failure. *PATIENT PREFERENCE AND ADHERENCE*, 17, 3515-3524. <https://doi.org/10.2147/PPA.S440984>

1055 Yates, B. C., Hernandez, M. L. V., Rowland, S. A., Bainter, D. E., Schulz, P., & Hanson, C. K. (2018). A Qualitative
1056 Study of Experiences of Participants in Cardiac Rehabilitation. *JOURNAL OF CARDIOPULMONARY*
1057 *REHABILITATION AND PREVENTION*, 38(4), E6-E9. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000317>
1058
1059

Tabblad 3: Overige informatie

Initiatiefnemers

Het initiatief voor de ontwikkeling van deze richtlijn lag bij het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), in samenwerking met het Radboudumc.

Betrokkenheid van belanghebbenden (auteurs)

Voor het ontwikkelen van de richtlijnmodule is in 2025] een projectgroep samengesteld, bestaande uit een kerngroep en een multidisciplinaire werkgroep. De kerngroep bestaat uit een richtlijnadviseur vanuit het KNGF en inhoudsdeskundig wetenschappers vanuit het Radboudumc. De werkgroep en klankbordgroep van de richtlijn 'Hartrevalidatie bij coronairlijden en chronisch hartfalen' bestaan uit een afvaardiging van inhoudsdeskundig wetenschappers, vertegenwoordiging vanuit het werkveld fysio- en oefentherapie, (para)medici, vertegenwoordiging van patiënten en zorgverzekeraars. De rollen en taken van de belanghebbenden van de richtlijn worden beschreven in de KNGF-richtlijnenmethodiek (Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie, 2024).

Kerngroep

Kerngroep	
D. Conijn, MSc	Senior beleidsmedewerker, richtlijnadviseur KNGF, Amersfoort
Dr. N. Koenders	Inhoudsdeskundig wetenschapper Radboudumc, Nijmegen
Dr. R. van Oorsouw	Inhoudsdeskundig wetenschapper Radboudumc, Nijmegen
Dr. T.M.H. Eijsvogels	Inhoudsdeskundig wetenschapper Radboudumc, Nijmegen
KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; Radboudumc = Radboud Universitair Medisch Centrum.	

Werkgroep

Werkgroep	
Prof. dr. P.J. van der Wees	Onafhankelijk voorzitter Radboudumc, Nijmegen
Dr. R.J. Achttien	Inhoudsdeskundig wetenschapper, Groningen
Drs. M.W.A. Jongert	Inhoudsdeskundig wetenschapper, Amersfoort
G. van Baggem	Fysiotherapeut (eerste lijn), afgevaardigde KNGF, Nijmegen
Dr. P. Keessen	Oefentherapeut, afgevaardigde VvOCM, Amsterdam
Drs. S.J.M. Verhagen	Fysiotherapeut, afgevaardigde VHVL, Nieuwegein
E.B. Avezaat	Ziekenhuisfysiotherapeut, afgevaardigde NVZF, Amsterdam
Dr. J.A. Snoek	Sportarts, afgevaardigde VSG, Zwolle
KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; NVZF = Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisfysiotherapie; VHVL = Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie; VSG = Vereniging voor Sportgeneeskunde; VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.	

Commentaarfase

Partijen en personen die bij de commentaarfase betrokken waren, zijn:

Later in te vullen

[illegible]

1087

1088 Belangen

1089 Voorafgaand aan en bij afsluiting van het project hebben alle leden van de projectgroep een belangenverklaring

1090 ingevuld. De belangenverklaringen zijn beoordeeld door de richtlijnadviseurs en indien nodig (bij een 'conflict of

1091 interest') werden gedurende het richtlijnproject maatregelen getroffen (bijvoorbeeld het niet participeren in het

1092 proces 'van bewijs naar aanbeveling' in de werk- of klankbordgroep) om (schijn van) oneigenlijke beïnvloeding

1093 door belangenverstrengeling zo veel mogelijk te voorkomen, volgens de 'KNGF-richtlijnenmethodiek 2024'

1094 (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie 2024).

1095 De belangen zijn weergegeven in onderstaand overzicht. De originele verklaringen zijn op te vragen bij het KNGF.

Naam	Hoofdfuncties	Nevenwerkzaamheden	Persoonlijke relaties	Reputatiemanagement	Extern gefinancierd onderzoek	Kennisvalorisatie	Overige belangen	Restricties
Daniëlle Conijn	Senior beleidsmedewerker, richtlijnadviseur KNGF (0.9 FTE)	Assistent trainer Volleybalvereniging Limes (onbetaald)	geen	geen	geen	In het verleden onderzoek gedaan naar voltooien en volhouden van hartrevalidatie. Momenteel ben ik betrokken bij het systematisch onderzoek vanuit het onderzoek TailoRED waar deze module op gebaseerd is.	geen	Deelname aan commissie onder de voorwaarde dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de TailoRED-studie in het voordeel kan zijn van belanghebbende
Thijs Eijsvogels	Associate professor of exercise physiology bij het Radboudumc.	n.v.t	n.v.t.	n.v.t.	Lopende onderzoeken worden gefinancierd door Hartstichting, Hersenstichting, VWS, NWO en ZonMw.	n.v.t	N.v.t	Deelname aan commissie onder de voorwaarde dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de

								TailoRED-studie in het voordeel kan zijn van belanghebbende
Niek Koenders	Academisch Paramedisch Behandelaar - Fysiotherapeut bij het Radboudumc te Nijmegen	Gastdocent bij Universiteit Utrecht, betaald	Ik heb geen persoonlijk financieel belang	Er zijn bij mij geen persoonlijke relaties bekend die baat kunnen hebben bij een bepaalde uitkomst	Mijn Postdoc onderzoek wordt gefinancierd door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (WCF Postdoc call 2023).	Mijn Postdoc onderzoek richt zich op gepersonaliseerde paramedische zorg door kwalitatief onderzoek. Ik heb een intellectueel belang om een manier te vinden waarmee bevindingen uit kwalitatief onderzoek verwerkt kunnen worden in richtlijnen(methodiek).	nee	Deelname aan commissie onder de voorwaarde dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de TailoRED-studie in het voordeel kan zijn van belanghebbende
Roel van Oorsouw	Fysiotherapeut onderzoeker Radboudumc 36 uur per week	Lid KNGF ethiekcommissie, onbetaald	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Docent cursus kwalitatief onderzoek, wellicht komt er met deze richtlijn meer interesse voor dit soort onderzoek.	n.v.t.	Deelname aan commissie onder de voorwaarde dat betrokkene zich uit beraadslaging

								terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de TailoRED-studie in het voordeel kan zijn van belanghebbende
Philip van Wees	Hoogleraar Paramedische Wetenschappen IQ Health en afdeling Revalidatie Radboudumc Nijmegen	Adjunct professor of Clinical Research and Leadership (betaald) PhD program in Translational Health Sciences School of Medicine and Health Sciences The George Washington University Washington, DC, USA Voorzitter stuurgroep Richtlijnen Netwerk Nederland (onbetaald) Associate Editor Clinical Practice Guidelines van Physical Therapy Journal (onbetaald)		Het TailoRED project vindt plaats in het Radboudumc door mijn directe collega via een persoonlijke subsidie van het Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF)	Het TailoRED project wordt gefinancierd door het Wetenschappelijk College Fysiotherapie door middel van een persoonlijke beurs (WCF postdoc beurs) van mijn collega in het Radboudumc.	Onderzoek in het TailoRED project vindt plaats in het Radboudumc door mijn directe collega en ik ben betrokken bij het project.	nvt	Deelname aan commissie onder de voorwaarde dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming waarbij het intellectueel belang van de TailoRED-studie in het voordeel kan zijn van belanghebbende

Retze Achttien	Vennoot beweegcentrum noord, praktiserende manueel fysiotherapeut	Lid accreditatie commissie KNGF Medische redacteur betaald	geen	geen	geen	geen	geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Tinus Jongert	Zelfstandig ondernemer Jongert Expercise op ZZP basis (auteur, inspanningsfysioloog, adviseur, job coach)	auteur boeken, referaten, job coach begeleiding ondernemers en werknemers, adviseur bv voor stichting leerplan ontwikkeling, vrijwilligerswerk (sportvereniging, bestuur VvBN, bestuur stichting)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t	n.v.t	n.v.t	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie
Lex de Broens	18 u Hart vaat long fysiotherapeut bij de Fysioo, 16 u docent fysiotherapie HAN, oproep docent cursus PAV voor CZN, oproep docent stoppen met roken CZN, 3u fysio 2e lijns hartrevalidatie Cardiovitaaal.	Crisisfunctionaris CHOR gelderland-zuid	geen	geen	geen	geen	geen	Deelname aan commissie onder de voorwaarde dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming over scholing en netwerkvorming
Paul Keessen	Senior Onderzoeker Hogeschool van Amsterdam 0.4 FTE Docent/onderzoeker	Docent NPI cursus Hartrevalidatie (betaald) Leraar Aikido bij Takemusu Aikido Haarlem (onbetaald)	geen	geen	geen	Promotie-onderzoek gedaan naar bewegingsangst (kinesiofobie) bij patiënten met hart- en vaatziekten.	geen	Geen belemmeringen voor deelname aan commissie

	Hogeschool van Amsterdam 0.4 FTE					Momenteel bezig met de postdoc onderzoek naar de inzet van blended care binnen de revalidatie.		
Sandra Verhagen	Fysiotherapeut St Antonius Ziekenhuis Nieuwegein (24 uur per week)	Bestuurslid VHVL (betaald) Docent NPi cursus hartrevalidatie/hartfalen (betaald) Thema expert NPi domein hart/vaten (betaald)	geen	geen	Ik ben lokale hoofdonderzoeker van Onderzoek Datagedreven Hartrevalidatie (DART), geïnitieerd vanuit het UMCU en gefinancierd met onderzoeksgelden. Maar geen idee of hier belangen bij kunnen spelen.	geen	geen	Deelname aan commissie onder de voorwaarde dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming over scholing.
Ellis Avezaat	Fysiotherapeut OLVG vast dienstverband(26 uur) Freelance Zzp onderwijs	Betaald: docent opleidingen NPi cursusleider Npi	nee	nee	nee	nee	nee	Deelname aan commissie onder de voorwaarde dat betrokkene zich uit beraadslaging terugtrekt bij behandeling en besluitvorming over scholing.
Aernout Snoek	Sportarts Isala Zwolle, Voorzitter Vereniging voor Sportgeneeskunde,	Voorzitterschap is een betaalde functie voor 6 uur per week. Als sportarts werk	Vast dienstverband bij Isala Zwolle	Nee	Alhoewel ik onderdeel ben van een samenwerkingsverband	Geen baat bij een bepaalde uitkomst van de richtlijn	nee	Geen belemmeringen

1096

	Voorzitter van de Federatie van Sport Medische Instellingen	ik 2 dagen per week in de hartrevalidatie. Daarnaast nog 1 dag werkzaamheden op de polikliniek van de sportgeneeskunde en de begeleiding van een professioneel schaatsteam. Gemiddeld 1x per jaar geef ik voor de NPI een cursus over hartrevalidatie. Dat komt neer op 5 uur per jaar.	in de hartrevalidatie. Daar zal geen financieel voordeel zijn dat voorkomt uit deze richtlijn.		dat onderzoek gaat doen naar hartrevalidatie dat gefinancierd wordt door de hartstichting zal deze financier geen belang hebben bij een bepaalde uitkomst van de richtlijn.			voor deelname aan commissie
--	---	---	--	--	---	--	--	-----------------------------

1097 **Autoriserende partijen**
1098 De volgende partijen hebben deze module geautoriseerd of geaccordeerd:
1099 [een lijst opnemen van de autoriserende partijen en de partijen die een verklaring van geen bezwaar hebben
1100 gegeven]. Later in te vullen.
1101
1102 **Geldigheid en onderhoudsprocedure**
1103 Publicatiedatum: Later in te vullen.
1104 Laatst beoordeeld: Later in te vullen.
1105 Laatst geautoriseerd: Later in te vullen.
1106
1107 De eerstvolgende beoordeling op actualiteit vindt plaats op Later in te vullen.
1108 Zie de KNGF-richtlijnenmethodiek voor informatie over het beleid betreft richtlijnenonderhoud. Later in te
1109 vullen.
1110
1111 **Financiering**
1112 De ontwikkeling van deze module is gefinancierd door Later in te vullen.
1113 [Bijvoorbeeld: In het kader van het Systeemadvies is de ontwikkeling van deze richtlijn mede gefinancierd door
1114 het ministerie van VWS. De richtlijn is ook gefinancierd door het KNGF en de VvOCM.]
1115
1116 **Toepassing van de KNGF-richtlijnen methodiek**
1117 De ontwikkeling van deze module heeft plaatsgevonden volgens de 'KNGF Richtlijnenmethodiek 2022'. Deze
1118 methodiek is gebaseerd op het AGREE II-instrument en de AQUA-leidraad (Brouwers 2010; Zorginstituut
1119 Nederland 2021). Binnen de KNGF-richtlijnenmethodiek wordt gebruikgemaakt van GRADE voor de beoordeling
1120 van de bewijskracht en voor het proces van 'evidence to decision' (Alonso-Coello 2016a,b; Andrews 2013; Atkins
1121 2004).