De option-5 observatielijst in de fysiotherapeutische setting

*Praktijkonderzoek*



**Student: Mark Toxopeus & Rozemarijn Postema**

**Studentnummer: 367481 & 355161**

**Scriptiebegeleider/ supervisor: Carla van der Kruk**

**Datum/Date : 02/06/2021**

Hanzehogeschool groningen | Opleiding fysiotherapie

**Voorwoord**

Voor u ligt de scriptie: ‘de OPTION-5 observatielijst in de fysiotherapeutische setting’. Het onderzoek voor deze scriptie is uitgevoerd bij verschillende eerstelijns fysiotherapiepraktijken in de provincies Groningen en Drenthe. Deze scriptie is in opdracht van de Hanzehogeschool geschreven door Mark Toxopeus en Rozemarijn Postema in de periode februari 2021 tot en met juni 2021 als afstudeeropdracht voor de bacheloropleiding fysiotherapie aan de Hanzehogeschool te Groningen.

In samenwerking met onze opdrachtgever Sandra Jorna-Lakke en het SDM-netwerk is de onderzoeksvraag tot stand gekomen en heeft het onderzoek vorm gekregen. Dit onderzoek heeft ons meer inzicht gegeven in “shared decision making” en geïnspireerd om dit toe te passen in onze afstudeerstages en verdere loopbaan.

Via deze weg willen wij graag onze scriptiebegeleidster Carla van de Kruk bedanken voor het beantwoorden van onze vragen, feedback momenten en uitstekende begeleiding tijdens deze onzekere covid-19 tijden. Onze opdrachtgever Sandra Jorna-Lakke vanuit de Hanzehogeschool Groningen en het SDM-netwerk, Tom Offringa, Rianne van der Veer en Caroline Tan voor de bijdragen en samenwerkingen aan dit onderzoek.

Wij wensen u veel plezier met lezen van onze scriptie.

Juni 2021, Groningen

Mark Toxopeus en Rozemarijn Postema

**Samenvatting**

*Inleiding:* Slechte communicatie in de eerstelijns fysiotherapeutische praktijk kan leiden tot een verminderde kwaliteit van de behandeling. Het toepassen van shared decision making (SDM) draagt bij aan de verbetering van de behandelkwaliteit. De mate van SDM kan gemeten worden met een observatielijst, de OPTION-5. Binnen de fysiotherapie is de OPTION-5 nog niet gevalideerd. In deze kwalitatieve mixed-methods studie wordt de hoogte van de face validity van de OPTION-5 in de eerstelijns fysiotherapie onderzocht.

*Methode:* Middels gestructureerde interviews bij eerstelijns fysiotherapeuten is de face validity per item van de OPTION-5 in kaart gebracht. De participanten hebben per item nieuwe zinnen gegeven, die de huidige items kunnen vervangen. Middels een focusgroep met eerstelijns fysiotherapeuten zijn de nieuwe zinnen beoordeeld. Als er een nieuwe zin met een hogere face validity bleek te zijn, werd deze gekozen om het huidige item te vervangen.

*Resultaten:* De face validity van de gehele OPTION-5 is 74%. De face validity van item 1 is 72%, item 2 61%, item 3 78%, item 4 78% en item 5 83%. In de focusgroep is voor elk huidige item een nieuwe zin gekozen.

*Conclusie:* Uit de studie blijkt dat de OPTION-5 een lage face validity heeft. Aanbevolen wordt om de huidige items te vervangen door de nieuwe zinnen uit de focusgroep met een hogere face validity. Deze nieuwe versie van de OPTION-5 dient verder te worden onderzocht op verschillende soorten validiteit.

**Abstract**

*Background:* Poor communication in primary care physiotherapy can lead to a reduced quality of treatment. The use of shared decision making (SDM) contributes to the improvement of treatment quality. The level SDM used in physiotherapy can be measured with an observation list, the OPTION-5. The OPTION-5 is not yet validated in physiotherapy. In this qualitative mixed-methods study, the level of the face validity of the OPTION-5 in primary care physiotherapy is measured.

*Methods:* The face validity for each item of the OPTION-5 is measured through structured interviews with primary care physiotherapists. The participants have formulated new sentences per item, witch can replace the current items. The new sentences have been rated on face validity through a focus group with primary care physiotherapists. If there was a sentence with a higher face validity, it was chosen to replace the current item.

*Results:* The face validity of the entire OPTION-5 is 74%. The face validity of item 1 is 72%, item 2 61%, item 3 78%, item 4 78% and item 5 83%. In the focus group, a new sentence was chosen for each current item.

*Conclusion:* The study shows that the OPTION-5 has a low face validity. It is recommended to replace the current items with the new sentences with a higher face validity from the focus group. This new version of the OPTION-5 needs to be further examined on different types of validity.

**Inleiding**

In een studie van Towle (1998) wordt geconcludeerd dat slechte communicatie in de gezondheidszorg één van de grootste oorzaken is van ontevredenheid onder patiënten. 16 jaar later, in een studie van Popa-Velea en Purcărea (2014) wordt geconcludeerd dat er problemen zijn met communicatie in de gezondheidszorg. Onder andere het gebrek aan voldoende communicatie skills, de neiging om te oordelen, vermijding van nevenproblematiek en het verwaarlozen van socio-culturele verschillen worden als problemen genoemd door patiënten. Communicatieproblemen in de zorg zijn er al ontzettend lang, terwijl de voordelen van goede communicatie er in overvloed zijn. Communicatieverbetering leidt tot een betere omschrijving van symptomen en leidt hierdoor tot een betere diagnose, de percepties van de patiënt over de behandelmogelijkheden worden duidelijker en de patiënt kan beter betrokken worden bij het nemen van een behandelbesluit (Popa-Velea & Purcărea, 2014). Binnen de fysiotherapie is ook ruimte voor verbetering van communicatie, blijkt uit onderzoek waarin wordt gesteld dat fysiotherapeuten vaker kiezen voor de beste behandeling, in plaats van te luisteren naar de wensen van de patiënt. Negatieve gevolgen hiervan zijn dat de relatie tussen patiënt en therapeut verslechtert en het ontstaan van behandelconflicten. Dit leidt tot een verminderde kwaliteit van de fysiotherapeutische behandeling (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013). Een oplossing voor dit probleem is shared decision making (SDM).

SDM, in het Nederlands ‘gezamenlijke besluitvorming’, is het proces van het maken van een weloverwogen besluit samen met de patiënt. De eerste vermelding van SDM komt uit 1982 en komt voort uit de principes van ‘patient-centered care’ (Elwyn, et al., 2012). Patient-centered care is het actief betrekken van de patiënt bij het maken van beslissingen in de gezondheidszorg (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Door de patiënt actief te betrekken bij het maken van een besluit kan er een wetenschappelijk onderbouwde keuze gemaakt worden en de kwaliteit van de communicatie tussen patiënt en zorgverlener verbeteren (Hoffmann, Lewis, & Maher, 2019). Door SDM toe te passen vergroot de patiënttevredenheid, de therapietrouw en uiteindelijk de gezondheid van de patiënt (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013). Hierom hebben zowel fysiotherapeuten als patiënten belang bij de uitkomsten van dit onderzoek.

Volgens Pieterse en Finset (2019) is er nog veel verbetering in het gebruik van SDM mogelijk. Een grote barrière voor het gebruik is de tijdsdruk in de gezondheidszorg, hoewel hier nog weinig evidentie voor is. In de fysiotherapeutische setting varieert de duur van één consult tussen de 20 en 60 minuten, afhankelijk van de complexiteit van de klacht en de richtlijnen van de praktijk. Tijdens een consult is de bedrevenheid van de zorgverlener van invloed op SDM, de patiënt weet bijvoorbeeld beter wat de behandelopties zijn omdat de fysiotherapeut dit duidelijk kan communiceren. Søndergaard et al. (2019) concludeerde dat wanneer een getrainde zorgverlener SDM toepaste, de patiënten minder spijt van een behandelkeuze ervaarden dan patiënten waarbij geen SDM werd toegepast.

Onder andere door het gebruik van meetinstrumenten kan SDM in de fysiotherapeutische praktijk worden verbeterd (Pieterse & Finset, 2019). Zo’n meetinstrument is bijvoorbeeld de OPTION-5 (zie Bijlage A) (Elwyn, Tsulukidze, Edwards, Légaré, & Newcombe, 2013). Momenteel is er een gebrek aan richtlijnen voor het gebruik van de OPTION-5 (Elwyn, et al., 2012), terwijl fysiotherapeuten positief tegenover het gebruik ervan staan (Topp, Westenhöfer, Scholl, & Hahlweg, 2018). De OPTION-5 is een observatielijst die de mate van SDM in de zorg meet (Stubenrouch, et al., 2016). De zorgverlener wordt op vijf items gescoord met een score van 0 tot 4, waarbij 4 de hoogst haalbare score is. De maximaal te behalen score is 20, dit houdt in dat de therapeut SDM volledig heeft toegepast. In 2012 werd een model beschreven waarmee SDM in de praktijk kan worden toegepast. Dit model kent drie stappen: een keuze introduceren, opties geven en de patiënt helpen een keuze te maken (Elwyn, et al., 2012). In de OPTION-5 komen deze onderdelen ook aan bod. De voorloper van de OPTION-5 is de OPTION-12. Naar de OPTION-12 is praktijkonderzoek gedaan, er werden 13 fysiotherapeuten onderzocht waarbij gemiddeld 16 (range= 12-19) consulten zijn gescoord. Hier kwam uit dat voor alle items de mediaanscore nul was. Dit betekent dat op meer dan 50% van de items een nul werd gescoord, terwijl de hoogst haalbare score per item vier is (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013). In een ander onderzoek naar de OPTION-12 werd geconcludeerd dat een aantal items van de OPTION-12 een geïdealiseerde vorm van SDM zijn, en onrealistisch zijn in de echte wereld. Daarnaast bleek uit de studie dat zes items niet valide waren. Deze zijn geëxcludeerd en uit de resterende items is de OPTION-5 gevormd (Elwyn, Tsulukidze, Edwards, Légaré, & Newcombe, 2013).

Binnen de fysiotherapie is de OPTION-5 nog niet gevalideerd (Elwyn, Tsulukidze, Edwards, Légaré, & Newcombe, 2013). Het doel van dit afstudeeronderzoek is het in kaart brengen van de face validity van de OPTION-5 binnen de fysiotherapie, middels een kwalitatieve mixed-methods studie onder fysiotherapeuten. Onder ‘validity’ of in het Nederlands ‘validiteit’, wordt verstaan of een meetinstrument meet wat het moet meten. Het is een subjectieve manier van validiteit meten, zonder normaalwaarden waaraan de uitkomsten moeten voldoen (Stevens & Beurskens, 2008). Het onderzoek bestaat uit het afnemen van gestructureerde interviews waarin vragen worden gesteld over de face validity van de OPTION-5 items. De participanten werd gevraagd om alternatieve zinnen voor de items te bedenken, omdat de hypothese van dit onderzoek is dat de OPTION-5 een lage validity heeft in de fysiotherapeutische setting. Deze hypothese is gebaseerd op eerder onderzoek gedaan door het SDM-netwerk. Vervolgens wordt er in een focusgroep gediscussieerd over de face validity van de huidige en nieuw voorgestelde zinnen. Als blijkt dat een nieuwe zin een hogere face validity heeft kan deze het huidige item eventueel vervangen, waaruit een nieuwe OPTION-5 kan voortvloeien.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van Sandra Jorna-Lakke namens de Hanzehogeschool Groningen in samenwerking met het netwerk SDM-fysiotherapie. De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd: hoe hoog is de face validity van de OPTION-5 binnen de fysiotherapeutische setting?

**Methode**

*Onderzoeksopzet*

In deze kwalitatieve mixed-methods studie is de face validity van de OPTION-5 onderzocht, middels gestructureerde interviews en een focusgroep. Er zijn interviews afgenomen en er is een focusgroep georganiseerd om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag. Het interview (zie Bijlage B) is vooraf opgesteld en bestaat uit dertien vragen. Per item van de OPTION-5 is gevraagd of de participant vond dat het item valide leek op het eerste gezicht en of de participant een alternatieve zin voor het item wilde geven. Het resultaat van dit onderzoek is het percentage face validity per item en van de OPTION-5 in zijn geheel. Er zijn geen criteria voor het beoordelen van de hoogte van face validity. Daarom is de normaalwaarde van construct validity gebruikt. Hier is voor gekozen omdat in sommige literatuur wordt gesteld dat face validity onder construct validity valt (Devon, et al., 2007). Een item heeft een hoge face validity als >75% van de participanten denkt dat het item meet wat het moet meten (Stevens & Beurskens, 2008).

Het afnemen van het gestructureerde interview duurde ongeveer 20 minuten. Vervolgens is er in een focusgroep gediscussieerd over de face validity van de huidige OPTION-5 items en de nieuw voorgestelde zinnen, die de huidige items eventueel kunnen vervangen. Een focusgroep is in dit onderzoek goed in te zetten omdat deze vorm van onderzoek vaak wordt ingezet als er nog weinig bekend is over het onderwerp (Ketelaar, Hentenaar, & Kooter, 2011). Door de discussie die ontstond heeft zich een rangschikking gevormd van de zinnen op basis van welke de hoogste face validity had. Als blijkt dat er items vervangen kunnen worden door nieuwe voorgestelde zinnen, wordt op basis van deze resultaten de nieuwe OPTION-5 aanbevolen voor gebruik in de eerstelijns fysiotherapie. Het protocol voor ethische toetsing is doorlopen (zie Bijlage C), voor het onderzoek is WMO-toetsing niet nodig gebleken omdat er geen sprake is van handelingen of gedragswijzigingen met betrekking tot de participanten. Door participanten is een informed consent ondertekend waarbij er toestemming is gegeven voor deelname aan het onderzoek (zie Bijlage D).

*Onderzoekspopulatie*

In tabel 1 worden de in- en exclusiecriteria van het gestructureerde interview beschreven. Aanvankelijk werd gekozen voor fysiotherapeuten met een master, omdat de hypothese werd gesteld dat er in masters extra aandacht werd gegeven aan SDM en de toepassing hiervan in de praktijk. Na afname van de interviews onder fysiotherapeuten met een master bleek deze hypothese incorrect te zijn, met als resultaat de huidige inclusiecriteria.

De participanten van de gestructureerde interviews zijn geworven via de kenniskringen van fysiotherapeuten die betrokken waren bij het onderzoek. Er zijn 24 participanten telefonisch of via e-mail benaderd, waarvan 18 hebben deelgenomen (N=18). De overige zes participanten hadden geen interesse in meewerking. Wanneer er interesse was in deelname aan het onderzoek werd er een informatiebrief (zie Bijlage E) toegestuurd. De interviews werden fysiek of online afgenomen in de periode van maart 2021 tot april 2021.

Voor de werving van participanten voor de focusgroep is één praktijk benaderd en zijn de werknemers gevraagd om vrijwillig deel te nemen aan de focusgroep. Er is gebruik gemaakt van dezelfde inclusiecriteria als voor de interviews (Tabel 1). De participanten waren werkzaam bij dezelfde eerstelijns praktijk, met onderling diversiteit in opleidingsniveau en specialisaties om de kans op bias te minimaliseren. De focusgroep bestond uit acht fysiotherapeuten (N=8), volgens de norm voor een focusgroep (Hutter, Hennink, & Bailey, 2011). De focusgroep heeft plaatsgevonden in april 2021.

**Tabel 1.** Populatiecriteria

|  |  |
| --- | --- |
| **Inclusiecriteria** | **Exclusiecriteria** |
| Afgestudeerde fysiotherapeuten | Fysiotherapeuten in opleiding en andere beroepsgroepen |
| Fysiotherapeuten met of zonder master werkzaam in de eerstelijns praktijk | Fysiotherapeuten die niet werkzaam zijn in de eerstelijns praktijk |
| Eerstelijns fysiotherapeuten die bekend zijn met SDM | Eerstelijns fysiotherapeuten die niet bekend zijn met SDM |

*Meetinstrumenten en uitkomstmaten*

*Samenstelling gestructureerde interviews*

De gestructureerde interviews bestaan uit dertien vragen. Vooraf is er een korte introductie gegeven waarin het doel van het interview is verteld. Daarna werden er twee openingsvragen gesteld, gevolgd door tien kernvragen. Hierin werd naar de face validity van de items van de OPTION-5 gevraagd en voor ieder item is een alternatief gegeven door de participant. Het interview is afgesloten met één slotvraag, vervolgens werd de participant bedankt en gewezen op het recht om de resultaten van het onderzoek in te zien.

*Samenstelling focusgroep*

De focusgroep (N=8) heeft plaatsgevonden via Microsoft Teams en duurde 30 minuten. Er waren twee onderzoekers aanwezig waarvan één de focusgroep begeleidde. De bemiddelingsstijl was interactief (Hutter, Hennink, & Bailey, 2011). De focusgroep werd gestart met een kort welkomstwoord en de introductie van de participanten. De structuur van de bijeenkomst werd uitgelegd en vervolgens vond de discussie plaats. Er is gekozen om de structuur volgens Kinalski et al. aan te houden (2017). De zinnen werden per item door de bemiddelaar voorgelegd aan de groep, welke vervolgens de zin met de hoogste face validity koos. De deelnemers zagen de zinnen voor zich op een scherm, de gekozen zin werd onderstreept en vervolgens werd nog eenmaal gevraagd of alle deelnemers het met de keuze eens waren. Na de discussie werden de uitkomsten kort samengevat en de participanten bedankt.

*Dataverzameling/analyse*

De data is verzameld via ATLAS.ti en Excel. Van de semigestructureerde interviews en de focusgroep zijn audio opnames gemaakt die na analyse permanent zijn verwijderd. De interviews zijn getranscribeerd en de nieuw voorgestelde zinnen zijn in ATLAS.ti gecodeerd, waarna quotation reports (zie Bijlage F) per item naar Excel zijn geëxporteerd. Per item zijn de 18 voorgestelde zinnen die op elkaar leken geanalyseerd door beide onderzoekers en zinnen die sterk op elkaar leken werden weggestreept, waarvan één zin werd gehouden. Uiteindelijk bleven er zes zinnen per item over, inclusief het originele item. Deze zijn voorgelegd aan de focusgroep (zie Bijlage G). De nieuwe zinnen die in de focusgroep de hoogste face validity bleken te hebben zijn verwerkt in Tabel 4. De antwoorden op de face validity per item zijn verwerkt in Excel waaruit percentages werden berekend (zie Tabel 2).

**Resultaten**

*Kenmerken van de onderzoekspopulatie*

De 18 participanten van de semigestructureerde interviews (N=18) zijn gemiddeld tien (range= 1-38) jaar werkzaam als fysiotherapeut. Negen participanten zijn algemeen fysiotherapeut en negen hebben een specialisatie of master afgerond (zie Figuur 1). De acht participanten van de focusgroep (N=8) zijn gemiddeld 19 (range= 13-34) jaar werkzaam als fysiotherapeut. Zeven participanten hebben een master afgerond, één heeft de specialisatie hart & vaat (zie Figuur 2). De uitkomsten van de interviews en focusgroep staan beschreven in Tabel 2 en 4.

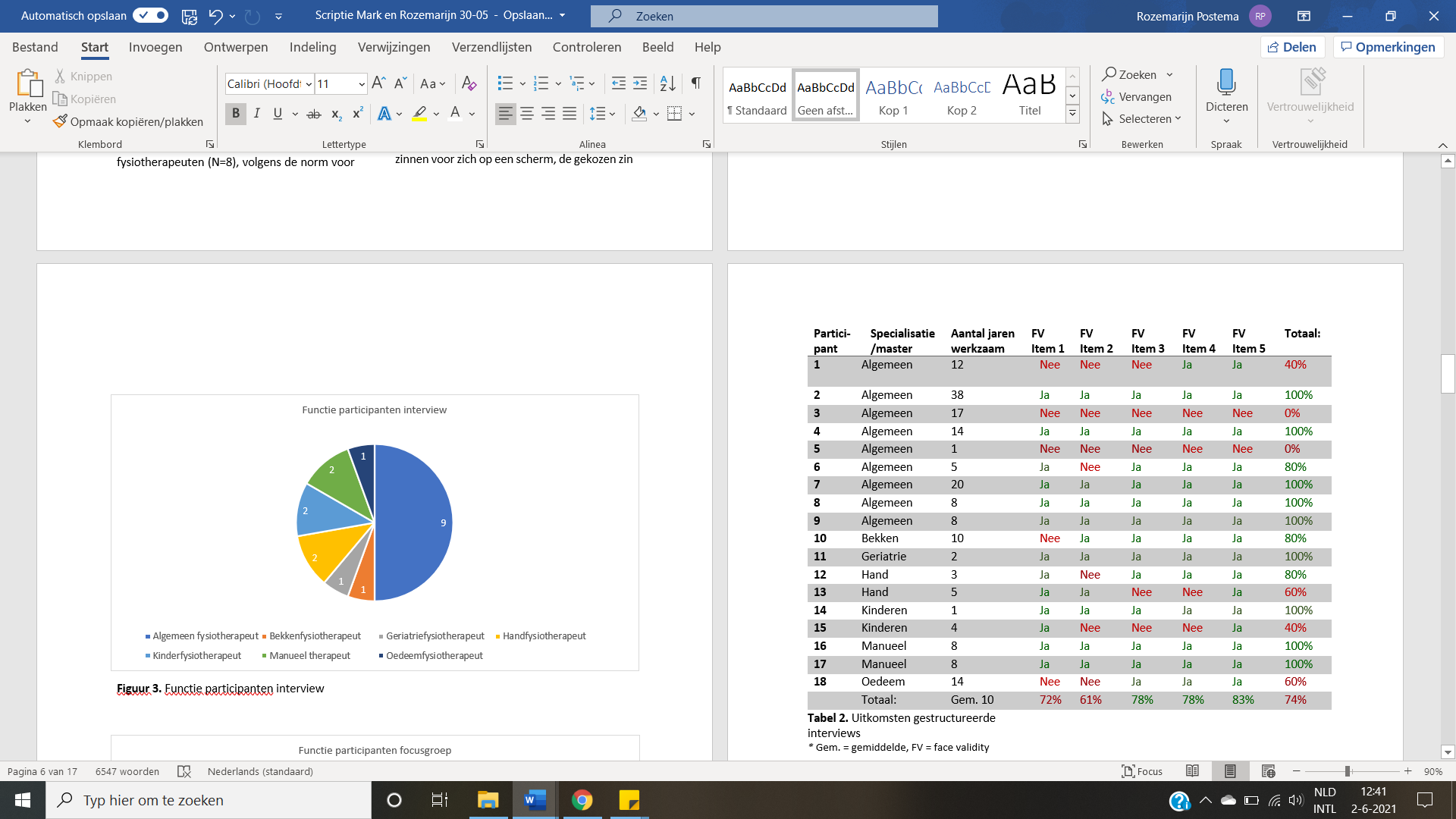
*Schriftelijke en/of grafische weergave van de resultaten*

**Figuur 1.** Participanten interviews

**Figuur 2.** Participanten focusgroep

**Figuur 3.** Functie participanten interview

**Figuur 4.** Functie participanten focusgroep

**Tabel 2.** Uitkomsten gestructureerde interviews

\* Gem. = gemiddelde, FV = face validity

*Uitkomsten gestructureerde interviews*

De gehele OPTION-5 heeft een face validity van 74%. Item 1 heeft een face validity van 72%, item 2 heeft een face validity van 61%, item 3 heeft een face validity van 78%, item 4 heeft een face validity van 78% en item 5 heeft een face validity van 83% (zie Tabel 2).

*Uitkomsten focusgroep*

Voor elk item is een nieuw voorgestelde zin gekozen, geen enkele participant van de focusgroep vond dat één van de huidige items de hoogste face validity had. Voor alle items zijn 18 nieuwe zinnen voorgesteld, deze zijn via ATLAS.ti in quotation reports per item verwerkt (zie Bijlage F). Na analyse van deze reports is van soortgelijke zinnen één zin gekozen, waardoor er voor alle items zes zinnen zijn geselecteerd inclusief het originele item (zie Bijlage G) en voorgelegd aan de focusgroep.

Tijdens de focusgroep viel het op dat de participanten het veelal met elkaar eens waren. Als er verschillen van meningen bleken te zijn werd er gediscussieerd tot er consensus werd bereikt.

**Item 1**

Over de nieuwgekozen zin voor item 1 werd gezegd dat het een lange zin was, maar dat alles erin stond. Hier werd het volgende op gereageerd:

*‘Bij een scoringslijst van een professional is belangrijk dat alles erin staat en de zin lang is. Als het voor een patiënt geweest zou zijn dan was het een ander verhaal.’*

**Item 2**

Bij item 2 ontstond er twijfel tussen zin 1 en 2 (zie bijlage G). Voor zin één werd het volgende argument gegeven:

*“Ik vind het mooi als de patiënt zelf kan zeggen en uitleggen waarom iets gebeurt. Dat betekent dat de patiënt het begrijpt en dus eerder geneigd is om goed mee te werken. Daarom ga ik voor zin 1.”*

Waarop een participant reageerde:

*“… als fysiotherapeut haak ik meer aan bij 2 omdat je zelf meer informatie moet geven en bij 1 laat je de patiënt het meer bepalen.”*

Uiteindelijk werd er voor zin 2 gekozen als daaraan toegevoegd werd dat de patiënt in eigen woorden kan uitleggen welke opties er zijn, omdat alle participanten dit een belangrijke voorwaarde vonden bij het gebruik van SDM.

**Item 3**

Bij item 3 had een participant moeite met de ‘voor- en nadelen’ die in de zin staan geformuleerd. Hierop gaf een participant als tegenargument:

*“Dit is een algemene zorgvragenlijst, als je bijvoorbeeld oncologisch- of oedeemfysiotherapeut bent zitten er ook nadelen aan een behandeling, zoals zwachtelen. Er is een afname van oedeem maar het is wel pijnlijk.”*

**Item 4**

Over de zinnen van item 4 werd het volgende opgemerkt:

*“Verander ‘mogelijkheden’ naar ‘het besproken behandelplan’, ik vind dat meer passen bij ons vak.”*

*“Een doelstelling moet je koppelen aan een plan, niet zo zeer aan een mogelijkheid.”*

Naar aanleiding van deze argumenten is besloten om ‘mogelijkheden’ te veranderen naar ‘behandelplan’.

**Item 5**

Bij item 5 ontstond een discussie over wie het besluit uiteindelijk neemt en hoeveel invloed de mening van de patiënt daarop heeft. Er werd door een participant voor zin twee gekozen, maar met de volgende aanvulling:

*“Ik kies voor zin 2, maar dat is wel tricky, want soms wil de patiënt iets wat de fysiotherapeut niet wil.”*

Daarop werd het volgende gereageerd:

*“Het behandelplan bepaalt de fysiotherapeut, dan vraag je aan de patiënt of diegene het er mee eens is.”*

*“Als de patiënt andere verwachtingen heeft probeer je de patiënt mee te krijgen in jouw behandelplan. Anders kan je het net zo goed niet doen, want dan slaat de behandeling niet aan.”*

Uiteindelijk werd er voor zin 2 gekozen als ‘evaluatie na bepaalde tijd’ daaraan toegevoegd werd, met als onderbouwing:

*“Dit maakt het nog iets mooier en valide, ook al is het eigenlijk vanzelfsprekend.”*

Een participant merkte tot slot het volgende op:

*“…uiteindelijk heeft de patiënt altijd het laatste woord.”*

Uit de focusgroep zijn vijf nieuwe zinnen gekozen voor de items. Bij items 2, 4 en 5 werden woorden of delen uit andere zinnen toegevoegd om de zin volgens de participanten compleet te maken. In Tabel 4 (Elwyn, Tsulukidze, Edwards, Légaré, & Newcombe, 2013) staan de huidige items van de OPTION-5 geformuleerd en in Tabel 5 staan de uitkomsten van de focusgroep per item geformuleerd.

**Tabel 4.** Huidige items OPTION-5

|  |  |
| --- | --- |
| Items | Huidige items |
| 1 | De zorgverlener vestigt de aandacht op, of bevestigt een gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandel- of beleidsmogelijkheden bestaan/ waarover een besluit genomen moet worden. |
| 2 | De zorgverlener verzekert de patiënt, of bevestigt dat de zorgverlener de patiënt zal helpen om goed geïnformeerd te raken en om de mogelijkheden af te wegen. |
| 3 | De zorgverlener 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 | De zorgverlener doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden |
| 5 | De zorgverlener doet zijn best de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit. |

*Noot.* Overgenomen uit (Aarts, et al., 2013)

**Tabel 5.** Uitkomsten Focusgroep

|  |  |
| --- | --- |
| Item | Nieuwe items |
| 1 | De fysiotherapeut vestigt de aandacht op, of bevestigt de hulpvraag waarvoor meerdere behandel/beleidsmogelijkheden bestaan, waarover een gezamenlijk besluit moet worden genomen met actieve betrokkenheid van de patiënt. |
| 2 | De fysiotherapeut verschaft de patiënt informatie over het natuurlijk beloop van de klacht en helpt de patiënt bij het afwegen van de mogelijkheden. |
| 3 | De fysiotherapeut evalueert samen met de patiënt de voor- en nadelen van de mogelijke behandeling, zodat deze kunnen bijdragen aan het maken van een gezamenlijke keuze. |
| 4 | De fysiotherapeut doet zijn best om de hulpvraag en doelstelling van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot het besproken behandelplan. |
| 5 | De fysiotherapeut maakt in overeenstemming met de patiënt een behandelplan, welke wordt geëvalueerd na bepaalde tijd. |

**Discussie**

Het doel van deze mixed-methods studie was de face validity van de OPTION-5 in de fysiotherapeutische setting in kaart brengen. Hier is in de fysiotherapie nog geen eerder onderzoek naar gedaan. Deze studie geeft inzicht in de hoogte van de face validity per item van de OPTION-5 en de observatielijst in zijn geheel. Ook is er een aanbeveling gegeven voor het aanpassen van de huidige OPTION-5, zodat deze beter toepasbaar is in de fysiotherapeutische setting.

Uit de resultaten blijkt dat de OPTION-5 in zijn geheel een face validity van 74% heeft, dit betekent dat volgens de gestelde normaalwaarde de face validity laag is. Er is geen normaalwaarde voor het beoordelen van face validity, hierom is de normaalwaarde van >75% voor construct validity overgenomen (Terwee, et al., 2006). Gezien het geringe aantal participanten (N=18) is het zinvol om de face validity te testen in een grotere populatie. Hierbij moet er rekening worden gehouden met cultuurverschillen binnen Nederland. Culturen bepalen het gedrag en de normen en waarden van fysiotherapeuten, dit heeft effect op de mate waarin SDM wordt toegepast. Door interviews af te nemen met een groep fysiotherapeuten die representatief is voor de verschillende culturen in Nederland, of een patiënten federatie te laten kijken naar de face validity van de OPTION-5, kan de generaliseerbaarheid vergroot worden.

Doordat de observatielijst in de praktijk door een andere zorgverlener, waarschijnlijk een collega-fysiotherapeut, wordt gescoord, is het belangrijk om het risk of bias te onderzoeken. Observer bias is een belangrijke vorm van bias om te onderzoeken, dit is het risico dat de observator vooraf wordt beïnvloed door zijn verwachtingen en daardoor alleen ziet wat hij wil zien, bewust of onbewust (Thomsen, et al., 2014). Observer bias volledig voorkomen kan niet, iedere zorgverlener heeft een andere visie en per persoon zal de scoring per item verschillen, afhankelijk van of iemand afrondt naar boven of naar beneden. De kans op observer bias kan verkleind worden door een onafhankelijke observator in te schakelen, of voorafgaand aan de observaties een goede instructie over het gebruik van de OPTION-5 geven (Mahtani, Spencer, Brassey, & Heneghan, 2018).

De onderzoekspopulatie had vergoot kunnen worden door meer tijd te besteden aan het werven van participanten voor gestructureerde interviews, of door het onderzoek kwantitatief te maken en enquêtes af te nemen. Deze zouden gedeeld kunnen worden via sociale media en de onderzoekspopulatie en generaliseerbaarheid aanzienlijk vergroten. Het nadeel hiervan is dat er geen duidelijk zicht is op wie de enquêtes invult en of de participanten daadwerkelijk fysiotherapeuten zijn en voldoen aan de overige inclusiecriteria. Bij het afnemen van de interviews kon de onderzoeker sturing geven aan het gesprek en uitleg geven als er onduidelijkheden waren, iets dat niet kan bij het invullen van een (anonieme) enquête.

Een ander zwak punt van de methode is dat de participanten voorafgaand aan de gestructureerde interviews of de focusgroep geen training hebben gehad in de principes en het gebruik van SDM. Er is wel een beknopte informatiemail gestuurd, maar het is niet gecontroleerd of de participanten deze daadwerkelijk hebben doorgelezen. Het huidige kennisniveau over SDM van de participanten voorafgaand aan deelname was hierdoor niet meetbaar. In vergelijkbare onderzoeken is te lezen dat participanten voorafgaand aan deelname scholing kregen over het onderwerp (Williams, et al., 2020).

Het verschil in het totaal aantal werkzame jaren tussen de participanten van de interviews en de focusgroep was relatief groot (negen jaar verschil), zoals te zien is in Figuur 1 en 2. De fysiotherapie heeft een constant veranderend werkveld dat wordt beïnvloed door nieuwe onderzoeksuitkomsten en behandelmogelijkheden. Het is aannemelijk om te denken dat er verschillen in visies zijn tussen fysiotherapeuten met veel of weinig werkervaring, ook op het gebied van SDM. Het is denkbaar dat meer werkervaring gelijk staat aan meer ervaring in het gebruik van SDM, maar dit is slechts een hypothese. Volgens Kortleve (2015) maakt SDM zijn opkomst pas sinds een paar jaar. In 2014 is SDM toegevoegd aan het beroepsprofiel van de fysiotherapeut volgens het KNGF (Vries, Hagenaars, Kiers, & Schmitt, 2014).

De onderzoekers hadden geen ervaring in het afnemen van gestructureerde interviews of het leiden van een focusgroep, alleen kennis uit literatuur. Dit heeft invloed gehad op de uitkomsten van het onderzoek, bijvoorbeeld doordat de onderzoekers onbewust veel sturing gaven wanneer een participant een vraag onduidelijk vond.

De focusgroep had acht participanten, een aantal dat niet representatief is voor de werkelijkheid, maar wel de normwaarde is (Hutter, Hennink, & Bailey, 2011). Met meer participanten is er minder ruimte voor het geven van meningen, of participanten voelen zich niet comfortabel genoeg om een persoonlijke mening te geven. Het komt ook voor dat er wordt overeengestemd met de mening van een participant en de eigen mening achter wordt gehouden. Het risico hierop werd verkleind doordat de participanten werkzaam waren in dezelfde praktijk, waar een goede onderlinge verstandhouding is en een open sfeer op de voorgrond staat. Tijdens de focusgroep werd ter plekke overeenstemming bereikt over de resultaten van de discussies per item.

De focusgroep gaf waardevolle inzichten in het denkproces van fysiotherapeuten die de nieuw voorgestelde zinnen voor de OPTION-5 beoordeelden. Opvallend was dat er uit sommige opmerkingen van participanten bleek dat er verschillende toepassingen waren van SDM, welke niet altijd volledig volgens de definitie van SDM waren. Zoals de volgende zin: *‘Het behandelplan bepaalt de fysiotherapeut, dan vraag je aan de patiënt of diegene het er mee eens is.’* Of: *‘…uiteindelijk heeft de patiënt altijd het laatste woord’*. Deze opvattingen zijn niet juist in het kader van SDM. Toch is het logisch dat veel fysiotherapeuten niet volledig op de hoogte zijn van hoe SDM precies toegepast moet worden in de praktijk. Het is een relatief onbekend begrip en tijdens het doen van dit onderzoek bleek dat alle deelnemende fysiotherapeuten niet van het bestaan van de OPTION-5 wisten.

Er is nog geen literatuur over het gebruik van de OPTION-5 door fysiotherapeuten waarin bijvoorbeeld duidelijk wordt hoe fysiotherapeuten gemiddeld scoren per item. Dillon et al. (2017) onderzocht hoe huisartsen scoorden op de items van de OPTION-5, hieruit bleek dat items 1 (voorstellen behandelmogelijkheden) en 3 (voor- en nadelen) de hoogste gemiddelde scores hadden en items 2 (patiënt-therapeut relatie), 4 (voorkeuren patiënt) en 5 (voorkeuren patiënt betrekken in besluit) de laagste gemiddelde scores hadden. De tijdsdruk die op huisartsen ligt wordt genoemd als een eventuele belemmering voor het toepassen van SDM. Tussen eerstelijns fysiotherapiepraktijken verschilt de tijd voor een intake van 20 minuten tot 60 minuten of zelfs meer. Het is denkbaar dat er tijdens een 20-minuten durende intake minder tijd is voor de toepassing van SDM volgens de OPTION-5 observatielijst dan in een intake van 60 minuten.

Stubenrouch et al. (2016) deed onderzoek onder zorgverleners naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Nederlandse OPTION-5 en OPTION-12 en concludeerde dat zowel de OPTION-5 als de OPTION-12 een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben, maar de OPTION-5 beter differentieerde in de mate van betrokkenheid van de patiënt, op basis hiervan werd het gebruik van de OPTION-5 aanbevolen. Echter is dit onderzoek gedaan onder zorgverleners, niet specifiek onder fysiotherapeuten.

Er zijn momenteel geen andere observatielijsten die SDM meten in de eerstelijns fysiotherapeutische setting. Als na vervolgonderzoek blijkt dat de OPTION-5 een waardevolle toevoeging is in de fysiotherapeutische setting, wordt deze naar verwachting meer ingezet als meetinstrument en dit heeft als gevolg dat SDM waarschijnlijk meer wordt toegepast. Dit heeft uiteindelijk een positief effect op de gezondheid van de patiënt (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013).

**Conclusie en aanbevelingen**

In deze studie is er middels een kwalitatieve mixed-methods studie gezocht naar een antwoord op de vraag: ‘hoe hoog is de face validity van de OPTION-5 binnen de fysiotherapeutische setting’.

Uit het onderzoek is gebleken dat de face validity van de OPTION-5 een percentage van 74% heeft. Echter voldoet het niet aan de 75% die door de onderzoekers als normwaarde werd gesteld voor een hoge face validity. Dit betekent dat de huidige OPTION-5 een lage face validity heeft. Tevens hebben van de huidige items, item 1 en 2 een lage face validity, wat de hypothese bevestigt en item 3, 4 en 5 een hoge face validity (zie Tabel 2), wat de hypothese ontkracht. Voor alle items van de OPTION-5 zijn in de gestructureerde interviews nieuwe zinnen geformuleerd (zie Tabel 4). Deze items worden aanbevolen als vervangers voor de huidige items, omdat deze een hogere face validity hebben in de fysiotherapeutische setting.

Een probleem bij de huidige OPTION-5 is dat er in de scoring een floor effect ontstaat (Dierckx, Deveugele, Roosen, & Devisch, 2013). Dit houdt in dat de huidige zinnen minimaal gescoord wordt in de fysiotherapeutische praktijk. Een aanbeveling is het toepassen van de nieuwe items in de eerstelijns praktijk. Dit kan volgens de methode van Dierckx et al. (2013) waarbij de nieuwe OPTION-5 kan worden beoordeeld door middel van video-opnames. Zo kan gekeken worden of de nieuwe OPTION-5 zinnen hoger worden gescoord waardoor het floor effect verdwijnt. Mocht dit niet het geval zijn, kan er gekeken worden naar de mogelijkheden voor scholing over SDM, of kan er opnieuw worden gekeken naar het aanpassen van de OPTION-5. Als meerdere beoordelaars de fragmenten scoren aan de hand van de nieuwe OPTION-5 kan de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid eveneens getoetst worden.

De scoring van de OPTION-5 kan ook verder worden onderzocht. Door de scoring aan te passen kan eveneens het floor effect verminderen. Wanneer deze nieuwe scoring ook door middel van video-opnames wordt getest en als blijkt dat deze hoger scoort dan 0-1, kan er een representatiever beeld ontstaan van de OPTION-5.

Verder gedacht dan de expertise van de onderzoekers is het een mogelijkheid om een taalspecialist een analyse van de nieuwe OPTION-5 items te laten maken. Deze kijkt naar de betekenis van de woorden en beoordeelt of de zinnen wel of niet passend zijn bij het doel van de observatielijst.

Face validity wordt in bepaalde literatuur gezien als een niet-geldige vorm van validiteit (Royal, 2016). Hierom wordt het aanbevolen om vervolgonderzoek te doen waarin de huidige OPTION-5 op andere vormen van validiteit wordt getoetst, zoals content validity (of de inhoud van een meetinstrument representatief is voor wat het instrument probeert te meten), construct validity (of er relaties bestaan tussen de uitkomsten die met het meetinstrument zijn verkregen) en criterion validity (de mate waarin de uitkomst van een instrument samenhangt met één of meer criteriumvariabelen, dit zijn dingen die niet of moeilijk vast te stellen zijn (NJi, 2021).

Verder kunnen er nog geen praktische aanbevelingen gedaan worden over de toepassing van de OPTION-5 in de eerstelijns fysiotherapie. De observatielijst heeft vervolgonderzoek nodig om als valide meetinstrument te worden gebruikt in de praktijk.

**Klinische relevantie**

Dit onderzoek heeft onder participanten gezorgd voor meer bewustwording van SDM. Deze participanten brengen het gesprek over SDM wellicht op gang, door collega’s aan te spreken of SDM toe te passen tijdens intakes of lopende behandeltrajecten. Om het effect van deze bewustwording meetbaar te maken kan er een follow-up enquête worden afgenomen na deelname.

# Bibliografie

Aarts, A., Falkenberg, R., Oostveen, C., Pieterse, A., Santema, K., Stiggelbout, A., . . . Weijden, T. (2013). *Dutch OPTION 5 Measure.* Opgehaald van glynelwyn.com: http://www.glynelwyn.com/uploads/2/4/0/4/24040341/option\_5\_nl\_vertaling.pdf

Barry, M., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *The New England journal of medicine, 366*(9), 780-781. doi:10.1056/NEJMp1109283

Devon, H., Block, M., Moyle-Wright, P., Ernst, D., Hayden, S., Lazzara, D., . . . Kostas-Polston, E. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 39*(2), 155-164. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x

Dierckx, K., Deveugele, M., Roosen, P., & Devisch, I. (2013). Implementation of shared decision making in physical therapy: observed level of involvement and patient preference. *Physical therapy, 93*(10), 1321-1330. doi:10.2522/ptj.20120286

Dillon, E., Stults, C., Wilson, C., Chuang, J., Meehan, A., Li, M., . . . Tai-Seale, M. (2017). An evaluation of two interventions to enhance patient-physician communication using the observer OPTION5 measure of shared decision making. *Patient education and counseling, 100*(10), 1910-1917. doi:10.1016/j.pec.2017.04.020

Durand, M., Carpenter, L., Dolan, H., Bravo, P., Mann, M., Bunn, F., & Elwyn, G. (2014). Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? *PloS one, 9*(4), e94670. doi:10.1371/journal.pone.0094670

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., . . . Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Joural of general internal medicine, 27*(10), 1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6

Elwyn, G., Tsulukidze, M., Edwards, A., Légaré, F., & Newcombe, R. (2013). Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. *Patient education and counseling, 93*(2), 265–271. doi:10.1016/j.pec.2013.08.005

Hoffmann, T., Lewis, J., & Maher, C. (2019). Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy, 107*, 43-49. doi:10.1016/j.physio.2019.08.012

Hutter, H., Hennink, M., & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods.* London: SAGE Publications Inc.

Ketelaar, P., Hentenaar, F., & Kooter, M. (2011). *Groepen in focus.*

Kinalski, D., Paula, C., Padoin, S., Neves, E., Kleinubing, R., & Cortes, L. (2017). Focus group on qualitative research: experience report. *Revista brasileira de enfermagem, 70*(2), 424–429. doi:10.1590/0034-7167-2016-0091

Mahtani, K., Spencer, E., Brassey, J., & Heneghan, C. (2018). Catalogue of bias: observer bias. *BMJ evidence-based medicine, 23*(1), 23-24. doi:10.1136/ebmed-2017-110884

*NJi*. (2021, mei 20). Opgehaald van Nederlands Jeugdinstituut - validiteit: https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Databank-Instrumenten-Meer-informatie/Validiteit#:~:text=De%20term%20'inhoudsvaliditeit'%20(content,het%20instrument%20probeert%20te%20meten.

Pieterse, A., & Finset, A. (2019). Shared decision making-Much studied, much still unknown. *Patient education and counseling, 102*(11), 1946-1948. doi:10.1016/j.pec.2019.09.006

Popa-Velea, O., & Purcărea, V. (2014). Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care. *Journal of medicine and life, 7*(4), 39-45.

Royal, K. (2016). Face validity" is not a legitimate type of validity evidence! *American journal of surgery, 212*(5), 1026–1027. doi:10.1016/j.amjsurg.2016.02.018

Søndergaard, S., Madsen, P., Hilberg, O., Jensen, K., Olling, K., & Steffensen, K. (2019). A prospective cohort study of shared decision making in lung cancer diagnostics: Impact of using a patient decision aid. *Patient education and counseling*, 1961–1968. doi:10.1016/j.pec.2019.05.018

Stevens, A., & Beurskens, S. (2008). *Meten in de praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-313-6557-9\_9

Stubenrauch, F., Pieterse, A., Falkenberg, R., Santema, T., Stiggelbout, A., van der Weijden, T., . . . Ubbink, D. (2016). OPTION(5) versus OPTION(12) instruments to appreciate the extent to which healthcare providers involve patients in decision-making. *Patient education and counseling, 99*(6), 1062-1068. doi:10.1016/j.pec.2015.12.019

Terwee, C., Bot, S., de Boer, M., van der Windt, D., Knol, D., Dekker, J., . . . de Vet, H. (2006). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology, 60*(1), 34-42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012

Thomsen, A., Hróbjartsson, A., Emanuelsson, F., Tendal, B., Rasmussen, J., Hilden, J., . . . Brorson, S. (2014). Observer bias in randomized clinical trials with time-to-event outcomes: systematic review of trials with both blinded and non-blinded outcome assessors. *International journal of epidemiology, 43*(3), 937-948. doi:10.1093/ije/dyt270

Topp, J., Westenhöfer, J., Scholl, I., & Hahlweg, P. (2018). Shared decision-making in physical therapy: A cross-sectional study on physiotherapists' knowledge, attitudes and self-reported use. *Patient education and counseling, 101*(2), 346-351. doi:10.1016/j.pec.2017.07.031

Towle, A. (1998). Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ (Clinical research ed.), 316*(7127), 301-304. doi:10.1136/bmj.316.7127.301

Vries, C., Hagenaars, L., Kiers, H., & Schmitt, M. (2014, Januari). Beroepsprofiel Fysiotherapeut. KNGF. Opgehaald van https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf-beroepsprofiel-fysiotherapeut.pdf

Williams, C., Davies, N., Kolic, J., Caserta, A., James, A., & Unsworth, C. (2020). Validity and reliability of the Australian Therapy Outcome Measures - Physiotherapy, for podiatry (AusTOMs-PT for use in podiatry). *Journal of foot and ankle research, 13*(1), 1-7. doi:10.1186/s13047-020-00385-0

Wong, L. (2008). Focus group discussions: a tool for health and medical research. *Signapore medical journal, 49*(3).

# Bijlage A: OPTION-5

# Bijlage B: gestructureerd interview

Welkom, fijn dat u de tijd heeft genomen om mee te doen aan dit onderzoek. Wij doen onderzoek naar de face validity van de OPTION-5 observatielijst in opdracht van de Hanzehogeschool. Het interview bestaat uit 11 vragen die gaan over de OPTION-5 items. Alles wat u mij vertelt wordt alleen gebruikt voor dit onderzoek en wordt niet gedeeld met derden. Uw persoonlijke gegevens worden geanonimiseerd alleen uw opleidingsniveau en geboortejaar worden gebruikt, zoals ook aangegeven in het informed consent dat u ondertekend heeft. Heeft u nog vragen voordat we aan het interview beginnen?

**Openingsvragen**

1. Hoelang bent u al werkzaam als fysiotherapeut?
2. Heeft u een master of specialisatie gevolgd?

**Casus:**

Een 25-jarige man presenteert zich in de praktijk met lage rugklachten. Het is ongeveer een week geleden zonder duidelijke oorzaak ontstaan. Hij heeft voornamelijk last tijdens het studeren, hij zit dan soms drie uur lang op een stoel zonder op te staan tussendoor. Hij gaat nog wel naar zijn werk als verkoopmedewerker in een bakkerij. Hij gebruikt dagelijks ibuprofen tegen de pijn, heeft al van alles opgezocht op internet over de klacht.

Uit je onderzoek concludeer je dat er sprake is van aspecifieke lage rugklachten profiel 1. De man heeft negen behandelingen in zijn aanvullend pakket en wil deze graag gebruiken om gemasseerd te worden. Jij denkt dat oefentherapie een beter behandeleffect heeft.

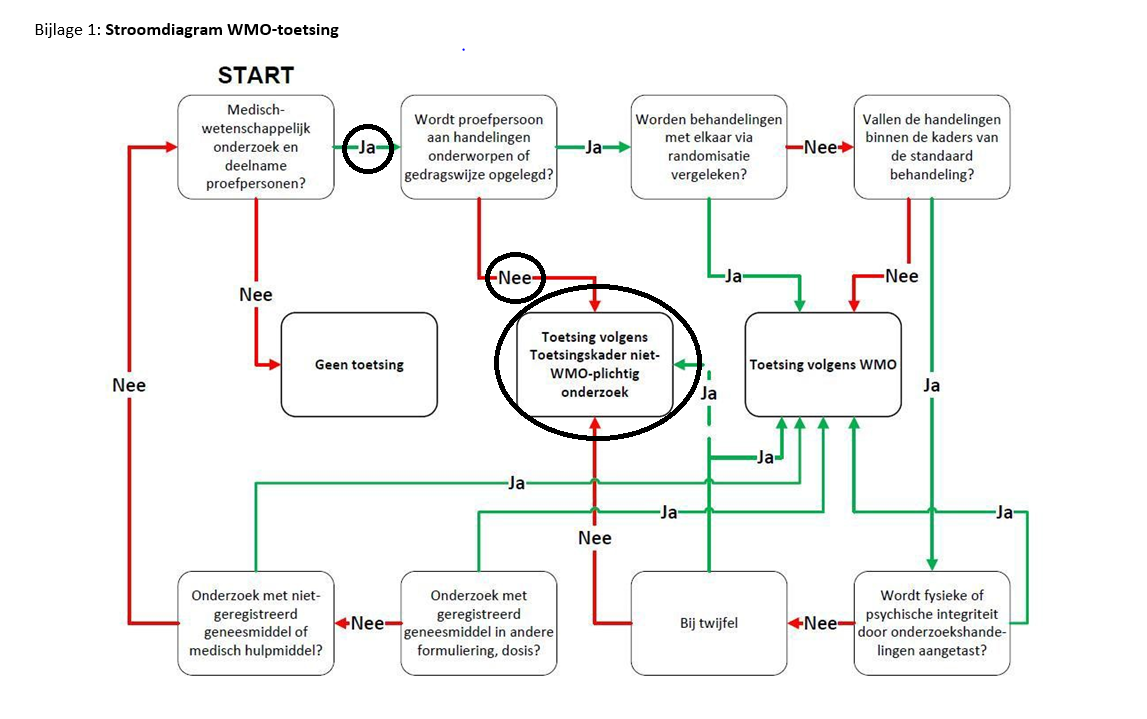
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VRAGENLIJST OPTION-5 OBSERVATIELIJST** | |  |
| **1** | Denkt u dat item 1 valide is, ja of nee?  *Probe:* Meet het wat het moet meten? | |
| **2** | Denkt u dat item 2 valide is, ja of nee?  *Probe:*Meet het wat het moet meten? | |
| **3** | Denkt u dat item 3 valide is, ja of nee?  *Probe:*Meet het wat het moet meten? | |
| **4** | Denkt u dat item 4 valide is, ja of nee?  *Probe:*Meet het wat het moet meten? | |
| **5** | Denkt u dat item 5 valide is, ja of nee?  *Probe:*Meet het wat het moet meten? | |
|  | **CASUS VOORLEGGEN** | |
| **6** | Wilt u voor de casus een alternatieve zin geven die gebruikt kan worden als item 1?  *Probe:*Hoe zou u item 1 anders verwoorden, zodat deze een grotere validiteit heeft? | |
| **7** | Wilt u voor de casus een alternatieve zin geven die gebruikt kan worden als item 2?  *Probe:*Hoe zou u item 2 anders verwoorden, zodat deze een grotere validiteit heeft? | |
| **8** | Wilt u voor de casus een alternatieve zin geven die gebruikt kan worden als item 3?  *Probe:*Hoe zou u item 3 anders verwoorden, zodat deze een grotere validiteit heeft? | |
| **9** | Wilt u voor de casus een alternatieve zin geven die gebruikt kan worden als item 4?  *Probe:*Hoe zou u item 4 anders verwoorden, zodat deze een grotere validiteit heeft? | |
| **10** | Wilt u voor de casus een alternatieve zin geven die gebruikt kan worden als item 5?  *Probe:* Hoe zou u item 5 anders verwoorden, zodat deze een grotere validiteit heeft? | |
| **11** | Heeft u verder nog opmerkingen, vragen of aanvullingen? | |

**Afsluiting**

Bedankt voor het meedoen. Mocht u op de hoogte willen blijven van het onderzoek en het eindresultaat, onze scriptie, dan kan u contact met ons opnemen via dit e-mailadres:

[option-5@outlook.com](mailto:option-5@outlook.com)

# Bijlage C: WMO ethische toetsing



# Bijlage D: informed consent

*Betreft:* onderzoek naar de face validity van de OPTION-5 observatielijst

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en het doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens van het onderzoek, op opleidingsniveau en aantal werkzame jaren als fysiotherapeut na, geanonimiseerd zijn.

Ik begrijp dat video- en geluidsmateriaal uitsluitend voor analyse en educatieve doeleinden zal worden gebruikt. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek en weet dat ik op elk moment zonder opgaaf van reden mijn deelname kan beëindigen. Uw geanonimiseerde gegevens zullen alleen gebruikt worden voor het onderzoek.

Ik verklaar dat ik weet recht te hebben op mijn eigen gegevens als ik hiernaar vraag.

U verklaart dat u fysiotherapeut bent, werkzaam in de eerstelijns praktijk.

Voor verdere vragen kan u ons terugmailen naar dit e-mailadres: [option-5@outlook.com](mailto:option-5@outlook.com).

In te vullen door de deelnemer:

*Naam:*

*Datum:*

*Paraaf:*

In te vullen door de onderzoeker:

*Naam:*

*Datum:*

*Paraaf:*

# Bijlage E: informatiebrief

Geachte heer/mevrouw,

Wij zijn Mark en Rozemarijn, vierdejaars studenten fysiotherapie die in opdracht van de Hanzehogeschool Groningen ons afstudeeronderzoek naar de OPTION-5 doen. Dit is een observatielijst die de mate van shared decision making in de gezondheidszorg meet. Momenteel wordt de OPTION-5 niet gebruikt in de fysiotherapeutische setting, omdat de validiteit hiervan nog niet onderzocht is. Via een kwalitatieve studie gaan wij de face validity van de OPTION-5 onderzoeken. Hiervoor hebben wij hulp nodig van fysiotherapeuten die in de eerstelijns praktijk werkzaam zijn.

*Wat is shared decision making (SDM)?*

Shared decision making is het proces van het maken van een weloverwogen besluit samen met de patiënt. De eerste vermelding van SDM komt uit 1982 en komt voort op de principes van ‘patient centered care’ (Elwyn G. F.-W., 2012). Met SDM kan de kwaliteit van de communicatie tussen patiënt en zorgverlener verbeteren en de patiënt een wetenschappelijk onderbouwde keuze laten maken (Hoffmann T. C., 2020). Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar het gebruik van SDM binnen de fysiotherapie. Er is een gebrek aan richtlijnen voor het gebruik ervan (Elwyn G. F.-W., 2012) ondanks dat fysiotherapeuten positief tegenover het gebruik ervan staan (Topp J. W., 2018).

*Wat is de OPTION-5?*

De OPTION-5 is een observatielijst die middels vijf items de mate van SDM in de gezondheidszorg meet. Per item kan een score van nul tot vier gehaald worden, waarbij een score van vier een hoge mate van SDM betekent. Hieronder vindt u een link naar de observatielijst:

<http://kennisbundel.vilans.nl/docs/kennisbundel/Zelfmanagement/OPTION-5-item-observatielijst-Elwyn.pdf>

*Het onderzoek*

Er wordt online een eenmalig gestructureerd interview afgenomen via Microsoft Teams waarin wij vragen stellen over de verschillende items van de OPTION-5. Wij willen weten wat u van de face validity van elk item vindt, en vragen hoe u de items anders zou verwoorden. Het afnemen van de vragenlijst duurt ongeveer 30 minuten. Participanten van het onderzoek mogen op elk moment deelname weigeren en van verdere medewerking afzien. U kan op de hoogte worden gesteld van de onderzoeksresultaten, mocht u dit willen. Uw opleidingsniveau en aantal werkzame jaren als fysiotherapeut worden gebruikt in het onderzoek, overige persoonlijke gegevens worden geanonimiseerd.

Het afnemen van de vragenlijst wordt opgenomen. Mocht u hier bezwaar tegen hebben dan kunt u dit aangeven.

Voor verdere vragen kan u ons terugmailen naar dit e-mailadres: [option-5@outlook.com](mailto:option-5@outlook.com).

Met vriendelijke groet,

Mark Toxopeus & Rozemarijn Postema

# Bijlage F: quotation reports

**Item 1**

|  |
| --- |
| De fysiotherapeut bevestigt dat er meerdere behandelmogelijkheden bestaan waarover een besluit genomen moet worden. |
| De fysiotherapeut vestigt de aandacht op een gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandelmogelijkheden bestaan, waarvoor een besluit genomen moet worden. |
| De zorgverlener vestigt de aandacht op het gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandeling bestaan en bespreekt dit met de patiënt. |
| De zorgverlener vestigt de aandacht op, of bevestigt de hulpvraag waarvoor meerdere behandel/ beleidsmogelijkheden bestaan, waarover een gezamenlijk besluit genomen moet worden waarbij de patiënt actief betrokken is. |
| De fysiotherapeut vestigt de aandacht op de klacht en vertelt de behandelmogelijkheden waarover een gezamenlijk besluit moet worden genomen. |
| De fysiotherapeut benoemt het gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandel- of beleidsmogelijkheden bestaan waarover een besluit moet worden genomen. |
| De zorgverlener bevestigt via ICF behandelbare grootheden waar een besluit voor wordt genomen. |
| De zorgverlener stelt het gezondheidsprobleem vast en geeft aan welke verschillende behandelmogelijkheden er zijn. |
| De fysiotherapeut vestigt de aandacht op de aandoening waarvoor meerdere behandelmogelijkheden bestaan. |
| De zorgverlener bevestigt het gezondheidsprobleem waarna er een besluit moet worden genomen over de behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut bespreekt het gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandelmogelijkheden bestaan. |
| De fysiotherapeut haalt het gezondheidsprobleem naar boven en bespreekt de behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut zorgt ervoor dat het probleem erkend wordt en beschrijft verschillende behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut vestigt de aandacht op een gezondheidsprobleem en bevestigd de verschillende soorten behandelmogelijkheden. |
| De zorgverlener geeft informatie aan de patiënt over het gezondheidsprobleem waarover een besluit moet worden genomen. |
| De fysiotherapeut bespreekt het gezondheidsprobleem waarover een besluit moet worden genomen in samenspraak met de patiënt. |
| De fysiotherapeut definieert het probleem en bespreekt de behandelmogelijkheden. |

**Item 2**

|  |
| --- |
| De fysiotherapeut verzekert de patiënt dat deze goed geïnformeerd zal worden over verschillende mogelijkheden. |
| De fysiotherapeut verzekert de patiënt of bevestigt dat de fysiotherapeut de patiënt zal helpen om goed geïnformeerd te raken en de verschillende mogelijkheden af te wegen. |
| De behandelend therapeut doet zijn best om de patiënt zo goed mogelijk te informeren over de mogelijkheden. |
| De zorgverlener evalueert of de patiënt zijn/haar situatie begrijpt en vraagt of de patiënt in eigen woorden kan uitleggen welke opties er zijn. |
| De fysiotherapeut verschaft de patiënt informatie over het natuurlijk beloop van de klacht en helpt de patiënt bij het afwegen van de mogelijkheden. |
| De fysiotherapeut zorgt dat de patiënt goed geïnformeerd wordt over zijn of haar klacht, om behandelopties af te wegen. |
| De zorgverlener neemt een anamnese en onderzoek af waarbij er een duidelijk beeld komt voor de behandelmogelijkheden. |
| De zorgverlener informeert de patiënt over de besproken behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut bevestigd dat hij de patiënt zal helpen om een behandelkeuze te maken. |
| De zorgverlener bevestigt dat hij de patiënt helpt in het maken van een behandelkeuze. |
| De fysiotherapeut zorgt ervoor dat de patiënt goed geïnformeerd raakt over de verschillende behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut zorgt ervoor dat patiënt de juiste informatie krijgt zodat de patiënt ook een behandelkeuze kan maken. |
| De fysiotherapeut zorgt ervoor dat de patiënt goed geïnformeerd over de belangrijkste behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut bevestigd dat de patiënt goed geïnformeerd raakt over de verschillende soorten behandelmogelijkheden en controleert dit bij de patiënt. |
| De zorgverlener geeft informatie aan de patiënt over de verschillende behandelmogelijkheden van het gezondheidsprobleem. |
| De fysiotherapeut verzekerd te patiënt van informatie zal voorzien om daarna gezamenlijk de mogelijkheden af te wegen. |
| De fysiotherapeut vraagt naar de meningen van de patiënt. |

**Item 3**

|  |
| --- |
| De fysiotherapeut informeert over de voor- en nadelen van de mogelijkheden om zo de behandelingen te vergelijken. |
| De fysiotherapeut geeft informatie over de voor en nadelen van een behandeling. |
| De zorgverlener geeft informatie over de voor en nadelen van de verschillende behandelingen. |
| Om de patiënt te ondersteunen controleert de zorgverlener de voor en nadelen van de behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut evalueert samen met de patiënt de voor- en nadelen van de mogelijke behandeling, zodat deze kunnen bijdragen aan het maken van een keuze. |
| De fysiotherapeut geeft informatie over de mogelijkheden die de patiënt ondersteunen bij het vergelijken van de behandelmogelijkheden. |
| De zorgverlener verteld over de voor- en nadelen van verschillende behandelmogelijkheden en bespreekt of er sprake is van een fysiotherapeutische indicatie. |
| De zorgverlener geeft informatie over de voor/nadelen van de behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut geeft informatie over en bespreekt de voor en nadelen van de behandelmogelijkheden met de patiënt. |
| De zorgverlener geeft informatie over de voor- en nadelen van de behandelmogelijkheden, inclusief ‘niets doen’. |
| De fysiotherapeut betrekt de patiënt bij het vergelijken van de behandelmogelijkheden |
| De fysiotherapeut informeert de patiënt over de voor en nadelen van de behandelkeuzes. |
| De fysiotherapeut geeft de voor en nadelen aan over de verschillende behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut verteld over de voor en nadelen van de verschillende soorten behandelmogelijkheden en controleert dit bij de patiënt, en zorgt ervoor dat de patiënt hierdoor wordt ondersteund bij het vergelijken van de alternatieven. |
| De zorgverlener geeft informatie aan de patiënt over de voor en nadelen van de behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut en de patiënt bespreken de voor en nadelen van de behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut bespreekt de voor en nadelen van de behandelmogelijkheden en evalueert met de patiënt of hij dit begrijpt. |

**Item 4**

|  |
| --- |
| De fysiotherapeut haalt de voorkeuren van de patiënt boven tafel bij het maken van het behandelplan. |
| De fysiotherapeut krijgt de voorkeuren van de patiënt boven tafel met betrekking tot de behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut doet zijn best de voorkeuren van de patiënt boven tafel te krijgen. |
| De zorgverlener doet zijn best om de hulpvraag en doelstelling van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden. |
| De fysiotherapeut krijgt de voorkeuren van de patiënt boven tafel. |
| De fysiotherapeut doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden. |
| De zorgverlener gebruikt de mening van de patiënt voor het opstellen van een behandelplan. |
| De zorgverlener informeert naar de mening van de patiënt wat betreft de behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut bespreekt de voorkeuren met de patiënt. |
| De zorgverlener laat de patiënt zijn voorkeuren uitspreken met betrekking tot de behandelmogelijkheden. |
| De fysiotherapeut haalt de voorkeuren van de patiënt over de behandelmogelijkheden naar boven. |
| De fysiotherapeut probeert de wensen van de patiënt boven tafel te krijgen. |
| De fysiotherapeut probeert altijd de mening van de patiënt mee te nemen. |
| De fysiotherapeut en de patiënt bespreken gezamenlijk de besproken mogelijkheden en de therapeut vraagt naar de mening van de patiënt. |
| De zorgverlener verteld zijn expertise over de behandelmogelijkheden en vraagt naar de mening van de patiënt. |
| De fysiotherapeut en de patiënt maken een keuze over de besproken mogelijkheden. |
| De fysiotherapeut vraagt naar de voorkeuren van de patiënt. |

**Item 5**

|  |
| --- |
| De fysiotherapeut laat zien dat hij de voorkeuren van de patiënt heeft betrokken bij het maken van een gezamenlijk besluit. |
| De fysiotherapeut betrekt de voorkeuren van de patiënt bij het maken van een besluit. |
| De zorgverlener doet zijn best de voorkeuren van de patiënt mee te nemen in het besluit en in het behandelplan. |
| De zorgverlener betrekt de patiënt en weegt de voorkeuren af bij het maken van een behandelplan. |
| De fysiotherapeut doet zijn best de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit. |
| De fysiotherapeut doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit. |
| De zorgverlener bespreekt samen met de patiënt het behandelplan en evalueert de behandeling om de zoveel tijd. |
| De zorgverlener in maakt overeenstemming met de patiënt een behandelplan. |
| De fysiotherapeut doet zijn best de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit. |
| De zorgverlener betrekt de voorkeuren van de patiënt bij het maken van een besluit. |
| De fysiotherapeut betrekt de voorkeuren van de patiënt in zijn behandelplan. |
| De fysiotherapeut gaat in overleg met de patiënt het beste behandelplan kiezen. |
| De fysiotherapeut zorgt ervoor dat de patiënt zijn mening wordt meegenomen in het maken van het besluit. |
| De fysiotherapeut maakt het besluit en gebruikt hierbij de voorkeur en meningen van de patiënt. |
| De fysiotherapeut maakt het behandelplan in overeenstemming met de patiënt. |
| De fysiotherapeut en de patiënt maken gezamenlijk het besluit. |
| De fysiotherapeut gebruikt gezamenlijke besluitvorming om tot een behandelplan te komen. |

# Bijlage G: voorgelegde zinnen aan focusgroep

**Item 1**

1. De fysiotherapeut bevestigt dat er meerdere behandelmogelijkheden bestaan waarover een besluit moet worden genomen.
2. De fysiotherapeut vestigt de aandacht op het gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandelingen bestaan en bespreekt dit met de patiënt.
3. *De fysiotherapeut vestigt de aandacht op, of bevestigt de hulpvraag waarvoor meerdere behandel/beleidsmogelijkheden bestaan, waarover een gezamenlijk besluit moet worden genomen met actieve betrokkenheid van de patiënt.*
4. De zorgverlener bevestigt via ICF de behandelbare grootheden waar een besluit over moet worden genomen.
5. De zorgverlener stelt het gezondheidsprobleem vast en geeft aan welke verschillende behandelmogelijkheden er zijn.
6. De zorgverlener vestigt de aandacht op of bevestigt een gezondheidsprobleem waarvoor meerdere behandel- of beleidsmogelijkheden bestaan waarover een besluit genomen moet worden.

**Item 2**

1. De fysiotherapeut evalueert of de patiënt zijn/haar situatie begrijpt en vraagt of de patiënt in eigen woorden kan uitleggen welke opties er zijn.
2. *De fysiotherapeut verschaft de patiënt informatie over het natuurlijk beloop van de klacht en helpt de patiënt bij het afwegen van de mogelijkheden.*
3. De fysiotherapeut bevestigt dat de patiënt goed geïnformeerd raakt over de verschillende behandelmogelijkheden van het gezondheidsprobleem en controleert dit bij de patiënt.
4. De fysiotherapeut bevestigt dat hij de patiënt zal helpen in het maken van een behandelkeuze.
5. De zorgverlener geeft informatie aan de patiënt over de verschillende behandelmogelijkheden van het gezondheidsprobleem.
6. De zorgverlener verzekert de patiënt of bevestigt dat de zorgverlener de patiënt zal helpen om goed geïnformeerd te raken en de mogelijkheden af te wegen.

Voor 2 wordt unaniem gekozen als daaraan toegevoegd wordt dat de patiënt in eigen woorden kan uitleggen welke opties er zijn.

**Item 3**

1. De fysiotherapeut bespreekt de voor- en nadelen van de behandelmogelijkheden en evalueert met de patiënt of hij dit begrijpt.
2. De fysiotherapeut geeft informatie over de voor- en nadelen van de behandelmogelijkheden, inclusief ‘niets doen’.
3. De fysiotherapeut betrekt de patiënt bij het vergelijken van de behandelmogelijkheden.
4. De fysiotherapeut geeft informatie over de voor- en nadelen van de verschillende behandelingen.
5. *De fysiotherapeut evalueert samen met de patiënt de voor- en nadelen van de mogelijke behandeling, zodat deze kunnen bijdragen aan het maken van een keuze.*
6. De zorgverlener 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.

Voor 5 wordt gekozen als er aan toegevoegd wordt als de patiënt de uiteindelijke (gezamenlijke?) behandelkeuze maakt.

*De fysiotherapeut evalueert samen met de patiënt de voor- en nadelen van de mogelijke behandeling, zodat deze kunnen bijdragen aan het maken van een gezamenlijke keuze.*

**Item 4**

1. De fysiotherapeut haalt de voorkeuren van de patiënt boven tafel bij het maken van het behandelplan.
2. *De fysiotherapeut doet zijn best om de hulpvraag en doelstelling van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden.*
3. De fysiotherapeut informeert naar de mening van de patiënt wat betreft de behandelmogelijkheden.
4. De fysiotherapeut laat de patiënt zijn voorkeuren uitspreken met betrekking tot de behandelmogelijkheden.
5. De fysiotherapeut probeert altijd de mening van de patiënt mee te nemen in het opstellen van een behandelplan.
6. De zorgverlener doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot de besproken mogelijkheden.

Mogelijkheden veranderen naar behandelplan, past beter bij fysiotherapie.

*De fysiotherapeut doet zijn best om de hulpvraag en doelstelling van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot het besproken behandelplan.*

**Item 5**

1. De fysiotherapeut betrekt de voorkeuren van de patiënt bij het maken van een besluit.
2. *De fysiotherapeut maakt in overeenstemming met de patiënt een behandelplan.*
3. De fysiotherapeut doet zijn best de voorkeuren van de patiënt mee te nemen in het besluit en in het behandelplan.
4. De fysiotherapeut betrekt de voorkeuren van de patiënt in het behandelplan en evalueert deze na bepaalde tijd.
5. De fysiotherapeut en de patiënt maken gezamenlijk het besluit.
6. De zorgverlener doet zijn best om de voorkeuren van de patiënt te betrekken bij het maken van een besluit.

2, met als toevoeging: evaluatie na bepaalde tijd.

**Nieuwe zinnen:**

1. *De fysiotherapeut vestigt de aandacht op, of bevestigt de hulpvraag waarvoor meerdere behandel/beleidsmogelijkheden bestaan, waarover een gezamenlijk besluit moet worden genomen met actieve betrokkenheid van de patiënt.*
2. *De fysiotherapeut verschaft de patiënt informatie over het natuurlijk beloop van de klacht en helpt de patiënt bij het afwegen van de mogelijkheden.*
3. *De fysiotherapeut evalueert samen met de patiënt de voor- en nadelen van de mogelijke behandeling, zodat deze kunnen bijdragen aan het maken van een gezamenlijke keuze.*
4. *De fysiotherapeut doet zijn best om de hulpvraag en doelstelling van de patiënt boven tafel te krijgen met betrekking tot het besproken behandelplan.*
5. *De fysiotherapeut maakt in overeenstemming met de patiënt een behandelplan, welke wordt geëvalueerd na bepaalde tijd.*