

Shared Decision Making during the first physiotherapeutic consult: evaluating the construct validity of the Rochester Participatory Scale

Masterthesis

Physiotherapy Science

Program in Clinical Health Sciences

Utrecht University

Name student:	I. M. (Isabel) Zuurbier
Student number:	6753639
Date:	23th may 2023
Internship supervisor(s):	Drs. S. Hacquebord & Dr. T. J. Hoogeboom
Internship institute:	Department of Rehabilitation, Radboud Institute for Health Sciences, Radboud University Medical Center and IQ Healthcare, Nijmegen, The Netherlands
Lecturer/supervisor Utrecht University:	Dr. M. F. Pisters

"ONDERGETEKENDE

Isabel Margo Zuurbier,

bevestigt hierbij dat de onderhavige verhandeling mag worden geraadpleegd en vrij mag worden gefotokopieerd. Bij het citeren moet steeds de titel en de auteur van de verhandeling worden vermeld."

Examiner

Dr. M.F. Pisters

Assessors:

Dr. T. J. Hoogeboom

Dr. M. A. Timmer

Masterthesis, Physical Therapy Sciences, Program in Clinical Health Sciences, Utrecht University, Utrecht, 2023

ABSTRACT

Background

The Observing Patient Involvement (OPTION), the predominant tool to measure Shared Decision Making (SDM), may not capture all aspects of SDM in physiotherapy. An alternative measuring instrument is the Rochester Participatory Decision Making Scale (RPAD). However, this tool has never been used or validated in physiotherapy.

Aim

To evaluate the relationship between the RPAD and OPTION-5 constructs when measuring the level of SDM during the first physiotherapeutic consult of people with shoulder problems, by means of hypotheses testing.

Methods

In this cross-sectional study, Dutch physiotherapists recorded the first consult with their patient. These audio recordings were scored with the RPAD and OPTION-5 and seven hypotheses were tested. These hypotheses addressed total scores, individual item scores, and the relationship between total score and level of education of the physiotherapist and length of consult. A value of 71% correct hypotheses was predetermined to indicate adequate validity.

Results

Out of the seven hypotheses tested, four did not meet the predetermined criteria. The correlation between the RPAD and OPTION-5 was $r_s = 0.72$ (95% CI 0.56-0.83), aligning with the expected value of >0.60 . Multiple hypotheses concerning the item scores did not meet the hypothesized value of $r_s = >0.50$, with coefficients of $r_s = 0.45$ (95% CI 0.20- 0.65), $r_s = 0.39$ (95% CI 0.13- 0.60), and $r_s = 0.41$ (95% CI 0.15- 0.61). The item score that was hypothesized to be unrelated ($r_s = <0.30$) to another item score, was supported with a coefficient of $r_s = 0.15$ (95% CI -0.12-0.41). The level of education of the physiotherapist affected the SDM score of the RPAD ($p = <0.03$) and OPTION-5 ($p = <0.003$). The length of consult only seemed relevant to the OPTION-5, with $r_s = 0.45$ (95% CI 0.20-0.65), as opposed to the RPAD with $r_s = 0.22$ (95% CI -0.07-0.47).

Conclusion and key findings

Whilst the cutoff value of 71% correct hypotheses was not met, the strong correlation between the RPAD and OPTION-5 suggests its suitability for assessing SDM in physiotherapy. Refinements are necessary to improve applicability in physiotherapy practise.

Keywords: Shared Decision Making, Physiotherapy, RPAD, OPTION, Construct validity

INTRODUCTION

Shared decision making (SDM) is a crucial aspect of patient-centred care, which aims to put patients at the centre of the decision-making process regarding their own health (1,2). It involves a collaborative approach between healthcare professionals and patients, where both parties share the best available evidence to make informed decisions (3). Recent research has shown that when patients perceive SDM as occurring, affective-cognitive outcomes including trust, understanding, and satisfaction are improved (4). Such outcomes contribute to improved treatment adherence and motivation. This results in improved health outcomes for patients, better use of resources, decreased costs, and increased patient and healthcare professional satisfaction with care (5–8).

Physiotherapists acknowledge the benefits of SDM and see the importance of SDM for all sorts of patient groups (9,10). They also declare that they already incorporate SDM during treatment in general (10). However, there seems to be a mismatch between the perceived level of SDM by physiotherapists and the perceived level of SDM by patients (10). Because of this a need for an observer measure exists. The Observing Patient Involvement (OPTION) is the predominant choice among researchers to measure SDM, surpassing all other tools (11). Grounded in the Three Talk Model by Elwyn *et al* (2012), the OPTION was originally developed for general practitioners but was also considered applicable for all other disciplines (3). However, the SDM model as proposed by the Three Talk Model does not always fit the specific health care contexts of these disciplines and that is why the model is often tailored to better fit (12). In the field of physiotherapy this attempt was made by Moore *et al* (2018) who found that SDM in physiotherapy comprises more than is described in the Three Talk Model (13). Due to the brevity of the OPTION tool, it might neglect aspects of SDM that are particularly relevant to physiotherapy practise. However, there currently is no SDM observer tool that has undergone comparable levels of validation and utilisation as the OPTION tool.

The Rochester Participatory Decision making scale (RPAD) describes other aspects of SDM that are particularly relevant for the physiotherapy practice (11). For example, improving patient-therapist communication, empowering patients to participate in decision making, and explaining risks and options in ways patients can understand (13). This measuring tool was

developed by Shields *et al* (2005) and assesses behaviour that encourages patient participation in decision making (14). Despite the fact that the items of the RPAD resemble the SDM-model described by Moore *et al*, the RPAD has never been used in the field of physiotherapy. When measured in a population of clinicians the RPAD appears to be a reliable, valid, and easy-to-code objective measure (14). Potentially, the RPAD could also serve as a valid measure for the physiotherapy practice, shedding new light on how physiotherapists utilise SDM.

Therefore, the aim of the current study is to assess the construct validity of the RPAD in comparison with the OPTION tool, with a focus on shoulder problems. We believe the field of shoulder problems serve as a good case, because of the high prevalence of shoulder problems (15), the long duration of the rehabilitation trajectory (15,16), and the fact that there is substantial debate regarding the best treatment options (17).

RESEARCH QUESTION

What is the relationship between the RPAD and OPTION-5 constructs when measuring the level of SDM during the first physiotherapeutic consult of people with shoulder problems, as determined through hypotheses testing?

METHODS

Design and setting

This study employed a cross-sectional design. Audio recordings of first consults of physiotherapists in primary care and their patients with shoulder problems were analysed. The data collection took place from June 2020 to February 2023. This study was conducted in accordance with the code of ethics of the declaration of Helsinki. The Medical Ethical Commission (METC) had found this study not to be subject to the 'Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen' (WMO). This study was reported according to the STROBE guidelines.

Participants and recruitment

All physiotherapists, working in a primary care practice in the Netherlands, were eligible for inclusion. Physiotherapists were recruited through a multi-step process. Firstly, members of the Institute for Human Movement Studies at the University of Applied Sciences, Utrecht, and the members of the Dutch shoulder network were asked to participate. Secondly, participants of other research projects of the research group of the Radboudumc, Nijmegen were asked to participate. Finally, personal letters were sent to individual physiotherapists by mail. Physiotherapy practices were identified through the internet.

We asked participating physiotherapists to review patients for eligibility when appointments for new or recurring shoulder problems were planned and to inform them about the aim of the study. Adult patients (age ≥ 18 years) who could communicate in Dutch and had pain or disfunction in the region of the neck to the upper arm or over the scapula were eligible for inclusion. Patients with serious pathologies around the neck/shoulder region (like lung top tumors) were excluded, as the physiotherapist would refer the patient to their general practitioner. Also, patients who underwent surgery and had been given a predetermined set of exercises were excluded as shared decision making would hardly be necessary.

All participants (physiotherapists and patients) signed an informed consent and filled in a characteristics form. The first consult was recorded using a dictaphone app on the physiotherapist' smartphone. The recording and documents were uploaded through a guarded link afterwards. Participants knew that the communication would be evaluated but were unaware of the specific aspects reviewed.

Outcome measures

Characteristics of the patient and physiotherapist

In order to understand the socio-demographics of the study participants, we collected information about both the physiotherapist and the patient. They completed a standard characteristics form, providing the following details:

- Age patient and physiotherapist
- Gender patient and physiotherapist
- Level of education patient and physiotherapist

- Years of clinical expertise of the physiotherapist
- Duration of shoulder problems so far

Measuring SDM

To measure SDM the RPAD and OPTION-5 were used (see appendix one and two). The RPAD captures the construct of “participatory decision making” and is originally based on the Elements of Informed Decision making scale, developed by Braddock *et al* (14). The RPAD has nine items which can all be scored with 0, ½ or 1 point. An exception to this rule is item six, which does not have the option to give a score of zero but instead awards – ½ point. The psychometric properties have been evaluated among primary care physicians who treated patients with different sort of symptoms. The interrater reliability was calculated with an Intraclass correlation coefficient (ICC) and has been estimated to be 0.72 (14). The criterion validity of the RPAD has been tested by examining the correlation to the Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) which resulted in $r = 0.32 - 0.36$ ($p < 0.005$) (14). Meaning that the perceived support from the clinician was partially related to the score on the RPAD.

The OPTION-5 captures the construct “shared decision making” and is originally based on the Three Talk Model by Elwyn *et al* (3). The five-itemed OPTION is a revision of the original twelve-itemed OPTION (18). This revision was to improve the construct validity, improve rater reliability and decrease completion time (18). The OPTION-5 produces a total score between 0 and 20 but can be recalculated to provide a score between 0 and 100, making comparison with the OPTION-12 possible. The Dutch version of the OPTION-5 has been researched for its psychometric properties in The Netherlands with various health care providers (18). The patients in the study suffered from different medical conditions, such as breast cancer, colorectal cancer, and vascular surgical conditions for which they saw specialised nurses, surgeons and doctors. The interrater reliability was estimated by means of an unweighted Kappa which resulted in a range of $k = 0.63 - 0.72$ (18). To validate the OPTION-5 a comparison was made with the Dutch OPTION-12 by means of a Pearson product-moment correlation coefficient, which resulted in $r = 0.71$ (18). The authors concluded that the constructs of the measuring tools were highly related but the OPTION-5 differentiated more between scores due to the fewer number of items.

Data collection

Each physical therapist was asked to record 3 to 5 first consults. The entirety of the first consult was recorded and analysed. Meaning, that the physiotherapists recorded the consult from initial contact until the patient left.

Before the scoring of the audio recordings the research group concluded a phase of calibration for each measuring instrument. Three researchers concerned themselves with the calibration and scoring of the RPAD (AK, IZ, SH) and the OPTION-5 (FD, IZ, SH).

Calibration phase of the RPAD

To optimise the reliability of the RPAD scores the scoring manual was extended. This process involved multiple steps. Firstly, contact was sought with the author who composed the RPAD to receive the full scoring manual. Secondly, the scoring manual was adapted to fit the Dutch physiotherapeutic context (see appendix 3). During this phase a rubrics was made with descriptions of situations that would fit a certain score on the RPAD. Finally, the individual scores of all three researchers (AK, IZ, SH) on the RPAD were evaluated. When disagreement arose concerning a certain item score the researchers discussed if further adaptations should be made to the scoring manual. This iterative process was repeated until an interrater agreement on the total scores of more than 0.75 was achieved by means of an ICC two way mixed. A value of higher than 0.75 is a generally accepted indicator for "good" interrater agreement (19). The calibration phase was concluded within four sessions in which ten audio-recordings were reviewed. The ICC for the last calibration round was 0.79 (95% CI 0.06–0.98).

Calibration phase of the OPTION-5

The calibration of the OPTION-5 consisted of three separate steps. In step one a specific rubric was developed for the general OPTION-5 coding scheme (see appendix 4). In this rubric the items and the scoring were adapted to better reflect the SDM process in primary care physiotherapy. Step two consisted of formulating an exemplary case of a first physical therapeutic consultation with people with shoulder problems. This exemplary case consisted of possible scenarios and exemplary quotes for the physiotherapist. Step three consisted of the comparison of the individual scores of the audio recordings on the OPTION-5. This third step had four rounds in which a total of 12 recordings were scored by all three researchers

(FD, IZ, SH). After each round an ICC was calculated and the three researchers held an calibration meeting to discuss the scores of each audio recording and the calculated ICC's. An ICC two way mixed with a value of greater than 0.6 for the total scores was considered substantial to conclude the calibration phase, which is in accordance with the original OPTION-5 manual (20). The ICC for the last calibration round was 0.92 (95% CI 0.71–0.99).

Scoring phase RPAD and OPTION-5

The RPAD was reviewed by a single independent researcher. In case a researcher doubted their score a second researcher was asked to also rate the audio recording. The OPTION-5 was reviewed by two independent researchers as is described in the original scoring manual (20). After scoring independently the two researchers discussed their score until consensus was reached. In case the researchers did not come to consensus a third researcher was asked to also rate the audio recording. The ICC was assessed during each meeting were two independent researchers would discuss their OPTION-5 scores. The ICC did not drop below the recommended value of 0.6, which is seen as an acceptable threshold to continue scoring (21).

For both the RPAD and the OPTION-5 the researchers would provide an explanation for their scores in the scoring forms. To minimize observer bias, a significant amount of time (at least three days) was planned between evaluations if the same researcher scored an audio-recording with both the RPAD and the OPTION-5.

Sample size calculation

The estimation of the sample size was based on scientific literature and previous research. A minimum of 50 participants is generally recommended for validation studies (22). This is also supported by the COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) (23). In previous research similar amounts of participants (60) were found to be adequate to evaluate the construct validity by means of hypothesis testing (18). Considering these sources a sample size of 55 audio-recordings was predetermined.

Data analysis

The scores of the RPAD and the OPTION-5 were displayed as descriptive data. The scores were checked for normality by means of a Q-Q plot, histogram, kurtosis and skewness and descriptive data.

Hypotheses testing

Hypotheses were made a priori of scoring to assess the construct validity of the RPAD. The hypotheses derived from the literature which were reviewed by the research team.

The RPAD and OPTION-5 constructs are related but not identical. While the RPAD focuses on supporting patient autonomy, the OPTION-5 emphasizes the act of SDM itself. However, the SDM model as proposed by Moore *et al* voices the need to view acts such as supporting patient autonomy as an integral part of SDM together with the actual act of SDM (13). COSMIN has formed a generic hypothesis to test the construct validity of measures that share the same construct. This generic hypothesis would be that the measures are positively correlated with $r = >0.60$ (24).

Previous research has shown that physiotherapists with a Msc or PHD title seem to utilise SDM more extensively, as measured by the OPTION-5 (25). The RPAD has not been used to evaluate physiotherapists behaviours but it can be hypothesized that a similar pattern may be observed in the RPAD scores. Furthermore, time constraints are one of the main reasons health care providers do not implement SDM (10). It can be hypothesized that physiotherapists who plan more time for the first consult will score higher on both measuring tools.

The working hypotheses that were derived from the literature and formed in consultation with the research group are depicted in table 1.

Table 1. Working hypotheses to evaluate the construct validity of the RPAD

H1 The RPAD and the OPTION-5 are positively correlated ($r > 0.60$).
H2 Item 1 of the RPAD (explain clinical issue) is positively correlated with item 1 of the OPTION-5 (alternate options) ($r > 0.50$)
H3 Item 3 of the RPAD (obtain agreement) is positively correlated with item 5 of the OPTION-5 (integrate preferences) ($r > 0.50$)
H4 Item 4 of the RPAD (examine barriers) is positively correlated with item 4 of the OPTION-5 (elicit preferences) ($r > 0.50$)
H5 Item 8 of the RPAD (asking open questions) is unrelated to item 5 of the OPTION-5 (integrating preferences) ($r < 0.30$)
H6 Physiotherapists with MSc or PHD title score significantly higher on both the RPAD and the OPTION-5 ($p < 0.05$).
H7 The length of the consult is positively correlated with the score of both the RPAD and the OPTION-5 ($r < 0.30$).

If the data met the criterium of normality a Pearson correlation was performed to test the hypothesis. Otherwise, a Spearman Signed Rank Correlation was performed. Hypothesis 6 was tested by means of an independent t-test in case the criterium for normality was met. Otherwise, a Mann Whitney U-test was utilised. Hypothesis 7 was tested by measuring the length of the consult, which included the time spent on the anamnestic conversation, physical examination, and treatment plan development. If the physiotherapist initiated treatment during the first consult, that time was excluded from the analysis of hypothesis 7. In order to ascertain adequate validity of the RPAD, it was necessary to confirm 71% (5/7) of all hypotheses. This value was based of scientific literature in which a cutoff value of 75% is generally recommended (26). However, due to the specific circumstances of having seven hypotheses, the closest feasible percentage was chosen. Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics 29.

RESULTS

The recruitment process resulted in a total of 73 audio-recordings of first consults. Sixteen audio recordings were not included in the study due to being incomplete. Additionally, one audio-recording, which was conducted online as a result of the COVID-19 pandemic, was excluded from the analysis due to the possibility that the mode of transfer would interfere with the SDM process. Finally, one participating physiotherapist surpassed the limit of five admissions of audio-recordings. To avoid overrepresentation, the last audio-recording was excluded.

The current study involved the participation of 25 physiotherapists and 55 patients, whose socio-demographic characteristics are presented in table 2. On average, each physiotherapist recorded two intakes, resulting in a total of 55 audio-recordings that were included in the study. The participating physiotherapists had an average age of 34.6 years (SD=6.8) and an average clinical experience of 11.3 years (SD=6.8). The sample had a higher proportion of male physiotherapists (n=17, 68%) compared to females (n=8, 32%). Patients had a mean age of 51.3 (SD=16.7) and an average duration of shoulder problems of 17.7 months (SD=53.9). The majority of patients were female (n=39, 70%).

Table 2. Socio-demographic characteristics of study sample

Characteristics physiotherapist	
Gender (female), n (%)	8 (32%)
Level of education (MSc or PhD), n (%)	12 (48%)
Age (y ± SD)	34.6 ± 6.8
Work experience (y ± SD)	11.3 ± 6.8
Characteristics patient	
Gender (female), n (%)	39 (70%)
Age (y ± SD)	51.3 ± 16.7
Duration of complaints (m ± SD)	17.7 ± 53.9
<i>Level of education</i>	

High school, n (%)	5 (12%)
College, n (%)	21 (42%)
University of applied science, n (%)	17 (34%)
University or higher, n (%)	6 (12%)

Standard deviation (SD), Master of Science (MSc), Doctor of Philosophy (PhD), years (y), number (n), months (m)

Scores on the RPAD

The median of the total scores of the RPAD was four and the total scores ranged from two to seven. Table 2 displays the frequencies and percentages of each item score. The physiotherapists scored best on adapting the medical language and worst on examining the barriers to follow the treatment plan.

Table 3. Scores on the RPAD

Item	Mode	Frequencies and percentage		
		0	1/2	1
1. Explain the clinical issue	1	1 (1.8%)	22 (40%)	32 (58.2%)
2. Discuss uncertainties	0	32 (58.2%)	14 (25.5%)	9 (16.4%)
3. Clarify agreement	0	39 (70.9%)	13 (23.6%)	3 (5.5%)
4. Examine barriers	0	45 (81.8%)	8 (14.5%)	2 (3.6%)
5. Create possibility to ask questions	1/2	4 (7.3%)	42 (76.4%)	9 (16.4%)
6. Physiotherapist's medical language*	1	0 (0%)	24 (43.6%)	31 (56.4%)
7. Physiotherapist asks: "any questions?"	0	34 (61.8%)	15 (27.3%)	6 (10.9%)
8. Physiotherapist asks open questions	1	0 (0%)	8 (14.5%)	47 (85.5%)
9. Physiotherapist checks perceptions	1/2	15 (27.3%)	23 (41.8%)	17 (30.9%)
Overall score median (range)	4 (2-7)			

*item 6 did not have the option to award 0 points. Instead the physiotherapist would be awarded -1/2 points.

Scores on the OPTION-5

The median total score on the OPTION-5 was 25 with a range between 5 and 70. Table 3 displays the frequencies and percentages of each item score. The highest scoring item was drawing attention to alternate option. The lowest scoring item was eliciting the preferences of the patient.

Table 4. Scores on the OPTION-5

Item	Mode	Frequencies and percentage				
		0	1	2	3	4
1. Draw attention to alternate options	1	1 (2%)	36 (65%)	15 (27%)	3 (6%)	0 (0%)
2. Support patient to become informed	1	8 (15%)	36 (66%)	8 (14%)	3 (5%)	0 (0%)
3. Clarify pros and cons	1	12 (22%)	29 (53%)	11 (20%)	3 (5%)	0 (0%)
4. Elicit preferences	0	21 (38%)	20 (36%)	13 (24%)	1 (2%)	0 (0%)
5. Integrate preferences	1	2 (4%)	41 (74%)	10 (18%)	2 (4%)	0 (0%)
Overall score* median (range)	25 (5-70)					

*The overall score of the OPTION-5 was rescaled to become a score between 0-100.

Hypothesis testing

After testing, the scores of the RPAD and OPTION-5 and the length of the consult were found to be not normally distributed which made it necessary to utilise non-parametric tests. The correlation between the RPAD and the OPTION-5 was tested by means of a Spearman Rank Correlation Coefficient, which resulted in $r_s = 0.72$ (95% CI 0.56-0.83) (see figure 1). This was in line with our hypothesized correlation coefficient of >0.60 .

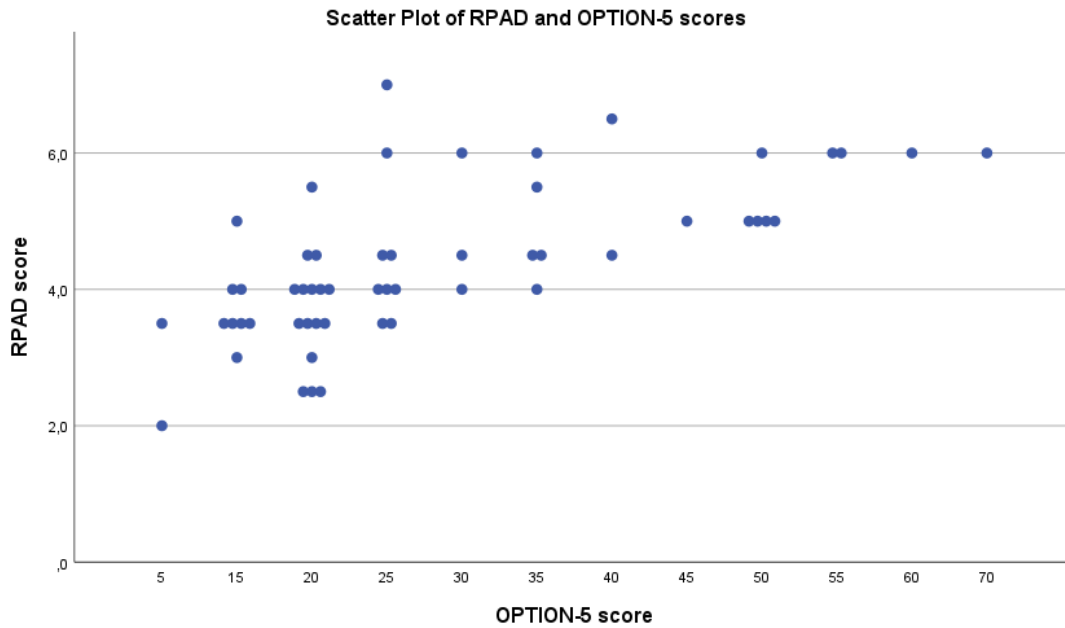


Figure 1. Jittered scatterplot of the RPAD and the OPTION-5 scores

The hypotheses regarding the item scores of the RPAD and OPTION-5, that expected them to be related ($r_s > 0.50$), did not meet the set criteria, as evidenced by correlation coefficients of $r_s = 0.45$ (95% CI 0.20- 0.65) (hypothesis 2), $r_s = 0.39$ (95% CI 0.13- 0.60) (hypothesis 3), and $r_s = 0.41$ (95% CI 0.15- 0.61) (hypothesis 4), respectively. However, hypothesis 5 which expected the item score to be unrelated ($r_s < 0.30$) was satisfied with $r_s = 0.15$ (95% CI -0.12-0.41). The criterium concerning the level of education was also satisfied for both the RPAD and the OPTION-5. Furthermore, the length of consult was found to be correlated with the OPTION-5 but not the RPAD. An overview of all hypotheses and their test results are displayed in table 4.

Table 4. Hypotheses tests regarding the construct validity of the RPAD

Hypothesis	Hypothesized correlation or test statistic	Found correlation or test statistic	Hypothesis criterium met (Yes/No)
H1 correlation RPAD and OPTION-5	$r_s = >0.60$	0.72 (95% CI 0.56-0.83)	Yes
H2 correlation item 1 RPAD and item 1 OPTION-5	$r_s = >0.50$	0.45 (95% CI 0.20- 0.65)	No
H3 correlation item 3 RPAD and item 5 OPTION-5	$r_s = >0.50$	0.39 (95% CI 0.13- 0.60)	No
H4 correlation item 4 RPAD and item 4 OPTION-5	$r_s = >0.50$	0.41 (95% CI 0.15- 0.61)	No
H5 correlation item 8 RPAD and item 5 OPTION-5	$r_s = <0.30$	0.15 (95% CI - 0.12-0.41)	Yes
H6 higher education significantly increases score on the RPAD and OPTION-5	$p = <0.05$	Z statistic RPAD = -2.17 $p= 0.03$ Z statistic OPTION-5 = -2.96 $p= 0.003$	Yes
H7 correlation length of consult and score on the RPAD and OPTION-5	$r_s = >0.30$	RPAD $r_s = 0.22$ (95% CI -0.07-0.47) OPTION-5 $r_s = 0.45$ (95% CI 0.20-0.65)	No, for RPAD Yes, for OPTION-5

DISCUSSION

The current predominant measuring tool for SDM might not capture all relevant aspects of SDM in physiotherapy. Therefore, this study aimed to explore the construct validity of the RPAD in a primary care physiotherapy setting. The predetermined cutoff value of 71% correct hypotheses was not met, mainly because the relationship between the item scores was not as hypothesised. Despite this, we did find a strong correlation for the total scores of the measuring tools.

The average score on the RPAD in this study (4.37) is slightly higher when compared to previous studies, which reported mean scores of 3.91 and 3.13 (14,27). These studies mainly included clinicians. It has been suggested that a longer duration of contact between the clinician and the patient would contribute to a higher RPAD score (27). However, the interaction between duration and the RPAD score has not been found in this study. The criterium for this hypothesis was met for the OPTION-5 which may be explained by the nature of the instrument. With the RPAD, a single demonstration of a certain behaviour is sufficient to obtain the maximum number of points, as opposed to the OPTION-5 for which a physiotherapist needs to exhibit a certain quality of execution for the behaviour. This potential ceiling effect in the RPAD may account for the lack of support for most hypotheses concerning the item scores. The maximum item score on the RPAD often aligns with an average score on the OPTION-5. For instance, with hypothesis 2 (examining the relationship between item 1 of the RPAD and item 1 of the OPTION-5), a maximum score on the RPAD (physiotherapist explains his view about the health problem) closely corresponds to a score of 1 on the OPTION-5 (physiotherapist explains the cause of the shoulder problem), but does not relate to a higher score on the OPTION-5. Achieving the maximum score on item 1 of the OPTION-5 requires the physiotherapist to additionally provide treatment options, consider them equally, and assess the patient's preferences.

Despite the RPAD's seemingly less comprehensive content compared to the OPTION-5, a notable correlation between the two was observed. Previous research considered several items of the RPAD as basic communication skills, but our study suggests they are an integral part of SDM in physiotherapy, which is supported by the framework of SDM in physiotherapy by Moore *et al* (11,13). It indicates the ability of the RPAD to measure SDM in physiotherapy although improvements within the items are needed.

The current study has several noteworthy strengths. The study was conducted in a true physiotherapeutic setting, which enhances the generalizability of the results. To the best of our knowledge, this is the first time that the RPAD tool has been utilised in such an environment. A diverse sample of patients and physiotherapists with varying ages and from different socio-economic backgrounds was recruited. Furthermore, efforts were made to actively minimize the risk of observer bias in the study. The RPAD was not measured by the same rater as the OPTION-5, for the same consult, or a significant amount of time was

scheduled between the measurements. Also, as described in the original measuring protocol, the OPTION-5 was measured by two independent researchers, thus also minimizing observer bias.

Limitations

Although efforts were made to recruit a diverse range of participants, the reasons for non-participation remain undocumented. As a result, the sampling method of the study can be considered a convenience sample, which may limit the generalizability of the findings. This documentation of the recruitment process posed challenges, as physiotherapists were recruited by all researchers in multiple stages. Additionally, patients were recruited by their respective physiotherapists, who occasionally overlooked this step. Furthermore, physiotherapists reported being aware that their consults were being recorded, which may have influenced their approach and questioning. The effect of this awareness could be either positive or negative in terms of facilitating SDM.

Implications for clinical practise and future research

Although this study represents an initial step in the validation of the RPAD, adequate validity could not be concluded. Therefore, further efforts are required to establish the RPAD as a valuable tool for assessing SDM in this context. Future research should focus on refining the RPAD by incorporating a quality assessment of behaviours and further exploring its validity in the field of physiotherapy. This could involve developing improved item scores for the RPAD and addressing potential ceiling effects. To ensure the robustness of future study findings, the reasons for non-participation should be better documented.

CONCLUSION

The total score of the RPAD and OPTION-5 are strongly related ($r_s = 0.72$ (95% CI 0.56-0.83)), indicating a strong relationship between the two constructs. This suggests that the RPAD may be a suitable measure for evaluating SDM in physiotherapy. However, the predetermined cutoff value of 71% correct hypotheses could not be met, indicating that the constructs are not yet fully understood. Therefore future research should further explore its validity within the field of physiotherapy. The incorporating of quality assessment of behaviours within the RPAD may be of added value for the applicability of the measuring tool.

REFERENCES

1. Décry S, Zadro JR, O'keeffe M, Michaleff ZA, Traeger AC, Légaré F. Overcoming overuse part 5: Is shared decision making our excalibur? *J Orthop Sports Phys Ther.* 2021;51(2):53–6.
2. Hoffmann TC, Lewis J, Maher CG. Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiother (United Kingdom)* [Internet]. 2020;107:43–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.08.012>
3. Elwyn G, Tsulukidze M, Edwards A, Légaré F, Newcombe R. Using a “talk” model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION5 Item. *Patient Educ Couns.* 2013;93(2):265–71.
4. Aubree Shay L, Lafata JE. Where is the evidence? a systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Mak.* 2015;35(1):114–31.
5. Parry RH. Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clin Rehabil.* 2004;18(6):668–82.
6. Gluyas H. Patient-centred care: improving healthcare outcomes. 2015;3(7):59–78.
7. Wijma AJ, Bletterman AN, Clark JR, Vervoort SCJM, Beetsma A, Keizer D, et al. Patient-centeredness in physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiother Theory Pract* [Internet]. 2017;33(11):825–40. Available from: <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1357151>
8. Miller KL. Patient centered care: A path to better health outcomes through engagement and activation. *NeuroRehabilitation.* 2016;39(4):465–70.
9. Hoffmann T, Gibson E, Barnett C, Maher C. Shared decision making in Australian physiotherapy practice: A survey of knowledge, attitudes, and self-reported use. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(5 May):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251347>
10. Kramer P, Damhuis E, Verhue D. Samen beslissen: Doelgroepenonderzoek onder zorgverleners en zorggebruikers. *Zorgvisie.* 2019;49(6):17–17.
11. Kunneman M, Henselmans I, Gärtner FR, Bomhof-Roordink H, Pieterse AH. Do Shared Decision-Making Measures Reflect Key Elements of Shared Decision Making? A Content Review of Coding Schemes. *Med Decis Mak.* 2019;39(7):886–93.
12. Dierckx K, Deveugele M, Roosen P, Devisch I. Implementation of shared decision making in physical therapy: Observed level of involvement and patient preference. *Phys Ther.* 2013;93(10):1321–30.
13. Moore CL, Kaplan SL. A framework and resources for shared decision making: Opportunities for improved physical therapy outcomes. *Phys Ther.* 2018;98(12):1022–36.
14. Shields CG, Franks P, Fiscella K, Meldrum S, Epstein RM. Rochester participatory decision-making scale (RPAD): Reliability and validity. *Ann Fam Med.* 2005;3(5):436–42.
15. Beltman W, Vries I de, Meulenbelt J. Rijksinstituut Voor Volksgezondheid En Milieu National Institute of Public Health and the Environment. RivmNI [Internet]. 2000;1–60. Available from: <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/348802016.pdf>

16. Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen JH, Meyboom-de Jong B. The long-term course of shoulder complaints: A prospective study in general practice. *Rheumatology*. 1999;38(2):160–3.
17. Walker-Bone K, van der Windt DA. Shoulder Pain — Where Are We Now? *Curr Treat Options Rheumatol*. 2021;7(4):285–306.
18. Stubenrouch FE, Pieterse AH, Falkenberg R, Santema TKB, Stiggelbout AM, van der Weijden T, et al. OPTION5 versus OPTION12 instruments to appreciate the extent to which healthcare providers involve patients in decision-making. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016;99(6):1062–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.019>
19. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med* [Internet]. 2016;15(2):155–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
20. Elwyn G, Grande SW BP. Observer OPTION 5 Manual Measuring shared decision making by assessing recordings or transcripts of encounters from clinical settings. 2018.
21. Elwyn G, Grande SW, Barr P. OPTION 5 Manual. 2015;(July):1–13. Available from: http://www.optioninstrument.org/uploads/2/4/0/4/24040341/observer_option_5_manual_-_1_july_2015.pdf
22. De Vet H, Terwee C, Mokkink L, Knol D. *Measurement in Medicine*. Cambridge University Press; 2011. 191 p.
23. Mokkink LB, Prinsen CA, Patrick D, Alonso J, Bouter LM, de Vet HC, et al. COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments. *Dep Epidemiol Biostat Amsterdam Public Heal Res Inst Amsterdam Univ Med Centers, Locat VUmc*. 2019;(July):1–32.
24. Mokkink LB, Prinsen CA, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, de Vet HC, et al. COSMIN manual for systematic reviews of PROMs, user manual. 2018;(February):1–78. Available from: https://www.cosmin.nl/wp-content/uploads/COSMIN-syst-review-for-PROMs-manual_version-1_feb-2018.pdf
25. Hausheer AC, Suter LC, Kool J. Shared decision-making in physical therapy: a cross-sectional observational study. *Eur J Physiother* [Internet]. 2021;23(6):368–76. Available from: <https://doi.org/10.1080/21679169.2020.1772869>
26. de Vet HC, Terwee CB, Mokkink LB, Knol D. *Measurement in Medicine*. Cambridge University Press; 2011. 298–299 p.
27. Harman SM, Blankenburg R, Satterfield JM, Monash B, Rennke S, Yuan P, et al. Promoting Shared Decision-Making Behaviors during Inpatient Rounds: A Multimodal Educational Intervention. *Acad Med*. 2019;94(7):1010–8.
28. Hillen MA, Gutheil CM, Strout TD, Smets EMA, Han PKJ. Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Soc Sci Med* [Internet]. 2017;180:62–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.024>
29. Driehuis, F., Woudenberg-Hulleman, I., Verhof-van Westing, I.M., Geurkink, H., Hartstra, L., Trouw, M., van Heerde, R., van Til, M. en Meerhoff GA. KNGF-richtlijn Fyiotherapeutische dossiervoering 2019. *K Ned Genoot voor Fysiother* [Internet]. 2019;19. Available from: www.kngf.nl/kennisplatform

APPENDIX 1 RPAD ORIGINAL SCORING TOOL

Rochester Participatory Decision-Making Scale (RPAD) – 2005
Version

Cleveland G. Shields PhD -- Ronald M. Epstein MD

University of Rochester Medical Center

1381 South Avenue, Rochester NY USA 14620.

		Score
1	<p><i>Explain the clinical issue or nature of the decision*</i></p> <p>0 No Evidence.</p> <p>½ Physician gives a cursory, hurried, unclear, rushed explanation, or long confusing lecture.</p> <p>1 Physician clearly explains his/her view of the medical/clinical problem</p>	
2	<p><i>Discussion of the uncertainties associated with the situation*</i></p> <p>0 No evidence</p> <p>½ Physician acknowledges uncertainties but does not explain thorough or only does with active patient prompting.</p> <p>1 Physician thoroughly explains uncertainties in the problem or treatment</p>	
3	<p><i>Clarification of Agreement</i></p> <p>0 No Evidence</p> <p>½ Patient expressed passive assent</p> <p>1 Physician actively asks for patient agreement and tries to obtain a commitment from the patient to the treatment plan</p>	
4	<p><i>Examine Barriers to Follow-Through with Treatment Plan</i></p> <p>0 No Evidence</p> <p>½ Patient discloses concerns or problems with following through with treatment</p> <p>1 Physician actively examines patients concerns or problems with following through with treatment</p>	
5	<p><i>Physician Gives Patient Opportunity to ask Questions and Checks Patients Understanding of the Treatment Plan*</i></p> <p>0 no opportunity for PT to ask questions</p> <p>½ PT has opportunity to ask questions</p>	

	1 MD asks patients for their understanding of problem or plans	
6	<p>Physician's medical language matches patient's level of understanding</p> <p>-½ <i>Clear mismatch</i> between the technicality of physician's and patient's language</p> <p>½ Level of technicality or detail of the physician's and patient's language matches <i>most of the time</i>.</p> <p>1 Level of technicality or detail of the physician's and patient's language <i>clearly</i> matches.</p>	
7	<p>Physician asks, "Any Questions?"</p> <p>0 No evidence</p> <p>½ Yes but no discussion ensues</p> <p>1 Yes and physician <i>engages in a discussion</i> with patient about the questions</p>	
8	<p>Physician asks open-ended questions.</p> <p>0 No evidence</p> <p>½ Yes but no discussion ensues</p> <p>1 Yes and physician engages in a discussion with patient about the question</p>	
9	<p>Physician checks his/her understanding of patient's point of view.*</p> <p>0 No evidence</p> <p>½ Yes but no discussion ensues</p> <p>1 Yes and physician engages in a discussion with patient about the physician's perceptions of patients.</p>	
	Sum	
Coding details		Score
Examples:		

APPENDIX 2 OPTION-5 ORIGINAL SCORING TOOL

The Observer OPTION⁵ Measure –Score Sheet

Date Number / Name

<p>Item 1: For the health issue being discussed, the clinician draws attention to or confirms that alternate treatment or management options exist or that the need for a decision exists. If the patient rather than the clinician draws attention to the availability of options, the clinician responds by agreeing that the options need deliberation.</p> <p>0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort</p>
<p>Item 2: The clinician reassures the patient or re-affirms that the clinician will support the patient to become informed or deliberate about the options. If the patient states that they have sought or obtained information prior to the encounter, the clinician supports such a deliberation process.</p> <p>0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort</p>
<p>Item 3: The clinician gives information or checks understanding about the options that are considered reasonable (this can include taking no action), to support the patient in comparing alternatives. If the patient requests clarification, the clinician supports the process.</p> <p>0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort</p>
<p>Item 4: The clinician makes an effort to elicit the patient's preferences in response to the options that have been described. If the patient declares their preference(s), the clinician is supportive.</p> <p>0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort</p>
<p>Item 5: The clinician makes an effort to integrate the patient's elicited preferences as decisions are made. If the patient indicates how best to integrate their preferences as decisions are made, the clinician makes an effort to do so.</p> <p>0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort</p>

Scoring Summary (see Manual for details).

Score	Description
0 = No effort	Zero effort observed.
1 = Minimal effort	Effort to communicate could be implied or interpreted.
2 = Moderate effort	Basic phrases or sentences used.
3 = Skilled effort	Substantive phrases or sentences used.
4 = Exemplary effort	Clear, accurate communication methods used.

APPENDIX 3 EXTENDED RPAD SCORING MANUAL

Meetprotocol Rochester Participatory Decision making scale (RPAD)

De RPAD is een meetinstrument om de mate van samen beslissen te beoordelen. Het meetinstrument is specifiek gericht op het beoordelen van gedrag dat de fysiotherapeut vertoont wat er op duidt dat hij de patiënt ondersteunt om deel te nemen aan de besluitvorming. De RPAD bestaat uit negen items die een score toebedeeld krijgen van 0, ½ of 1. Hierbij is item zes een uitzondering aangezien daar ook een score van -½ toebedeeld kan worden in plaats van 0. De maximale score is negen punten. Hierbij is geen afkapwaarde gegeven voor een goede communicatie.

Dit meetprotocol is specifiek gemaakt om de RPAD te gebruiken voor het beoordelen van het samen beslisgedrag van Nederlandse fysiotherapeuten. Mogelijk is dit meetprotocol niet geschikt voor een andere context. De drie score-mogelijkheden zijn voor elk item verder toegelicht. Deze toelichting is gemaakt op basis van voorbeelden afkomstig van audio opnamen die niet bruikbaar waren bevonden voor het huidige onderzoek. Deze voorbeelden zijn besproken binnen een onderzoeksgroep om af te stemmen wat elke score van elk item inhoud. Na het opstellen van het meetprotocol zijn er een aantal audio opnamen gelijktijdig gescoord door meerdere onderzoekers tot een redelijke mate van overeenstemming was bereikt voor elk item. Vanwege het latente karakter van de RPAD wordt elke opname gescoord door twee onderzoekers. Deze onderzoekers beginnen met zelfstandig te scoren maar vergelijken achteraf hun scores om tot een eindoordeel te komen. Indien de twee onderzoekers geen consensus bereiken zal een derde beoordelaar worden gevraagd zijn oordeel te geven.

Beoordelen van de audio opnamen

Een audio opname moet van voldoende kwaliteit zijn om in aanmerking te komen voor beoordeling. De redenen om een audio opname niet te beoordelen zijn:

- De audio opname is niet verstaanbaar vanwege een mindere kwaliteit van de opname (lees: geluid is te zacht, andere geluiden verstoren de opname, etc.).
- Vanwege technische problemen zijn stukken van de opname weggevallen (lees: de opname apparatuur valt uit, de opname apparatuur geeft halverwege het gesprek een storing, etc.).

- De opname is gestart halverwege het anamnese-gesprek of is gestopt na het anamnese-gesprek (het onderzoek en de terugkoppeling van het onderzoek is niet opgenomen). Overigens worden opnamen wel meegenomen waarbij enkel de opening van de intake mist (de kennismaking tussen de fysiotherapeut en de patiënt).
- De voertaal van de opname is niet Nederlands of Engels (de onderzoekers die getraind zijn om de opnamen te scoren zijn niet genoeg vaardig in andere talen om de opname te scoren met de RPAD).

Algemene principes voor het scoren met de RPAD

De beoordelaar bepaald welke score het meest passend is volgens de rubrics. Hierbij wordt gelet op dat de fysiotherapeut een bepaald gedrag vertoont. Wanneer een fysiotherapeut bijvoorbeeld een open vraag stelt en een gesprek over het antwoord aanknoopt dan krijgt de fysiotherapeut daarvoor een score van 1. Ook wanneer de fysiotherapeut daarvoor lange tijd geen open vragen stelde terwijl dat wel had gekund.

De hele opname beluisterd, dus ook het onderdeel waarbij het onderzoek wordt uitgevoerd. De beoordelaar luistert de opname eenmaal alvorens hij begint met scoren. Tijdens het opnieuw afspelen van de audio stopt de onderzoeker de opname elke keer wanneer hij een citaat hoort wat mogelijk invloed heeft op de score van een item. De beoordelaar transcribeert het citaat onder het desbetreffende item. Na het luisteren van de gehele opname gaat de beoordelaar de scores aan de items toebedelen. De score van een item mag berusten op meerdere citaten. Indien er zowel citaten zijn gevonden die bijdragen aan een hogere score maar ook voor een lagere score dan is het de taak aan de beoordelaar om uitsluitel te geven over het eindresultaat. De beoordelaar geeft hierbij wel aan waarom de beslissing niet is uitgevallen op een hogere of lagere score.

Definities gebruikt in de RPAD

In de originele weergave van de RPAD (zie figuur 1) worden verschillende woorden gebruikt die op meerdere manieren te interpreteren zijn. Onderstaand zijn de definities van deze woorden aangegeven zijn gebruikt voor het huidige onderzoek.

Uncertainties (vertaling: onzekerheden)

The conscious, metacognitive awareness of ignorance (28).

- Er bestaan drie hoofdbronnen voor onzekerheid, namelijk: ambiguity (een eigenschap van informatie met betrekking tot het gebrek aan betrouwbaarheid, geloofwaardigheid of adequaatheid), probability (de fundamentele onbepaaldheid of willekeur van toekomstige gebeurtenissen) en complexity (kenmerken van een fenomeen die het moeilijk maken om te begrijpen).
- Elke bron kan onzekerheid opwekken wanneer de patiënt of fysiotherapeut zich bewust is van het feit dat er geen zekerheid is.
- De onzekerheid kan zich zowel afspelen bij de fysiotherapeut als bij de patiënt.
- Voorbeelden van onzekerheid zijn het niet weten of de klacht zich herstelt, het niet weten of een oefening effect zal hebben, het niet weten of een huiswerk oefening vol te houden is of het toegeven dat de klacht zich anders zal gedragen vanwege de complexiteit van het probleem.

Treatment plan (vertaling: behandelplan)

De fysiotherapeutische verrichtingen die, volgens de beoordeling van de fysiotherapeut, relevant zijn voor het behalen van het behandeldoel (29).

- Alle afspraken die de therapeut en de patiënt maken om het behandeldoel te behalen. Bijvoorbeeld, wanneer de behandelingen plaatsvinden, aantal sessies, inhoud van de sessies, huiswerk, maar ook doorverwijzing naar bijvoorbeeld diëtist.
- Het gaat hierbij om zowel de behandelingen in de praktijk zelf, als ook om wat de patiënt thuis/in zijn ADL moet doen.

Barriers (vertaling: barrières)

Factors that prevent an individual, population, and/or community from achieving best health (30).

- Factoren die kunnen vallen onder barrières kunnen verschillend van aard zijn zoals economisch, sociaal, persoonlijke capaciteit etc.
- Voorbeelden van barrières zijn gebrek aan tijd, gebrek aan motivatie, geen ondersteuning vanuit werk, geen ondersteuning vanuit thuissituatie etc.

Discussion (vertaling: gesprek)

een uitwisseling van gedachten en gevoelens. Hierbij is een evenwicht tussen spreken en luisteren.

- De fysiotherapeut vraagt door op het antwoord van de patiënt.
- Het antwoord van de patiënt heeft invloed op de richting van het gesprek.

Item 1: Legt het klinische probleem en de aard van de beslissing uit.

De fysiotherapeut geeft de patiënt een evenwichtige verklaring van het gezondheidsprobleem aan de hand van lekentaal.

- *Zie definitie gesprek.*
- *Het gaat om het verklaren van het gezondheidsprobleem en dit op een duidelijke en begrijpbare manier over te brengen op de patiënt.*
- *Het doel van het beschrijven van het gezondheidsprobleem is de patiënt in staat te stellen om begrip te krijgen over zijn of haar probleem en bewust deel te laten nemen aan zijn of haar behandelproces. Op deze manier krijgt de patiënt regie in zijn of haar behandelproces.*
- *Met de term 'evenwichtig' wordt in dit item bedoeld dat de verklaring van de fysiotherapeut zowel volledig is als bondig.*
- *De verklaring van het gezondheidsprobleem mag bestaan uit meerdere fragmenten.*

Score 0: Niet waargenomen.

- Er wordt 0 gescoord wanneer de fysiotherapeut de patiënt geen verklaring van het gezondheidsprobleem geeft.

Score ½: De fysiotherapeut geeft een vluchtige, gehaaste, onduidelijke, uitleg of een lange lezing.

- Er wordt ½ gescoord wanneer de fysiotherapeut een verklaring geeft van het gezondheidsprobleem maar dat gebeurt op een manier die onduidelijk is (lees: vluchtig, gehaast, onduidelijk of te langdradig)

Score 1: De fysiotherapeut legt zijn/haar kijk op het gezondheidsprobleem duidelijk uit.

- Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut een verklaring van het gezondheidsprobleem geeft en dit aan de hand van lekentaal begrijpelijk voor de patiënt maakt. Bij het verklaren van het gezondheidsprobleem moet de fysiotherapeut minimaal zijn uitleg relateren aan de patiënt.

<p>Geen voorbeeld nodig</p>	<p>Voorbeeld</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Fysiotherapeut</u>: “Het lijkt erop dat je een subacromiale bursitis hebt. Deze bursa zit onder het acromion en is ontstoken. Ik adviseer om het gewricht in beweging te houden om stijfheid te voorkomen en het genezingsproces te bevorderen.” <p>OF</p> <p>Scenario 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Patiënt</u>: “Wat denk je dat er aan de hand is met mijn schouder?” • <u>Fysiotherapeut</u>: “Het lijkt erop dat je een subacromiale bursitis hebt, deze bursa zit onder het acromion. De bursa is ontstoken, waardoor het gewricht pijnlijk en stijf is. Ik adviseer om het gewricht in beweging te houden om stijfheid te voorkomen en het genezingsproces te bevorderen.” 	<p>Voorbeeld</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Fysiotherapeut</u>: “Het lijkt erop dat het stootkussentje in jouw schouder iets ontstoken is. Dat zou kunnen komen doordat je als schilder vaak eenzelfde beweging hebt gemaakt die dat stootkussentje een beetje geïrriteerd heeft. Meestal duurt het een aantal weken om die ontsteking te laten afnemen. Het helpt daarbij als je de beweging, die waarschijnlijk de oorzaak van het probleem was, even niet meer doet. We kunnen ook later kijken naar hoe we jouw houding kunnen aanpassen wanneer je weer gaat werken. Zo voorkom je dat de klacht weer terugkomt.”
------------------------------------	---	---

Item 2: Bespreekt de onzekerheden die aan het gezondheidsprobleem verbonden zijn.

De fysiotherapeut erkent dat er bepaalde mate van onzekerheid bestaat aangaande het gezondheidsprobleem en de behandeling daarvan en bespreekt deze met de patiënt.

- *Zie definitie onzekerheid.*
- Er bestaan drie hoofdbronnen voor onzekerheid, namelijk: ambiguity (een eigenschap van informatie met betrekking tot het gebrek aan betrouwbaarheid, geloofwaardigheid of adequaatheid), probability (de fundamentele onbepaaldheid of willekeur van toekomstige gebeurtenissen) en complexity (kenmerken van een fenomeen die het moeilijk maken om te begrijpen).
- Elke bron kan onzekerheid opwekken wanneer de patiënt of fysiotherapeut zich bewust is van het feit dat er geen zekerheid is.
- De onzekerheid kan zich zowel afspelen bij de fysiotherapeut als bij de patiënt.
- Voorbeelden van onzekerheid zijn het niet weten of de klacht zich herstelt, het niet weten of een oefening effect zal hebben, het niet weten of een huiswerk oefening vol te houden is of het toegeven dat de klacht zich anders zal gedragen vanwege de complexiteit van het probleem.
- *Zie definitie gesprek.*
- *Het doel van het bespreken van onzekerheden is dat de patiënt een **realistisch beeld van het gezondheidsprobleem en de (behandel)mogelijkheden** binnen de fysiotherapie verkrijgt.*

<p>Score 0: Niet waargenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt 0 gescoord wanneer de fysiotherapeut geen uiting of erkenning van de mogelijke onzekerheid geeft over het gezondheidsprobleem of de behandeling daarvan. <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt 0 gescoord wanneer de patiënt onzekerheid uit maar de fysiotherapeut geen erkenning geeft dat er onzekerheid bestaat. 	<p>Score ½: De fysiotherapeut erkent onzekerheden, maar legt dit niet grondig uit of alleen met actieve aansporing van de patiënt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt ½ gescoord wanneer de fysiotherapeut enige onzekerheid over het gezondheidsprobleem of behandeling erkent, maar hij niet verduidelijkt hoe dit verband kan houden met de problemen van de patiënt. <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt ½ gescoord wanneer de patiënt een punt van onzekerheid uit en de fysiotherapeut daarop ingaat. De fysiotherapeut erkent de aanwezigheid van onzekerheid maar hieruit volgt geen gesprek. 	<p>Score 1: De fysiotherapeut legt onzekerheden in het gezondheidsprobleem of de behandeling grondig uit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut een uiting van onzekerheid over het gezondheidsprobleem of behandeling doet. De fysiotherapeut gaat hierover in gesprek met de patiënt. <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt 1 gescoord wanneer de patiënt een punt van onzekerheid uit en de fysiotherapeut daarop ingaat. De fysiotherapeut erkent de aanwezigheid van onzekerheid en gaat hierover in gesprek.
--	---	--

<p>Geen voorbeeld nodig</p>	<p>Voorbeeld</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut:</u> “Uit onderzoek blijkt dat de meeste patiënten met een slijmbeursontsteking binnen enkele weken klachtenvrij zijn, maar het is lastig om vooraf te bepalen hoelang het herstelproces precies gaat duren.” <p style="text-align: center;">OF</p> <p>Scenario 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Patiënt:</u> “Hoelang zal het herstel gaan duren? Ik heb namelijk mijn arm nodig voor mijn werk als schilder.” - <u>Fysiotherapeut:</u> “Uit onderzoek blijkt dat de meeste patiënten met een slijmbeursontsteking binnen enkele weken klachtenvrij zijn, maar het is lastig om vooraf te bepalen hoelang het herstelproces precies gaat duren.” 	<p>Voorbeeld</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Patiënt:</u> “Hoelang zal het herstel gaan duren? Ik heb namelijk mijn arm nodig voor mijn werk als schilder.” - <u>Fysiotherapeut:</u> “Uit onderzoek blijkt dat de meeste patiënten met een slijmbeursontsteking binnen enkele weken klachtenvrij zijn, maar het is lastig om vooraf te bepalen hoelang het herstelproces precies gaat duren. Dit hangt onder andere af van verschillende factoren die invloed kunnen hebben op het herstelproces. In jouw geval moet je de schouder bijvoorbeeld ook veel belasten dus zou het herstelproces langer kunnen duren.”
------------------------------------	---	---

Item 3: Verheldering van overeenkomst.

De fysiotherapeut vraagt expliciet of de patiënt akkoord gaat met het voorgestelde behandelplan en bespreekt het commitment met de patiënt.

Het gaat erom dat de patiënt zich bewust is van het behandelplan waarmee hij of zij akkoord gaat om zo te realiseren dat hij of zij een rol speelt in het behandelplan.

- *Het doel van toestemming vragen is de patiënt bewust en actief deel te laten nemen aan zijn of haar behandelproces. Op deze manier krijgt de patiënt regie in zijn of haar behandelproces.*
- *Voor score ½ en 1 geldt: De toestemming van de patiënt moet duidelijk slaan op het behandelplan en bestaan uit een duidelijke zin van toestemming. Een enkel woord of een paar enkele woorden zoals “oké” of “ja goed” is niet voldoende om gerekend te worden tot het geven van toestemming. Deze woorden kunnen namelijk geïnterpreteerd worden als een aanmoediging van de patiënt aan de fysiotherapeut om door te gaan met zijn verhaal. Dit is niet hetzelfde als toestemming geven over het behandelplan.*

Score 0: Niet waargenomen.

- Er wordt 0 gescoord wanneer de fysiotherapeut niet expliciet vraagt of de patiënt akkoord gaat met het voorgestelde behandelplan.

EN

- Er wordt 0 gescoord wanneer de patiënt niet op eigen initiatief akkoord gaat met het voorgestelde behandelplan.

Score ½: Patiënt stemt op eigen initiatief in op voorgestelde behandelplan en het commitment matig wordt besproken.

- Er wordt ½ gescoord wanneer de patiënt op eigen initiatief akkoord gaat met het voorgestelde behandelplan.

Score 1: De fysiotherapeut vraagt expliciet om toestemming betreft het voorgestelde behandelplan en de commitment wordt besproken.

- Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut expliciet vraagt of de patiënt akkoord gaat met het voorgestelde behandelplan en bespreekt de commitment van de patiënt.

<p>Voorbeeld</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “Over het algemeen duurt het behandeltraject ongeveer 8 weken. De behandeling bestaat uit 1x per week het gezamenlijk uitvoeren van oefentherapie hier op de praktijk en minimaal 2x per week het uitvoeren van huiswerk oefeningen. - <u>Patiënt</u>: “uhu.” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Dus dan gaan we de volgende keer gelijk aan de slag in de oefenzaal.” 	<p>Voorbeeld</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “Over het algemeen duurt het behandeltraject ongeveer 8 weken. De behandeling bestaat uit 1x per week het gezamenlijk uitvoeren van oefentherapie hier op de praktijk en minimaal 2x per week het uitvoeren van huiswerk oefeningen. - <u>Patiënt</u>: “Ja dat lijkt mij goed.” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Oké laten wij dan een afspraak voor volgende week inplannen.” 	<p>Voorbeeld</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “Over het algemeen duurt het behandeltraject ongeveer 8 weken. De behandeling bestaat uit 1x per week het gezamenlijk uitvoeren van oefentherapie hier op de praktijk en minimaal 2x per week het uitvoeren van huiswerk oefeningen. Ben jij het eens met deze aanpak?” - <u>Patiënt</u>: “Ja dat lijkt mij goed.” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Oké laten wij dan een afspraak voor volgende week inplannen.”
--	--	---

Item 4: Onderzoekt barrières om door te gaan met het behandelplan.

De fysiotherapeut vraagt expliciet aan de patiënt of er mogelijke barrières aanwezig zijn die invloed kunnen hebben op het toekomstige behandeltraject.

- *Zie definitie 'barrières'.*
- *Het gaat om het bespreekbaar maken van eventuele factoren die invloed kunnen hebben op de patiënt en het beloop van het behandeltraject.*
- *Het doel van het in kaart brengen van barrières is om de mogelijk beïnvloedende factoren met de patiënt te bespreken. Op deze manier staat de patiënt centraal en krijgt de patiënt regie in zijn of haar behandelproces.*
- *De patiënt moet de kans krijgen om te bespreken wat een barrière voor hem is. Voor een score van 1 moet dus echt gevraagd worden wat de patiënt er eventueel van zou weerhouden om het behandelplan te volgen. Positief geformuleerde vragen zoals: "Zou het lukken om dit plan te volgen" ontlokken te makkelijk een sociaal wenselijk antwoord.*

<p>Score 0: Niet waargenomen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt 0 gescoord wanneer de fysiotherapeut het behandelplan voorlegt, maar geen aandacht besteed aan mogelijke barrières die invloed kunnen hebben op het behandeltraject.	<p>Score ½: Patiënt uit zorgen of problemen die mogelijk invloed hebben op het behandeltraject.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt ½ gescoord wanneer de patiënt mogelijke barrières aangeeft die invloed kunnen hebben op het behandeltraject. De fysiotherapeut gaat hierop in, maar gaat vervolgens niet in gesprek met de patiënt.	<p>Score 1: De fysiotherapeut bespreekt de zorgen of problemen die mogelijk invloed hebben op het behandeltraject.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut expliciet vraagt naar mogelijke barrières die invloed kunnen hebben op het behandeltraject. De fysiotherapeut gaat hier vervolgens met de patiënt over in gesprek.
--	---	--

<p>Geen voorbeeld nodig</p>	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut:</u> “De behandeling gaat dus ongeveer 6 weken duren.” • <u>Patiënt:</u> “Oké, voordat we beginnen wil ik graag aangeven dat ik het lastig vind om voor een lange periode 2x per week zelf oefeningen thuis te doen. Na 2 weken verlies ik vaak weer mijn motivatie.” • <u>Fysiotherapeut:</u> “Het is heel goed dat je dat aangeeft. Het is begrijpelijk dat het lastig is om de motivatie erin te houden.” 	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Fysiotherapeut:</u> “De behandeling gaat dus ongeveer 6 weken duren. En zoals ik al eerder had aangegeven hangt het behandelbeloop en -duur af van een aantal punten die mogelijk invloed kunnen hebben op het behandeltraject. Kun je al redenen bedenken waarom je de behandeling niet zou kunnen volhouden?” • <u>Patiënt:</u> “Ja, als ik eerlijk ben vind ik het lastig om voor een lange periode 2x per week zelf oefeningen thuis te doen. Na 2 weken verlies ik vaak weer mijn motivatie.” • <u>Fysiotherapeut:</u> “Het is heel goed dat je dit aangeeft, laten we een manier vinden waarbij het jou gaat lukken om gemotiveerd te blijven.”
------------------------------------	---	---

<p>Item 5: De fysiotherapeut geeft de patiënt tijdens zijn/haar uitleg over zowel de diagnose als het behandelplan de mogelijkheid om vragen te stellen en controleert het begrip van de patiënt.</p>		
<p>De fysiotherapeut gaat bij de patiënt na of hij begrip heeft van het behandelplan door hierover vragen te stellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Het doel van het ruimte bieden voor vragen en het nagaan of de patiënt het heeft begrepen is om de patiënt volledig geïnformeerd te laten raken, begrip te krijgen over zijn of haar probleem en bewust deel te laten nemen aan zijn of haar behandelproces. Op deze manier krijgt de patiënt regie in zijn of haar behandelproces.</i> 		
<p>Score 0: Geen mogelijkheid voor patiënt om vragen te stellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er wordt 0 gescoord wanneer er geen ruimte voor de patiënt is om vragen te stellen. De fysiotherapeut laat geen stiltes vallen tijdens of na de gegeven uitleg. 	<p>Score ½: Patiënt heeft gelegenheid om vragen te stellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er wordt ½ gescoord wanneer de fysiotherapeut zorgt voor ruimte om vragen te stellen. De fysiotherapeut laat stiltes vallen tijdens of na de gegeven uitleg, zodat de patiënt zelf het initiatief kan nemen om een vraag te stellen. <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> Er wordt ½ gescoord wanneer de fysiotherapeut geen stiltes laat vallen tijdens of na de gegeven uitleg, maar de patiënt uit eigen initiatief een vraag stelt. De fysiotherapeut geeft vervolgens antwoord op de gestelde vraag. 	<p>Score 1: De fysiotherapeut vraagt de patiënt naar zijn begrip van het probleem of het behandelplan.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut zorgt voor ruimte om vragen te stellen. De fysiotherapeut laat stiltes vallen tijdens of na de gegeven uitleg en stelt vragen over in hoeverre de patiënt de diagnose en het behandelplan begrijpt.
<p>Geen voorbeeld nodig</p>	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Fysiotherapeut</u>: “*Geeft uitleg over de klacht.*” 	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “*Geeft uitleg over de klacht.*” - <u>Fysiotherapeut</u>: “*Laat een stilte vallen.*”

- Fysiotherapeut: “*Laat een stilte vallen.*”
- Patiënt: “Ik werk als schilder de hele dag met mijn arm omhoog. Kan dit een oorzaak zijn waarom mijn slijmbeurs nu ontstoken is?”
- Fysiotherapeut: “Ja zeker. Een slijmbeurs ontsteking kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van een trauma, bijvoorbeeld een val of in jouw geval door een structurele overbelasting en aanhoudende druk.”

Scenario 2:

- Fysiotherapeut: “*Geeft uitleg over de klacht.*”
- Patiënt: “*Onderbreekt de fysiotherapeut tijdens zijn uitleg.*”
- Patiënt: “Ik werk als schilder de hele dag met mijn arm omhoog. Kan dit een oorzaak zijn waarom mijn slijmbeurs nu ontstoken is?”
- Fysiotherapeut: “Ja zeker. Een slijmbeurs ontsteking kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van een trauma, bijvoorbeeld een val of in jouw geval door een structurele overbelasting en aanhoudende druk.”

- Fysiotherapeut: “Is deze uitleg betreft het ontstaan van je klachten voor jou helder?”
- Patiënt: “Ja ik snap het idee waarom de slijmbeurs inklemt, maar ik heb er nog geen beeld bij hoe dat binnen in die schouder er uit moet zien.”
- Fysiotherapeut: “*Laat middels een schoudermodel zien wat er gebeurt met de weefsels bij een maximale schouder anteflectie.*”

Item 6: De medische taal van de fysiotherapeut komt overeen met het begripsniveau van de patiënt.

De fysiotherapeut past bewust zijn of haar taalgebruik aan op het begripsniveau van de patiënt.

- *Het doel van het taalgebruik aanpassen is om de patiënt in staat te stellen om begrip te krijgen over zijn of haar probleem en bewust deel te nemen aan zijn of haar behandelproces. Op deze manier krijgt de patiënt regie in zijn of haar behandelproces.*
- *In dit item wordt in plaats van een score van 0 een score van $-\frac{1}{2}$ toebedeeld. De reden hiervoor is dat wanneer zowel het taalniveau als het begripsniveau van de fysiotherapeut en de patiënt niet overeenkomt, er geen gelijkwaardig gesprek gevoerd kan worden.*

Score $-\frac{1}{2}$: Duidelijke discrepantie tussen de technische details van de fysiotherapeut en taal van de patiënt.

- Er wordt $-\frac{1}{2}$ gescoord wanneer de fysiotherapeut grotendeels vaktaal in zijn of haar uitleg gebruikt.

OF

- Er wordt $-\frac{1}{2}$ gescoord wanneer de patiënt aangeeft niet te begrijpen wat de fysiotherapeut zegt en de fysiotherapeut hierna niet zijn of haar taalniveau aanpast op het begripsniveau van de patiënt.

Score $\frac{1}{2}$: Technisch niveau of detail van de fysiotherapeut en de patiënt taal komt meestal overeen.

- Er wordt $\frac{1}{2}$ gescoord wanneer de fysiotherapeut een enkele keer vaktaal in zijn of haar uitleg gebruikt.

OF

- Er wordt $\frac{1}{2}$ gescoord wanneer de patiënt aangeeft niet te begrijpen wat de fysiotherapeut zegt, waarna de fysiotherapeut de vakterm op het begripsniveau van de patiënt uitlegt.

Score **1**: Technisch niveau of detail van de fysiotherapeut en de patiënt taal komt duidelijk overeen.

- Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut zijn taalniveau afstemt op het begripsniveau van de patiënt.

OF

- Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut direct na het gebruik van een vakterm direct op het begripsniveau van de patiënt uitleg geeft over de betreffende term.

<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut:</u> “Het lijkt erop dat je een subacromiale bursitis hebt. De bursa die zich bevindt onder het acromion is ontstoken. Ik vermoed dat het bursitis beeld is, ontstaan door de repeterende anteflectiestand in het glenohumeraal gewricht. Dit zorgt voor onder andere frictie van de bursa, maar kan ook leiden tot een subacromiaal impingment beeld waarbij de supraspinatus pees wordt ingeklemd. - <u>Patiënt:</u> “De betekenis van deze termen zijn mij niet helemaal bekend.” - <u>Fysiotherapeut:</u> “Oh dat is niet erg zolang je maar de oefening juist kan uitvoeren.” <p>Voorbeeld lijst vaktaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anteflectie, retroflectie, abductie, adductie, endorotatie, exorotatie, retractie, protractie, elevatie, depressie, distaal, craniaal, mediaal, lateraal, flexie, extensie, rotatie, hyper(tonie), hypo(tonie). - Glenohumeraal, scapulohumeraal, scapulothoracaal, subacromiaal, acromioclaviculair, sternoclaviculair. - Supraspinatus, infraspinatus, teres major, teres minor, subscapularis, deltoideus, trapezius, bursa, artrogeen, musculair. 	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut:</u> “Het lijkt erop dat je een subacromiale bursitis hebt. De bursa die zich bevindt onder het acromion is ontstoken. Ik vermoed dat het bursitis beeld is, ontstaan door de repeterende anteflectiestand in het glenohumeraal gewricht. Dit zorgt voor onder andere frictie van de bursa, maar kan ook leiden tot een subacromiaal impingment beeld waarbij de supraspinatus pees wordt ingeklemd. - <u>Patiënt:</u> “De betekenis van deze termen zijn mij niet helemaal bekend.” - <u>Fysiotherapeut:</u> “Excuses, goed dat je het aangeeft. Ik ga mijn uitleg aanpassen. Een bursa is een slijmbeurs. Deze slijmbeurzen zitten in meerdere gewrichten van je lichaam en dienen als een soort stootkussen die wrijving tussen een pees en de onderliggende botstructuur opvangen. Als je slijmbeurs ontstoken is, maakt deze meer vocht aan en zet de slijmbeurs uit. Hierdoor is er minder ruimte voor beweging en kunnen weefsel beklemt raken. Dit is pijnlijk en als gevolg daarvan kan het schoudergewricht stijf worden. Als schilder heb je constant je schouder in een bepaalde stand waardoor de kans groter is dat bepaalde structuren in het schoudergewricht beklemd en geïrriteerd raken.” 	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut:</u> “Het lijkt erop dat je een subacromiale bursitis hebt. Ik zal even uitleggen wat dit inhoudt. Een bursa is een soort stootkussentje waar vocht in zit. Deze stootkussentjes zitten in meerdere gewrichten in je lichaam. Als je bijvoorbeeld je arm omhoog beweegt ontstaat er in je schoudergewricht beweging. Het stootkussentje zorgt ervoor dat er in je schoudergewricht geen wrijving ontstaat tussen de pezen, spieren en botstructuren. Als het stootkussentje ontstoken is, vult het stootkussentje zich vol met vocht en wordt hij groter. Met als gevolg dat er minder ruimte ontstaat in je schoudergewricht voor beweging. En je kunt je wellicht voorstellen dat alles dan beklemt raakt. Dit is pijnlijk en als gevolg daarvan kan het schoudergewricht stijf worden. Als schilder heb je constant je schouder in een bepaalde stand waardoor je een grotere kans hebt dat je iets beklemd en dus uiteindelijk je schoudergewricht geïrriteerd raakt. <u>Patiënt:</u> “Ohja.” <u>Fysiotherapeut:</u> “Ik kan mij voorstellen dat je hier nog steeds geen beeld bij helpt, dus zal op het schoudermodel laten zien wat er precies in die schouder gebeurt wanneer je je arm heft, zoals bij het schilderen.”
--	---	--

<ul style="list-style-type: none">- Cervicaal, thoracaal, lumbaal, extremititeit, kyfotisch, lordotisch, (actieve/passieve)range of motion.- Impingement, tendinitis, (avulsi)fractuur, hydrops, artritis,- Contractuur, (sub)luxatie, disfunctie, laxiteit, (pijn)provocatie,- Mobilisatie, detonisatie, manipulatie.		
---	--	--

Item 7: De fysiotherapeut vraagt, “nog vragen?”		
De fysiotherapeut sluit de sessie af door te vragen of de patiënt nog vragen heeft.		
<ul style="list-style-type: none"> <i>Het doel van het nagaan of de patiënt nog vragen heeft is om de patiënt naast de gegeven uitleg ruimte te bieden om te bespreken wat verder in hem of haar opkomt. Daarnaast biedt het de patiënt een leidende rol in het gesprek. Op deze manier wordt de patiënt gestimuleerd om regie te nemen binnen het tweezijdige gesprek. Overigens kan het leiden tot een brede informatie-uitwisseling.</i> 		
<p>Score 0: Niet waargenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er wordt 0 gescoord wanneer de fysiotherapeut niet vraagt of de patiënt nog vragen heeft. 	<p>Score ½: Ja, maar er ontstaat geen gesprek.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er wordt ½ gescoord wanneer de fysiotherapeut vraagt of de patiënt nog vragen heeft. De patiënt heeft geen vragen en de fysiotherapeut vraagt daar vervolgens niet op door. <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> Er wordt ½ gescoord wanneer de fysiotherapeut vraagt of de patiënt nog vragen heeft. De patiënt heeft een vraag en de fysiotherapeut gaat hierop in. Echter ontstaat hieruit geen gesprek. 	<p>Score 1: Ja, en de fysiotherapeut gaat in gesprek met patiënt over de vragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut vraagt of de patiënt nog vragen heeft. De patiënt heeft geen vragen en de fysiotherapeut vraagt vervolgens daarop door. <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut vraagt of de patiënt nog vragen heeft. De patiënt heeft een vraag en de fysiotherapeut gaat hierop in. Er ontstaat een gesprek op basis van de vraag.
Geen voorbeeld nodig	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “Heb je verder nog vragen?” - <u>Patiënt</u>: “Nee.” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Oké.” 	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “Heb je verder nog vragen?” - <u>Patiënt</u>: “Nee.” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Ook niet over de oefeningen of de schouder?” - <u>Patiënt</u>: “Nee het is wel duidelijk zo.”

	<p style="text-align: center;">OF</p> <p>Scenario 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “Heb je verder nog vragen?” - <u>Patiënt</u>: “Ja, ik ben ook lid van de sportschool. Is het dan beter om daar mijn oefeningen te doen of zal ik die gewoon thuis doen?” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Dat maakt in principe niet uit.” 	<p style="text-align: center;">OF</p> <p>Scenario 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “Heb je verder nog vragen?” - <u>Patiënt</u>: “Ja, ik ben ook lid van de sportschool. Is het dan beter om daar mijn oefeningen te doen of zal ik die gewoon thuis doen?” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Voor nu maakt het nog niet zoveel uit, maar ik houd het wel in mijn achterhoofd. Voor het latere stadium zijn er wel wat oefeningen die je alleen maar kan doen in de sportschool. Voel je je op een van deze plekken meer op je gemak?”
--	---	---

Item 8: Fysiotherapeut stelt open-vragen.

De fysiotherapeut stelt de patiënt open vragen. Dit zijn vragen die meer dan een ja of nee antwoord vereisen.

- Zie definitie 'gesprek'.
- *Het doel van het stellen van open vragen is de patiënt een leidende rol in het gesprek te bieden. Op deze manier wordt de patiënt gestimuleerd om regie te nemen binnen het tweezijdige gesprek. Tevens levert het stellen van open vragen een uitgebreider antwoord op, wat kan leiden tot een brede informatie-uitwisseling.*

<p>Score 0: Niet waargenomen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt 0 gescoord wanneer de fysiotherapeut gesloten vragen stelt. De patiënt beantwoordt de vragen voornamelijk met ja of nee.	<p>Score ½: Ja, maar er ontstaat geen gesprek.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt ½ gescoord wanneer de fysiotherapeut open vragen stelt. De patiënt beantwoordt de vragen, maar het antwoord van de patiënt bepaald niet de richting van het gesprek. De fysiotherapeut begint over een nieuw onderwerp.	<p>Score 1: Ja, en de fysiotherapeut gaat in gesprek met patiënt over de vraag.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut open vragen stelt. De patiënt beantwoordt de vragen, waarna de fysiotherapeut doorgaat in de richting van dit antwoord. De antwoorden van de patiënt hebben invloed op de richting van het gesprek.
--	--	--

<p>Geen voorbeeld nodig</p>	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “Op welk moment van de dag zijn de pijnklachten het meest aanwezig?” - <u>Patiënt</u>: “Vooral op werk.” - <u>Fysiotherapeut</u>: “En kan je ook voorbeelden noemen van momenten dat je geen of minimaal pijnklachten hebt?” - <u>Patiënt</u>: “Dit is vooral als ik mijn arm niet beweeg, dus als ik op bed lig.” 	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “Op welk moment van de dag zijn de pijnklachten het meest aanwezig?” - <u>Patiënt</u>: “Vooral op werk.” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Kan je beschrijven wanneer je op werk last gaat krijgen van de schouder?” - <u>Patiënt</u>: “Ik merk dat ik vooral pijnklachten krijg op het moment dat ik een plafond moet schilderen. Zal ik dit de komende tijd vermijden?” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Ik kan mij voorstellen dat je door deze klachten erg belemmerd wordt in je werk. Om de schouder te laten herstellen zal ik adviseren om voorlopig geen plafonds te schilderen. Welke handelingen binnen je werk zijn niet of minder pijnlijk in de schouder?” - <u>Patiënt</u>: “Ja het is inderdaad erg lastig, maar ik kan aan mijn werkgever vragen of ik de komende tijd geen bovenhands werk kan doen. Dat gaat met de schouder namelijk wel pijnvrij.”
------------------------------------	---	---

Item 9: De fysiotherapeut controleert of hij heeft begrepen wat de mening, ideeën en verwachtingen van de patiënt zijn.

De fysiotherapeut achterhaald door middel van vragen wat de mening, ideeën en verwachtingen van de patiënt zijn betreffende het gezondheidsprobleem.

- Zie definitie 'gesprek'.
- Het doel van het uitvragen van de percepties van de patiënt is om te achterhalen of er sprake is van misconcepties die de behandeling beïnvloeden.
- Een misconceptie kan gaan over de pathofysiologie van de klacht, de tijd tot herstel, de gevolgen van de klacht, de oorzaak van de klacht en het te verwachten herstel binnen de fysiotherapie.

<p>Score 0: Niet waargenomen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt 0 gescoord wanneer de fysiotherapeut niet vraagt naar de mening, ideeën of verwachtingen van de patiënt.	<p>Score ½: Ja, maar er ontstaat geen gesprek.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt ½ gescoord wanneer de fysiotherapeut vraagt naar de mening, ideeën en verwachtingen van de patiënt. Er ontstaat echter geen gesprek. <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt ½ gescoord wanneer de patiënt een uiting doet over zijn mening, ideeën en verwachtingen en de fysiotherapeut hierop in gaat. Echter ontstaat hieruit geen gesprek.	<p>Score 1: Ja, en de fysiotherapeut gaat in gesprek met de patiënt over de mening, ideeën en verwachtingen van de patiënt.</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt 1 gescoord wanneer de fysiotherapeut vraagt naar de mening, ideeën en verwachtingen van de patiënt. De patiënt geeft een antwoord waarop de fysiotherapeut verder doorvraagt. Er ontstaat een gesprek. <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none">• Er wordt 1 gescoord wanneer de patiënt een uiting doet over zijn mening, ideeën en verwachtingen en de fysiotherapeut hierop in gaat. Hieruit ontstaat een gesprek over de mening, ideeën en verwachtingen van de patiënt.
--	--	--

<p>Geen voorbeeld nodig</p>	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Fysiotherapeut</u>: “Wat weet je al over bursitis?” • <u>Patiënt</u>: “Oh ik heb er wel eens iets over gelezen, maar niet zoveel” • <u>Fysiotherapeut</u>: “Oké. Zal ik daar wat uitleg over geven?” <p>Scenario 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Patiënt</u>: “Oh mijn moeder heeft wel eens bursitis gehad. Volgens mij duurde dat toen wel een hele tijd.” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Ja dat kan soms lang duren inderdaad. Gelukkig hoeft dat niet bij iedereen zo te zijn. Zal ik daar wat uitleg over geven?” 	<p>Voorbeeld:</p> <p>Scenario 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Fysiotherapeut</u>: “Wat weet je al over bursitis?” - <u>Patiënt</u>: “Oh ik heb er wel eens iets over gelezen, maar niet zoveel” - <u>Fysiotherapeut</u>: “En wat heb je vooral onthouden over deze klacht?” <p>Scenario 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Patiënt</u>: “Oh mijn moeder heeft wel eens bursitis gehad. Volgens mij duurde dat toen wel een hele tijd.” - <u>Fysiotherapeut</u>: “Ja dat kan soms lang duren inderdaad. Hoelang verwacht je dat het bij jou gaat duren?”
------------------------------------	---	--

APPENDIX 4 EXTENDED OPTION-5 SCORING MANUAL

Beoordeling rubrics OPTION 5 Observational score.

Deze rubrics is gemaakt om op basis van het Engelstalige manual van de OPTION 5¹ en is ontwikkeld om eerste fysiotherapeutische consulten te observeren in de eerstelijns praktijk bij mensen met schouder problemen.

Algemeen

- Een opname wordt niet beoordeeld als het gesprek vanwege technische problemen niet compleet is. Bijvoorbeeld als stukken wegvallen waarin mogelijk belangrijke inhoud wordt besproken. Een opname wordt ook niet beoordeeld als dit vanwege slechte audiokwaliteit niet mogelijk is. Let op: wanneer de patiënt dialect spreekt, wordt de opname wél beoordeeld.

Definiëring van belangrijke onderwerpen

- **Behandeldoel:** Het hoofddoel van het behandelplan is gerelateerd aan de zorgbehoefte van de patiënt en het verwachte herstel, en wordt geformuleerd in een voor zowel de patiënt als de fysiotherapeut reële doelstelling.
- **Behandelplan:** Alle afspraken die de therapeut en de patiënt maken om het behandelplan vorm te geven en daarmee het behandeldoel te behalen. Bijvoorbeeld: wanneer de behandelingen plaatsvinden, het aantal sessies, de inhoud van de sessies in de praktijk, huiswerk (frequentie, type, soort huiswerk), maar ook doorverwijzing naar bijvoorbeeld huisarts of medisch specialist.
- Het gaat hierbij om zowel de behandelingen in de praktijk zelf, alsook om wat de patiënt thuis/in zijn ADL gaat doen.

Beoordelingsprocedure:

- Luister het hele fragment. Maak uitgebreide notities, inclusief tijdstippen, tijdens het luisteren (op het beoordelingsformulier).
- Bij relevante audiofragmenten, beschrijf je het eerste deel van de relevante quote bij het tijdstip en het laatste deel van de zin. Ga niet letterlijk transcriberen.
- Stukken die niet relevant zijn worden niet meegenomen (bijvoorbeeld omdat fysiotherapeut/patiënt de ruimte verlaten). Het fysieke onderzoek wordt wel beoordeeld, noteer hier begin- en eindtijdstip. Op het beoordelingsformulier geef je aan welke stukken niet beoordeeld hoeven te worden.

- Scoor de vijf items en onderbouw per item waarom je voor een score kiest. Geef indien mogelijk ook aan waarom je niet 1 hoger of lager scoort.
- Er zit een opbouw in de itemscores. Je start met score 0, dan bepaal je of je voldoet aan score 1. Als die behaald is ga je kijken of score 2 zou passen, etc.
- Geef de best passende score. Het kan soms nodig zijn om uit te zoomen en bijvoorbeeld toch score 2 te kiezen als de criteria voor score 3 zijn voldaan.
- Beoordeel alleen op de OPTION5/samen beslissen. Neem andere opvallendheden op communicatief vlak niet mee in je beoordeling.
- Heb je alle vijf items beoordeeld? Tel de scores op en vermenigvuldig ze met vijf. Zoom uit en kijk of je deze totaalscore passend vindt voor het gehele gesprek. Schrijf 2 of 3 argumentaties op voor je totaalscore. Past de score niet? Kijk dan of je bij bepaalde items twijfelde tussen twee scores en beoordeel of je deze score nog moet aanpassen om een totaalscore te krijgen die beter past bij het gehele gesprek.
- Houd een korte pauze (minimaal 30 min.) tussen het beoordelen van twee observaties om te voorkomen dat je de observaties te veel gaat vergelijken.
- Bij twijfel: overleg met Sijmen.

Item 1: Optiegesprek; Benoemt de fysiotherapeut de verschillende opties waarover een besluit genomen moet worden?

De fysiotherapeut vestigt de aandacht op, of bevestigt een gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandel- of beleidsmogelijkheden bestaan/ waarover een besluit genomen moet worden.⁴

- Het gaat om het noemen van de mogelijkheden. Hoeveel moeite doet de zorgverlener om aan de patiënt uit te leggen dat er verschillende opties zijn en dat er niet 1 superieure optie is? Er is iets te kiezen.⁵

- Bij Item 1 wordt alleen de opties genoemd. Er wordt nog geen interpretatie van de opties gegeven (item 3) en er worden ook nog geen voor-en nadelen van de opties genoemd.

- Het gaat om het benoemen van opties an sich. Een therapeut kan dus meerdere opties noemen binnen een behandeldoel, en meerdere behandeldoelen bespreken.

<p>Score 0: <u>niet</u> waargenomen.</p> <p>De fysiotherapeut doet geen moeite om duidelijk te maken of te bevestigen dat er alternatieve behandelingen/management opties zijn of te vermelden dat er een beslissing genomen moet worden.</p> <p>Of</p> <p>De patiënt neemt het initiatief over dat er verschillende opties overwogen moeten worden maar de fysiotherapeut doet geen moeite om duidelijk te maken of te bevestigen dat er alternatieve behandelingen/management opties zijn of te vermelden dat er een beslissing genomen moet worden.</p> <p>De fysiotherapeut spreekt over niet meer dan 1 behandelvorm.</p>	<p>Score 1: bestaan van <u>opties</u> genoemd.</p> <p>De fysiotherapeut benoemt dat er meerdere opties zijn maar gaat verder niet in op de opties. De fysiotherapeut benoemt verschillende behandelopties maar heeft het plan zelf eigenlijk al opgesteld (deelt het plan alleen mee aan de patiënt).</p> <p>Indien er verschillende opties ter sprake komen maar niet expliciet als keuze worden besproken geef je score 1</p> <p>Als de patiënt opties initieert, de fysiotherapeut doet een minimale moeite om duidelijk te maken of te bevestigen dat er alternatieve behandelingen/management opties zijn of te vermelden dat er een beslissing genomen moet worden.</p> <p>Bij een score 1 mag je dit gedrag ook interpreteren.</p>	<p>Score 2: <u>verschillende</u> opties worden benoemd.</p> <p>Bijvoorbeeld wait-and-see, oefeningen, manuele verrichtingen, dry-needling, massage, etc</p> <p>Het voor leggen van de behandel frequentie, wel of niet oefeningen voor thuis, etc. wordt ook gezien als opties.</p> <p>Als de patiënt opties initieert, de fysiotherapeut doet een gemiddelde moeite om duidelijk te maken of te bevestigen dat er alternatieve behandelingen/management opties zijn of te vermelden dat er een beslissing genomen moet worden.</p> <p>De fysiotherapeut betreft de patiënt bij de uitleg over de rationale/oorzaak van de schouder problemen in het kader van de besluitvorming. De fysiotherapeut legt de verschillende behandelvormen</p>	<p>Score 3: <u>gelijkwaardigheid</u> van de opties wordt genoemd.</p> <p>De fysiotherapeut mag dus geen waarde toevoegen aan de opties.</p> <p>De fysio legt tevens uit waarom de input van de patiënt gewenst is bij het nemen van de beslissing, bijvoorbeeld omdat de voorkeuren of omstandigheden van patiënten verschillen.</p> <p>De therapeut checkt of de patiënt de informatie heeft begrepen (weegt minder zwaar mee als de gelijkwaardigheid bij het toekennen van een score 3)</p> <p>Als de patiënt opties initieert, de fysiotherapeut doet een bekwame moeite om duidelijk te maken of te bevestigen dat er alternatieve behandelingen/management opties zijn of te vermelden dat er een beslissing genomen moet worden.</p>	<p>Score 4: Verschillende opties genoemd, uitgelegd en kijken waar eventuele voorkeuren liggen.</p> <p>Is dus uitgebreider dan 3 en gaat met name meer in op de voorkeur van de patiënt.</p> <p>Als alle punten van score 3 zijn besproken met eerste inventarisatie van de voorkeuren van de patiënt, kan je score 4 geven.</p> <p>De fysiotherapeut checkt of de patiënt begrijpt waarom dit belangrijk is of geeft aan dat de patiënt tijd krijgt om een keuze te maken (weegt minder zwaar dan de uitleg waarom).</p>
---	---	--	---	--

	<p>De fysiotherapeut geeft uitleg over de rationale/oorzaak van de schouder problemen in het kader van de besluitvorming. De fysiotherapeut spreekt over meerdere behandelvormen. De patiënt wordt niet betrokken in deze uitleg en de behandelvormen worden medegedeeld of komen terloops ter sprake.</p>	<p>voor en geeft aan dat hier een beslissing over genomen kan worden.</p>		
--	--	--	--	--

Item 2: Teamgesprek; zoekt de fysiotherapeut samenwerking op met de patiënt?

De fysiotherapeut verzekert de patiënt, of bevestigt dat de zorgverlener de patiënt zal helpen om goed geïnformeerd te raken en om de mogelijkheden af te wegen.⁴

-Het gaat om 'partnership', de keuze wordt gemaakt onder samenwerkingsverband tussen zorgverlener en patiënt. Hoeveel moeite doet de zorgverlener om te laten merken dat hij de patiënt (onder)steunt bij de keuze en alles zal doen om de patiënt te helpen een keuze te maken?⁵

- Het gaat hier om het opbouwen van een band/team talk, de patiënt hoeft niet gerustgesteld te worden oid.

- Het gaat om Team Talk met betrekking tot het maken van keuzes. Dit moet de therapeut expliciet benoemen. Het gaat dus niet om of de therapeut de patiënt zal ondersteunen tijdens het behandelproces an sich. Voorbeeld: "Ik zal je helpen bij het stellen van prioriteiten of het maken van keuzes ten aanzien van de behandeling"

<p>Score 0: <u>niet</u> waargenomen.</p> <p>De fysiotherapeut doet geen moeite om de patiënt gerust te stellen over de ondersteuning bij het proces van informatie geven of gevraagd worden om overwegingen te maken ten aanzien van de opties.</p>	<p>Score 1: De fysiotherapeut geeft aan dat er een gezamenlijk besluit zal worden genomen.</p> <p>In de pogingen van de fysiotherapeut om tot samenwerking te komen moet de besluitvorming centraal staan.</p> <p>De therapeut doet minimale moeite om de patiënt duidelijk te maken dat hij als therapeut de patiënt zal ondersteunen bij het proces van informatie geven of bij het maken van overwegingen ten aanzien van het behandelplan. Wanneer een</p>	<p>Score 2: De fysiotherapeut geeft aan dat het een (lastige) keuze is waarbij hij/zij de patiënt zal <u>helpen</u>.</p> <p>Een score 2 is dus idem aan score 1 (Zorgverlener geeft aan dat er een gezamenlijk besluit zal worden genomen) en geeft tevens aan dat dit lastig/nieuw is.</p> <p>Of gebruikt andere bewoordingen die passend zijn bij "moderate effort"</p> <p>De fysiotherapeut geeft (kort) zijn eigen rol in het proces aan (idem score 1).</p> <p>Aanvullend op score 1 geeft de fysiotherapeut dus niet alleen aan dat ze een beslissing gaan</p>	<p>Score 3: De fysiotherapeut geeft aan dat hij de patiënt zal <u>steunen onafhankelijk van welke keuze</u> hij/zij maakt.</p> <p>De fysiotherapeut erkent de patiënt als specialist over het eigen gezondheidsprobleem en geeft aan dat hij mee zal helpen in het besluitvormingsproces.</p> <p>De fysiotherapeut kent autonomie toe aan de patiënt.</p> <p>Bij "keuze" kan gedacht worden aan welke therapievorm gekozen wordt of de frequentie en duur van de behandeling.</p>	<p>Score 4: De fysiotherapeut geeft aan dat opties gelijkwaardig zijn en <u>afhankelijk</u> zijn van de <u>keuze</u> van de patiënt.</p> <p>Uit het gesprek wordt duidelijk dat ze als een team gaan samenwerken (evt. zelfs inclusief familie/partner) en dat de patiënt niet het risico loopt om zich in de steek gelaten te voelen om alleen een moeilijke beslissing te nemen.</p> <p>Score 4 vereist bovenop score 3 dat duidelijk wordt uit het gesprek dat de fysiotherapeut</p>
--	--	---	--	--

	<p>therapeut van “we” spreekt, mag je een 1 scoren. <i>“Laten we...”</i></p> <p>Wanneer een therapeut van “we” spreekt, in het kader van de besluitvorming, kan je dus een 1 scoren.</p> <p>Bij een score 1 mag je dit gedrag ook interpreteren.</p>	<p>maken, maar benadrukt ook duidelijk dat deze beslissing in onderlinge afstemming plaats vindt. De fysiotherapeut zoekt hiermee de samenwerking met de patiënt.</p>	<p>Score 3 vereist bovenop score 2 dat de fysiotherapeut de patiënt erkent als specialist en autonomie toekent.</p>	<p>en de patiënt een gelijkwaardige rol hebben in de besluitvorming. Beide zijn specialist en werken vanuit het eigen specialisme samen om tot een beslissing te komen.</p>
--	--	---	---	---

Item 3: Optiegesprek; geeft de fysiotherapeut informatie over de opties en de voor- en nadelen?

De fysiotherapeut geeft informatie over, of controleert het begrip van de voor- en nadelen van de mogelijkheden die redelijk zijn (inclusief 'niets doen'), om de patiënt te ondersteunen bij het vergelijken van de alternatieven.⁴

-Het gaat hier om uitleg geven over de aangeboden opties. Hoe veel moeite doet de zorgverlener om de patiënt de opties uit te leggen, inclusief voor- en nadelen?

Meer waarde toegekend aan het uitleggen van de voor- en nadelen dan aan gelijkwaardigheid.⁵

- De patiënt moet uiteindelijk voldoende informatie hebben om een goede afweging te kunnen maken, daarom is het nodig om alle voor- en nadelen te bespreken

<p>Score 0: <u>niet</u> waargenomen.</p> <p>De fysiotherapeut doet geen moeite om informatie te geven over de verschillende opties. Of als de patiënt al informatie over verschillende opties heeft gekregen of opgezocht, doet de fysiotherapeut geen moeite om de accuratesse of geschiktheid van de informatie te achterhalen.</p>	<p>Score 1: De fysiotherapeut legt de opties minimaal uit.</p> <p>De fysiotherapeut doet minimale moeite om het bestaan van alternatieve behandel/management opties duidelijk te maken of te bevestigen. Bij een score 1 mag je dit gedrag ook interpreteren (zie tabel).</p>	<p>Score 2: De fysiotherapeut legt de behandelopties en voor- en nadelen van behandelopties uit.</p> <p>De fysiotherapeut doet een matige moeite om het bestaan van alternatieve behandel/management opties duidelijk te maken of te bevestigen. De therapeut geeft bijvoorbeeld uitleg over het effect van de oefentherapie en geeft tevens uitleg over de tijdsinvestering. Wanneer er alléén voordelen worden genoemd, maar dit op hoog niveau besproken is, kan</p>	<p>Score 3: De fysiotherapeut legt de behandelopties en voor- en nadelen van behandeloptie uit en <u>kijkt of alles duidelijk was voor de patiënt</u></p> <p>De fysiotherapeut doet een bekwame moeite om het bestaan van alternatieve behandel/management opties duidelijk te maken of te bevestigen.</p>	<p>Score 4: De fysiotherapeut legt de behandelopties en voor- en nadelen van behandelopties uit en kijkt of alles duidelijk was voor de patiënt. En vraagt <u>de patiënt de informatie te herhalen (teach back)</u>.</p> <p>De fysiotherapeut doet een voorbeeldige moeite om het bestaan van alternatieve/management opties duidelijk te maken. Dit kan inhouden dat de fysiotherapeut</p>
--	---	--	---	--

	<p>Score 1 is dat de fysiotherapeut de verschillende opties benoemd en uitgelegd. Maar voor- en nadelen/onzekerheid wordt geen onderdeel van de uitleg.</p> <p>De uitleg van de verschillende opties moet wel als doel hebben om tot besluitvorming te komen.</p>	<p>eventueel een score 2 toegekend worden, in andere gevallen waarin alleen voordelen worden besproken kan je maximaal een score 1 toekennen.</p> <p>Aanvullend op score 1 is als de fysiotherapeut moeite doet om de voor- en nadelen/onzekerheid uit te leggen en dus onderdeel maakt van de uitleg.</p>	<p>Het verschil tussen score 3 en 2 is dat de fysiotherapeut duidelijk moeite doet/het duidelijk checkt of het voor de patiënt duidelijk is, alleen dan wordt er een 3 gescoord, anders score 2.</p>	<p>checkt of de patiënt het begrepen heeft, of inventariseert of de patiënt de noodzaak voelt om tijd te nemen voor de beslissing. De voorkeuren over het beslissen variëren en moeten worden gerespecteerd.</p> <p>Een score 4 vereist aanvullend op score 3 dat teach back wordt gebruikt óf dat de fysiotherapeut uitgebreid gebruik maakt van voorlichtingsmateriaal om de informatie te ondersteunen.</p>
--	---	--	---	--

Item 4: Beslissingsgesprek; vraag de fysiotherapeut naar de voorkeuren van de patiënt?

De zorgverlener doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden.

-Het gaat hier om het uitlokken van de voorkeur van de patiënt. In hoeverre doet de zorgverlener moeite om de voorkeuren, zorgen en verwachtingen boven tafel te krijgen? (Zorgverlener geeft bijvoorbeeld ruimte om ook over andere zaken te praten (bijv. kinderen, werk, familie, zieke zus etc.). Deze vraag staat los van vraag 3.⁵

- De Nederlandse "manual"⁴ heeft het hierover zorgen, voorkeuren en verwachtingen. Dit staat zo niet in de originele manual beschreven. We volgen hierin de Nederlandse manual met bijbehorende termen.⁴

*- Definitie van zorgen: *verontrusten, bezorgd zijn, ongerust maken, piekeren, ergens over in zitten.**

*- Definitie van voorkeuren: *keus van het een boven het ander: de voorkeur geven aan. Prioriteit geven aan.*^{5,6}*

*- Definitie verwachtingen: *een toekomstgerichte overtuiging. Verwachtingen zijn voorspellend van aard en moeten worden onderscheiden van ideale, waarde of fantasie verwachtingen. Deze gaan meer over hoop en verlangen en moeten gezien worden als wat de patiënt graag zou willen dat er plaats vindt ipv een probabilistische schatting over de toekomst.*⁸*

<p>Score 0: <u>niet</u> waargenomen.</p> <p>De fysiotherapeut doet geen moeite om de zorgen, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt te bespreken.</p> <p>Of als de patiënt zelf zorgen, voorkeuren en verwachtingen bespreekbaar maakt, doet de fysiotherapeut geen moeite om hierop in te gaan.</p>	<p>Score 1: 1 van de items 'zorgen', 'voorkeuren', 'verwachtingen' worden besproken.</p> <p>De fysiotherapeut doet minimale moeite om de zorgen, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt te bespreken in reactie op de besproken opties.</p> <p>Of als de patiënt zelf zorgen, voorkeuren en verwachtingen bespreekbaar maakt, doet de fysiotherapeut minimale moeite om hierop in te gaan.</p> <p><i>Wat wordt er verstaan onder minimale moeite + voorbeeld:</i></p> <p>De fysiotherapeut bespreekt 1 van de items zorgen/ voorkeuren/ verwachtingen door dit actief uit te vragen. En geeft de patiënt beperkt de ruimte om zijn/haar eigen verhaal te vertellen en er</p>	<p>Score 2: 2 van de items 'zorgen', 'voorkeuren', 'verwachtingen' worden besproken.</p> <p>De fysiotherapeut doet matige moeite om de zorgen, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt te bespreken in reactie op de besproken opties.</p> <p>Of als de patiënt zelf zorgen, voorkeuren en verwachtingen bespreekbaar maakt, doet de fysiotherapeut matige moeite om hierop in te gaan.</p> <p><i>Wat wordt er verstaan onder matige moeite + voorbeeld:</i></p> <p>Voor een score 2 geeft de fysiotherapeut de patiënt redelijk de ruimte om zijn/haar verhaal te vertellen én 2 van de items zorgen/ voorkeuren/ verwachtingen komen aan bod. De fysiotherapeut luistert actief of gebruikt</p>	<p>Score 3: 3 van de items 'zorgen', 'voorkeuren', en 'verwachtingen' worden besproken</p> <p>De fysiotherapeut doet bekwame moeite om de zorgen, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt te bespreken en te bevestigen in reactie op de besproken opties.</p> <p>Of als de patiënt zelf zorgen, voorkeuren en verwachtingen bespreekbaar maakt, doet de fysiotherapeut bekwame moeite om hierop in te gaan.</p> <p><i>Wat wordt er verstaan onder bekwame moeite + voorbeeld:</i></p>	<p>Score 4: De fysiotherapeut herhaalt bovendien de 'zorgen', 'voorkeuren', 'verwachtingen' van de patiënt.</p> <p>De fysiotherapeut doet voorbeeldige moeite om de zorgen, voorkeuren en verwachtingen van de patiënt te bespreken en te bevestigen in reactie op de besproken opties.</p> <p>Of als de patiënt zelf zorgen, voorkeuren en verwachtingen bespreekbaar maakt, doet de fysiotherapeut voorbeeldige moeite om hierop in te gaan.</p> <p>Voor een score 4 geeft de fysiotherapeut de patiënt uitgebreid de ruimte om zijn/haar verhaal te vertellen door actief te luisteren en gebruik te maken van aanmoedigende woorden/ onderbrekingen en bij alle drie de items verdiepende vragen te</p>
--	---	--	---	--

	<p>worden bijvoorbeeld geen/bepikt verdiepende vragen gesteld. Bijv. <i>Heeft u verwachtingen over ...?</i> Bij initiëren door de patiënt van 1 van de items zorgen/ voorkeuren/ verwachtingen moet de fysiotherapeut hier actief op doorvragen.</p>	<p>aanmoedigende woorden zoals 'ja', 'humhum', etc. Of de fysiotherapeut stelt verdiepende vragen bij tenminste 1 van de items zorgen/ voorkeuren/ verwachtingen. Indien de fysiotherapeut dit bij 2 items uitgebreid doet dan is het mogelijk om toch een score 3 te geven.</p>	<p>Voor een score 3 geeft de fysiotherapeut de patiënt de ruimte om zijn/haar verhaal te vertellen door actief te luisteren en gebruik te maken van aanmoedigende woorden/ onderbrekingen en bij tenminste 2 items verdiepende vragen te stellen. Alle drie de items zorgen/ voorkeuren/ verwachtingen komen aan bod. Als alle 3 de items zorgen, voorkeuren én verwachtingen aan bod komen, maar de fysiotherapeut gaat hier niet echt op in (wordt voornamelijk vanuit de patiënt verteld), kan maximaal 2 worden gescoord.</p>	<p>stellen. Alle drie de items zorgen/ voorkeuren/ verwachtingen komen aan bod. Als zorgen, voorkeuren en verwachtingen vooral door de patiënt aan bod komen en de fysiotherapeut gaat hier redelijk actief op in maar het kan beter, dan geef je een score 3.</p>
--	---	---	--	--

Item 5: Beslissingsgesprek; integreert de fysiotherapeut de voorkeuren van de patiënt in het uiteindelijke behandelplan?

De zorgverlener doet zijn best de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit.⁴

- *Het gaat hier om het integreren van voorkeuren van de patiënt in het uiteindelijke plan. In hoeverre doet de zorgverlener moeite om voorkeuren en overwegingen van de patiënt te integreren in het plan? (...) Het gaat hier echt om de voorkeuren in combinatie met beslissing.*⁵
- Het gaat hier om de uiteindelijke conclusie, dus het uiteindelijke behandelplan dat wordt opgesteld waarin het behandeldoel duidelijk verwerkt is. Het kan zijn dat de fysiotherapeut tijdens de intake wél de voorkeuren uitvraagt maar deze alsnog niet meeneemt in het uiteindelijke behandelplan.
- Informatie uit de hele opname moet voor dit item meegenomen worden
- De therapeut kan hierin een sterk sturende rol aannemen en knopen doorhakken.

<p>Score 0: <u>niet</u> waargenomen.</p> <p>De fysiotherapeut doet geen moeite om de patiënts geïnformeerde voorkeuren te integreren in de besluitvorming of als deze nog wordt uitgesteld.</p> <p>Of als de patiënt aangeeft hoe de voorkeuren te integreren in de besluitvorming, doet de fysiotherapeut geen moeite om dit te doen.</p>	<p>Score 1: De fysiotherapeut geeft het besluit aan.</p> <p>De fysiotherapeut doet minimale moeite om het behandeldoel te formuleren en de patiënts geïnformeerde voorkeuren te integreren in de besluitvorming of als deze nog wordt uitgesteld.</p> <p>Of als de patiënt aangeeft hoe de voorkeuren te integreren in de besluitvorming, doet de fysiotherapeut minimale moeite om dit te doen.</p> <p>Voor een score 1 neemt de fysiotherapeut de voorkeuren van de patiënt minimaal in het besluit/behandelplan. De fysiotherapeut expliciteert het behandeldoel.</p> <p>Indicatoren:</p>	<p>Score 2: De fysiotherapeut geeft aan dat het besluit op basis van de voorkeur van de patiënt wordt gemaakt.</p> <p>De fysiotherapeut doet matige moeite om de patiënt te betrekken bij het formuleren van het behandeldoel en de patiënts geïnformeerde voorkeuren te integreren in de besluitvorming of als deze nog wordt uitgesteld.</p> <p>Of als de patiënt aangeeft hoe de voorkeuren te integreren in de besluitvorming, doet de fysiotherapeut matige moeite om dit te doen.</p> <p>Voor een score 2 doet de fysiotherapeut moeite om de voorkeuren te integreren in het besluit/behandelplan door de patiënt te betrekken in het opstellen van het behandeldoel.</p> <p>Indicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De patiënt wordt betrokken bij het 	<p>Score 3: De fysiotherapeut geeft aan dat het besluit op basis van de voorkeur van de patiënt wordt gemaakt en vraagt of de patiënt het eens is met het besluit.</p> <p>De fysiotherapeut stelt gezamenlijk met de patiënt het behandeldoel op en doet bekwame moeite om de patiënts geïnformeerde voorkeuren te integreren in de besluitvorming of als deze nog wordt uitgesteld.</p> <p>Of als de patiënt aangeeft hoe de voorkeuren te integreren in de besluitvorming, doet de fysiotherapeut bekwame moeite om dit te doen.</p> <p>Voor score 3 doet de fysiotherapeut moeite om de voorkeuren van de patiënt te betrekken in de besluitvorming in gelijkwaardige afstemming met de patiënt en wordt het</p>	<p>Score 4: De fysiotherapeut geeft bovendien aan dat de patiënt op het besluit kan terugkomen.</p> <p>De fysiotherapeut doet voorbeeldige moeite om de patiënts geïnformeerde voorkeuren te integreren in de besluitvorming of als deze nog wordt uitgesteld.</p> <p>Of als de patiënt aangeeft hoe de voorkeuren te integreren in de besluitvorming, doet de fysiotherapeut voorbeeldige moeite om dit te doen.</p> <p>Voor score 4 doet de fysiotherapeut moeite bij het betrekken van de voorkeuren van de patiënt om het besluit te 'checken' bij de patiënt. Bijv. door de patiënt een samenvatting te laten geven. Ook geeft de therapeut aan</p>
--	--	--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Behandeldoel wordt geformuleerd - Besluit wordt gebaseerd op voorkeur van de fysiotherapeut. 	<p>opstellen van het behandeldoel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voorkeuren van de patiënt worden betrokken. 	<p>behandel doel in dezelfde gelijkwaardige afstemming tussen patiënt en fysiotherapeut opgesteld.</p> <p>Indicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het behandeldoel wordt gezamenlijk opgesteld. - Voorkeuren van de patiënt worden in gezamenlijke afstemming geïntegreerd. 	<p>dat ze nog op het besluit/plan kunnen terugkomen.</p> <p>Indicatoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fysiotherapeut maakt gebruik van teachback.
--	---	--	--	---

