



Keurmerk Fysiotherapie

Peer Review Keurmerk Fysiotherapie

Thema 1 Data: Meetinformatie gebruiken om te leren en verbeteren.

Versie 1.1

Marjo Maas

Marije de Leur

Philip van der Wees

Henri Kiers

Inhoudsopgave

Deel I. Algemene informatie	3
Inleiding.....	3
Waarom.....	3
Wat te doen?.....	3
Deel II. Overzicht Thema 1 + Video casuïstiek	5
Deel III. Invulling van thema 1 Data: Meetinformatie gebruiken om te leren en verbeteren.....	7
Voorwoord	7
Inleiding.....	7
Doelstellingen van thema 1.....	8
Vorbereiding bijeenkomst Thema 1.....	8
Uitvoering bijeenkomst Thema 1	14
Literatuur.....	16
Deel IV. Peerassessment video casuïstiek.....	17
Inleiding.....	17
Uitvoering.....	17
Bijlage 1: Scoreformulier peerassessment.....	18
Bijlage 2: Het fysiotherapeutisch proces.....	19
Bijlage 3: Feedback.....	20
Literatuur.....	23

Deel I. Algemene informatie

Wat te doen

Het systeem kent een hoge mate van autonomie, eigen initiatief is belangrijk. Fysiotherapeuten zijn hoogopgeleide professionals en prima in staat om hun eigen leerproces vorm te geven aan de hand van een aantal handvatten. Wat zijn de te volgen stappen?

1. Stel een groep samen en bepaal wie de organisator is. [Kijk hier](#) om te lezen hoe je een groep kan samenstellen, wat de vereisten zijn en wat de rol van de organisator en coach is. Bij voorkeur blijft de groep gedurende tenminste 1 jaar bij elkaar. Groepen van minimaal 5 en maximaal 9 Keurmerk therapeuten uit minimaal 2 verschillende praktijk AGB-codes. Er zijn minimaal 4 bijeenkomsten per jaar. Meer bijeenkomsten mag natuurlijk ook. Eenmaal per jaar mag door een deelnemer met opgave van reden aan de groep een bijeenkomst worden gemist, maar de groep komt wel minimaal 4x bij elkaar. Mocht het gebeuren dat meerdere deelnemers niet aanwezig kunnen zijn en uiteindelijk de groep uit minder dan 5 deelnemers bestaat dan verplaatst u de bijeenkomst.
2. Elk kalender jaar meldt de organisator de groep aan in PE online. Zie hiervoor [de handleiding](#) op onze website. Aanmelden kan vanaf november tot en met maart. (Na het opnieuw aanmelden van de groep in een nieuw kalenderjaar kent PE online een ander ID-nummer toe aan de groep).
3. De groep kan starten met de bijeenkomsten zodra er accreditatie is verleend door het Keurmerk. U ontvangt per email een bevestiging van accreditatie.
4. Kies één van de thema's waar je als groep het hele jaar mee aan de slag gaat. Uitgebreide informatie van de verschillende thema's is [hier](#) te vinden.
5. Plan een afspraak met je groep en ga aan de slag met het gekozen thema. Als de coach bekend is neem deze dan ook mee in de planning. Zie hiervoor deel 2, 3 en 4 van dit document: de inhoud.
6. Voer de presentie van de deelnemers in het PE Online keurmerk systeem. U upload ook een getekende aftekenlijst wanneer u de presentie opvoert. Zie hiervoor de handleiding op onze website. U voert geen presentie op in PE online voor de aanwezige coach d.m.v. het bignummer van de coach, maar de coach tekent wel de presentielijst.
7. Het Keurmerk probeert aan iedere groep een coach te koppelen. Uw voorkeur voor een coach zal indien mogelijk overgenomen worden. Een coach koppeling vindt niet plaats door derden, nadat wij een coach hebben gekoppeld ontvangt u hier per email een bevestiging over zodat organisator en coach in contact komen met elkaar.

Vrijwel iedere deelnemer aan het in dit document geschetste peer review proces heeft de bijeenkomsten als leuk en leerzaam ervaren. Een snelle check of het proces door uw groep goed is doorlopen is de vraag "was het leuk, en was het leerzaam?" Wij wensen u veel plezier met de verdere verdieping in het helpen van mensen met beweegproblemen.

Waarom

Er kan jarenlang gediscussieerd worden over het begrip kwaliteit en hoe dit te meten zonder tot een consensus te komen. Wij zijn ervan overtuigd dat de beste manier om kwaliteit te stimuleren en te garanderen voortkomt uit intrinsieke motivatie en het leren van elkaar. Daarvoor moet de therapeut kunnen reflecteren op het eigen handelen, en moet hij in staat zijn de handelingen van een collega op een positieve wijze van feedback te voorzien. Op deze wijze wordt kwaliteit gewaarborgd doordat de therapeut deelneemt aan continu verbeterproces, wat veel meer

garanties geeft op het leveren van het brede begrip kwaliteit dan individuele uitkomsten of procesmetingen. Wij hebben daarom niet het begrip kwaliteit gedefinieerd, maar wel gedefinieerd wat een kwalitatief goede therapeut is:

“De kwalitatief hoogwaardige fysiotherapeut is doordrongen van de noodzaak zijn beredenering en argumenten te expliciteren en te laten toetsen door andere betrokkenen bij het zorgverlenersproces.”

Deze explicitering beslaat naast een cognitieve ook een morele dimensie. Is wat ik doe juist in relatie tot de patiënt en in relatie tot de kwaliteit van de samenleving?

Het criterium om te toetsen of een therapeut hieraan voldoet is als volgt omschreven:

“De andere betrokkenen bij het zorgverlener proces, of vervangers daarvan, kunnen je volgen, begrijpen en accorderen wat resulteert in het hebben van vertrouwen in hetgeen de fysiotherapeut doet. De fysiotherapeut kan van zichzelf aangeven in welke context hij aan bovenstaand criterium voldoet.”

Dit betekent dat het van groot belang is dat keurmerk deelnemers hun handelen op eigen initiatief ter toetsing voorleggen aan andere betrokkenen binnen het zorgproces. Het is de verantwoordelijkheid van de te vormen peer review groep zelf om de noodzakelijke competenties voor deze “peer assessment” te oefenen.

Heeft u vragen of ondervindt u problemen? Wij helpen u graag. U bereikt ons per e-mail via info@keurmerkfysiotherapie.nl of op telefoonnummer 038 – 303 1600.

Wij wensen u heel veel succes en plezier met de Keurmerk Peer Review!

Het Keurmerk team.

Deel II. Overzicht Thema 1 + Video casuïstiek

Wat	Details		Tijd
Doel	Het verzamelen, analyseren en gebruiken van proces- en uitkomstdata om kwaliteit te verbeteren en aan te tonen.		
Omvang	Gedurende het jaar 4 bijeenkomsten van 2 uur. Het eerste uur gaat over het thema <i>Data: Meetinformatie gebruiken om te leren en verbeteren</i> en het 2 ^e uur van de bijeenkomst wordt gebruikt voor de <i>video casuïstiek</i> .		
Algemene Voorbereiding	Inhoud van het Thema van 4 bijeenkomsten bepalen. Rollen en taken verdelen, zodanig dat ieder lid van de groep een evenredige bijdrage levert aan de opbrengsten van het thema.	Hele groep	
Voorbereiding bijeenkomsten thema Data	- Onderzoeksvraag formuleren - Data verzamelen met gebruik van het EPD, de Keurmerk Database, of andere databases die geschikt zijn voor het beantwoorden van de vraag. - Informatie ordenen - Presentatie voorbereiden	Individueel of subgroep	
Voorbereiding bijeenkomsten video casuïstiek	1. Opnemen filmpje van circa 10 minuten van een (deel van de) behandeling. Vraag vooraf aan je patiënt schriftelijk toestemming voor het maken van het filmpje. (Zie formulier 'Informed consent' op https://www.keurmerkfysiotherapie.nl/therapeut/keurmerk-documenten/) 2. [Optioneel] Uitprinten Bijlage 1 voor elke deelnemer.	Individueel of subgroep	
	Bijeenkomst 1^{ste} uur <i>Data: Meetinformatie gebruiken om te leren en verbeteren</i>		
Uitvoering	Zoekproces en resultaten presenteren	Individueel of subgroep	10 min
Analyse	Gezamenlijk bevindingen analyseren met gebruik van een 'visgraatdiagram'.	Hele groep	30 min
Verbeteren	Mogelijkheden verkennen om uitkomsten positief te beïnvloeden.	Hele groep	15 min
Evaluatie	Doelstellingen en acties ontwikkelen	Hele groep	5 min

	Bijeenkomst 2 ^{de} uur video casuïstiek		
deIntroductie video	Korte introductie door de therapeut die de video meebrengt. Geef indien mogelijk ook aan waarom juist deze patiënt is gefilmd. Expliciet benoemen van de het leerdoel of vraag.	Individueel of subgroep	5 min
Video bekijken	Video bekijken.	Hele groep	10 min
Toelichting video	Toelichting door de inbrengende therapeut. Verantwoording van de gemaakte keuzes (het klinisch redeneren) en eventueel de wijze van uitvoering. Waarom heb je wat wanneer en hoe gedaan?	Individueel of subgroep	3 min
Vragen beoordelaars	Feitelijke vragen door de beoordelaars. Uitsluitend vragen ter verduidelijking. Geen discussiepunten of beoordeling! Bijlagen 1 & 2 kunnen dienen als hulp bij het formuleren van vragen.	Hele groep	5 min
Overdenking	Overdenking. Gebruik hiervoor het beoordelingsformulier (zie bijlage 1. Vul dit in.	Hele groep	5 min
Feedback	Beoordelaar helemaal laten uitspreken, iedere beoordelaar om de beurt. Hier is de vorm van feedback essentieel. (Zie bijlagen 3) Na het geven van feedback kan de inbrengend therapeut vragen stellen en kan er gediscussieerd worden n.a.v. de feedback.	Hele groep	20 min
Evaluatie	Afspraken voor de volgende bijeenkomst	Hele groep	5 min
	Na de bijeenkomst		
Presentielijst	Deelnemers laten de organisator hun aanwezigheid en inbreng noteren op de presentielijst. De lijst is te vinden op onze website.	Hele groep	
Presentielijst in PE-Online	De organisator geeft de namen van de deelnemers door via PE Online middels het BIG-nummer en zorg voor upload van de presentielijst.	Organisator	
Na de laatste bijeenkomst van het jaar	Iedere deelnemer vult het Pop formulier voor het nieuwe jaar in.	Hele groep	

Deel III. Invulling van thema 1 Data: Meetinformatie gebruiken om te leren en verbeteren.

Voorwoord

Dit thema is ontwikkeld door RadboudUMC IQ Healthcare in samenwerking met Keurmerk Fysiotherapie. Speciale dank gaat uit voor de inbreng van de Keurmerk Coaches, in het bijzonder Phia Dekker.

Inleiding

In de fysiotherapiepraktijk wordt veel meetinformatie verzameld. Dat kan klinische meetinformatie zijn (lichaamsfuncties of activiteiten) of patiënt-gerapporteerde meetinformatie afkomstig van vragenlijsten zoals PROMs¹ en PREMs². Ook wordt meetinformatie verzameld over de praktijkvoering van de fysiotherapeut, zoals dossiervoering, behandelduur, behandelgemiddelden.

In de fysiotherapiepraktijk wordt er met verschillende doelen meetinformatie verzameld:

Op cliëntniveau

- a. Om een gezondheidsprobleem te inventariseren en te diagnosticeren
- b. Om een prognose te maken van de te verwachten resultaten op basis van prognostische profielen op basis waarvan 'samen beslissen' mogelijk is. (<https://claudicationet.nl/nl/clauidicationet/projecten-en-activiteiten/samen-beslissen>).
- c. Om samen te beslissen over doelen en behandelalternatieven
- d. Om het behandelproces te monitoren en te evalueren

Op organisatieniveau

- a. Om kwaliteit te verbeteren en transparantie te bevorderen
- b. Om keuze-informatie aan te bieden voor cliënten en zorgverzekeraars
- c. Om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen

In dit thema besteden we aandacht aan het verzamelen, analyseren en doelbewust gebruiken van meetinformatie om kwaliteit te verbeteren en transparantie te bevorderen. Onderzoek heeft aangetoond dat zorgprofessionals – en ook fysiotherapeuten - meetinformatie over hun praktijkvoering (procesdata) en hun resultaten (uitkomstdata) niet automatisch gebruiken om aan kwaliteit te werken ¹. Daarvoor zijn allerlei redenen te noemen (Brehaut et al. 2016). Kwantitatieve informatie (somscores, gemiddelden, percentages) over de praktijkvoering worden bijvoorbeeld niet altijd begrepen of de data worden niet als representatief beschouwd voor de praktijk. Ook is uit de literatuur bekend dat meetinformatie over de praktijkvoering die

¹ Patiënt gerapporteerde uitkomsten

² Patiënt gerapporteerde ervaringen

teruggekoppeld wordt naar individuele zorgprofessionals (performance-feedback) niet altijd geaccepteerd wordt, omdat de bron van informatie niet als betrouwbaar wordt beschouwd. Het is een gemiste kans als je beschikbare informatie niet gebruikt om jezelf te verbeteren in het belang van je patiënten en in het belang van je praktijk, instelling of netwerk (Boyce, Browne, and Greenhalgh 2014; Brehaut et al. 2016).

Door met elkaar de meetinformatie te analyseren en te interpreteren, kunnen de data aan betekenis winnen. Het gaat dan niet om het 'normeren' (goed of slecht), maar om het 'begrijpen' van de data. Resultaten van metingen worden immers beïnvloed door een veelheid aan factoren waar je wel of geen invloed op kunt uitoefenen.

In de volgende delen leggen we uit a) hoe je een zoekvraag formuleert, b) hoe je vervolgens data gaat verzamelen, c) hoe je data analyseert en d) wat je er vervolgens mee kunt gaan doen.

Doelstellingen van thema 1

- a. Je ontwikkelt vaardigheden in het verzamelen van data op basis van een concrete vraag uit de praktijk.
- b. Je ontwikkelt vaardigheden om de data kritisch te analyseren en de betekenis te bepalen voor je dagelijkse praktijk.
- c. Je ontwikkelt inzicht in de factoren die van invloed zijn op de uitkomsten.
- d. Je ontwikkelt strategieën hoe je een positieve invloed uit kunt oefenen op de uitkomsten vanuit jouw rol en jouw invloedssfeer.

Voorbereiding bijeenkomst Thema 1

Een planning maken

Bespreek met je peer review groep wie de bijeenkomsten voorbereiden en wanneer die zullen plaatsvinden. Zorg dat ieder lid van de groep na afloop van de serie van 4 bijeenkomsten een aandeel heeft gehad. Samenwerken in het zoeken naar informatie en het presenteren van resultaten is natuurlijk een optie.

Een onderzoeksvraag formuleren

Voordat je data gaat verzamelen formuleer je een onderzoeksvraag. Bedenk wat jij als professional, jouw praktijk of jouw netwerk graag wil weten en waarom je dat wilt weten. Die vraag mag heel divers zijn, voel je vrij om buiten de gebaande paden te gaan. Motiveer waarom je dat wilt weten en welke verwachtingen je hebt van de uitkomsten van je zoekactie.

Data verzamelen

Vervolgens ga je bepalen welke informatie je nodig hebt en waar je die zou kunnen vinden. De meest voor de hand liggende database is je EPD en het dashboard van de Keurmerk Database. Maar als je nieuwsgierigheid verder strekt dan alleen praktijkinformatie, kun je ook gebruik maken van andere databases. Hieronder een paar voorbeelden:

- www.zorginzicht.nl/kennisbank/paginas/prom-toolbox
- <https://www.qualiview.nl/fysio-prestatie-monitor-wordt-qualiview/>
- <https://www.nivel.nl/nl/thema/fysiotherapeut>
- <https://www.meetinstrumentenzorg.nl/>
- <https://www.rivm.nl/media/jzojp/>
- <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/>
- <https://www.cbs.nl/>
- <https://www.volksgezondheidenzorg.info/>
- www.regiobeeld.nl
- www.zorgin2030.nl
- <https://www.qdna.nl/>
- <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor>
- <https://www.volksgezondheidenzorg.info>
- <https://allecijfers.nl>

Twee voorbeelden

Voorbeeld 1

Je onderzoeksvraag

Ik behandel veel patiënten met arbeidsgerelateerde klachten aan de bovenste extremiteit (KANS). Sinds ik gebruik maak van een nieuwe vorm van gespreksvoering bij deze patiënten, ben ik benieuwd of mijn uitkomsten op de PSK zijn veranderd? En hoe mijn uitkomsten op de PSK zich verhouden tot de landelijke gemiddelden?

De onderbouwing van je vraag

Ik wil weten of deze methodiek ook aantoonbaar leidt tot betere uitkomsten, zodat ik mijn keuze voor deze methodiek goed kan onderbouwen naar de patiënt. Bij deze methodiek wordt veel tijd geïnvesteerd in het gesprek met de cliënt en dat kan als ongewenst ervaren worden.

Je verwachting

Ik verwacht dat de verschillen tussen de 0-meting en eindmeting op de PSK zijn toegenomen vergeleken met voorgaande periode. Ik verwacht niet dat mijn behandelgemiddelden veranderd zijn, omdat ik meer tijd gestoken heb in het gesprek met de cliënt.

Data verzamelen

Vervolgens ga je bepalen welke informatie je nodig hebt en waar je die kunt vinden. In dit geval kun je gebruik maken van je EPD en de Keurmerk Database.

- Aantal patiënten met de diagnosecodes (pols-hand/elleboog) afgelopen periode en de voorgaande periode.
- Het aantal patiënten waarbij sprake is van een recidief bij deze diagnosecode
- Verschilscore tussen 0-meting en eindmeting op de PSK (QuickDash / Spadi) over de afgelopen periode en voorgaande periode en in hoeverre dat verschil klinisch relevant is. Zie hiervoor <https://www.meetinstrumentenzorg.nl/>.

Voorbeeld 2

Je onderzoeksvraag

Ik ben manueeltherapeut, gespecialiseerd in nek- en rugklachten. Ik vraag me af of ik voldoende aansluit bij de zorgvraag van 65+ers in de wijk. Het valt mij op dat ik weinig ouderen met nek- en schouderklachten zie, terwijl de prevalentie van deze klachten toeneemt met de leeftijd. (<https://www.volksgezondheidenzorg.info>)

Onderbouwing van je vraag

Ik wil als fysiotherapeut, maar ook als praktijk anticiperen op de toekomst van de zorg in de wijk en nadenken over een optimale afstemming van de zorgvraag en het zorgaanbod.

Je verwachting

Ik denk dat ik te veel gericht ben op enkelvoudige gezondheidsproblemen, zoals schouderklachten.

Data verzamelen

Vervolgens ga je bepalen welke informatie je nodig hebt om je vraag te beantwoorden en waar je die kunt vinden. In dit geval kun je gebruik maken van je EPD en de Keurmerk Database.

Je hebt ook informatie nodig over de te verwachten leeftijdsopbouw en gezondheid van 65+ers in de wijk. Daarvoor moet je uitgebreider gaan zoeken en de verschillende databases verkennen.

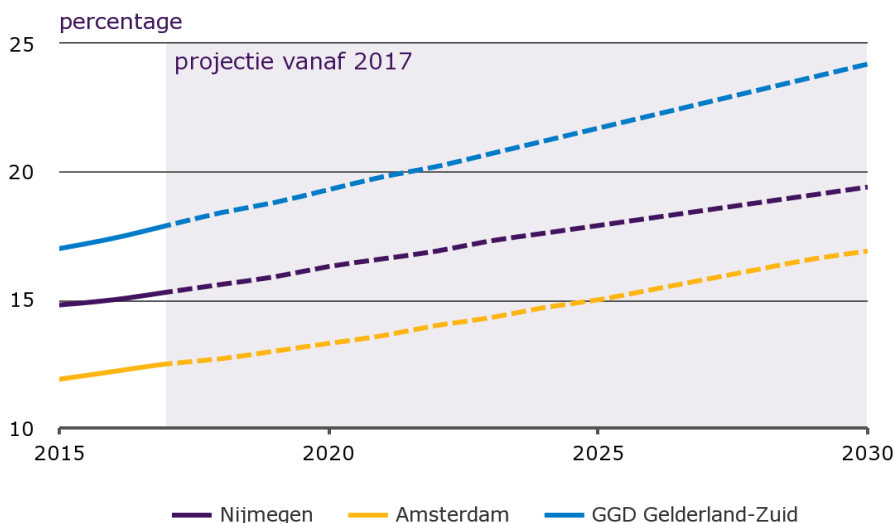
- Percentage 65+ers in de praktijk
- Diagnosecodes 65+ers in de praktijk (idem)
- Percentage 65+ers in de wijk / buurt en de verwachtingen voor de toekomst
- Lichamelijke Gezondheid van 65+ers in de wijk / buurt
- Geestelijke Gezondheid van 65+ers in de wijk / buurt
- Verwachtingen voor de toekomstige zorgvraag in de wijk / regio

Tabel 1: Selectie uit de originele cijfers van een fysiotherapiepraktijk in de wijk Hatert (november 2019). (De gemiddelde leeftijden per diagnosecode zijn fictief)

Diagnosecode		Aantal Patiënten	Aantal Behandelingen	Gem Behandelingen	Gem Leeftijd
3023	CWK artrose	3	28	9,33	68
3926	CWK – surmenage etc	76	472	6,21	42
3031	CWK – traumatisch etc	3	19	6,33	36
3126	CWK-TWK surmenage etc	113	766	6,78	51
3131	CWK-TWK Traumatisch etc	3	12	5,00	41
3226	TWK Surmenage	51	308	6,04	54
3326	TWK-LWK	21	110	5,50	47
3405	LWK Chirurgie	1	16	5,33	52
3411	LWK Orthopedisch	3	27	9,00	17
3423	LWK Degeneratief	5	37	7,40	66
3426	LWK Surmenage	199	1155	5,8	52
3526	LWK-S Degeneratief	3	19	6,33	59
3575	LWK-S HNP-radic	4	16	4,0	39
3578	SIG	5	37	7,4	36
3926	WK-Totaal Surmenage	35	272	7,77	48

Een kleine verkenningstocht van de wijk Hatert in Nijmegen, en een kleine verkenningstocht van de databases van het RIVM leverde de volgende informatie op:

Trend percentage 65 jaar en ouder in Nijmegen en Amsterdam



Bron: Planbureau voor de Leefomgeving en Centraal Bureau voor de Statistiek

Bron: <https://www.rivm.nl/media/jzojp>

65+	Overgewicht Obesitas	Roker	Lichamelijke gezondheid Langdurige ziekte of aandoening	Psychische gezondheid Hoog risico op angst of depressie	Eenzaamheid Ernstig/zeer ernstig eenzaam	Goed/zeer goed ervaren gezondheid	Sporten en bewegen Voldoet aan beweegrichtlijnen
Landelijk	17	12	50	5	10	61	35
Nijmegen	16	14	53	7	12	59	36
Wijk Hatert	18	14	56	8	14	52	30

Bron: <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50052NED/table?ts=1570176251285>

Wijkcijfers 2016 Nijmegen Wijk 06 Nijmegen-Zuid Hatert

19 jaar en ouder	wijk	Gemeente	Nederland
Bevolking	23490	172064	16979120
Cijfers ziekten en beperkingen (%)			
Langdurige ziekte of aandoening	39	35	35
Minstens een beperking	20	15	16
Mobiliteitsbeperking	13	10	11
Gehoorbeperving	6	5	5
Gezichtsbeperking	8	6	6

Bron: <https://www.rivm.nl/media/smap/langdurigeziekte.html?detail=wijk&gemeente=Nijmegen>

De wijkmonitor 2019 meldt met betrekking tot de gezondheid van ouderen het volgende:
<https://www.nijmegen.nl/over-de-gemeente/onderzoek-en-cijfers/stads-en-wijkmonitor/>
“De komende vijftien jaar zal de vraag naar zorg flink toenemen vanwege de toename van de groep ouderen vanaf 75 jaar”

De website Zorgverbeter meldt over multimorbiditeit het volgende:
“Met de toename van het aantal ouderen stijgt de zorgvraag. Van de mensen van 65 jaar en ouder heeft 70 procent een chronische ziekte. Van de mensen van 75 jaar en ouder heeft de helft meer dan één chronische ziekte. Van de mensen van 75 jaar en ouder met een chronische ziekte, heeft 63 procent twee of meer chronische ziekten (multimorbiditeit) en 32 procent drie of meer”.
(<https://www.zorgverbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing>).

Uitvoering bijeenkomst Thema 1

Presenteren van de bevindingen (10 min)

De deelnemer(s) die de bijeenkomst heeft voorbereid, presenteert de onderzoeksvraag, het zoekproces en de resultaten aan de groep. De presentatie bestaat alleen uit een samenvatting van relevante data die gevonden zijn, geen interpretaties en geen conclusies.

Terugblikken met het Ishikawa visgraatdiagram (30 min)

De groep bestudeert de bevindingen en probeert te achterhalen welke factoren een rol spelen bij deze uitkomsten door een oorzaak-gevolganalyse te maken met gebruik van een visgraatdiagram. Focus je op de onderzoeksvraag. De Ishikawa is een methodiek om stap voor stap alle zaken die een proces of een uitkomst beïnvloeden, overzichtelijk in kaart te brengen. Van daaruit wordt gezocht naar een haalbare oplossingen binnen de eigen invloedssfeer.

De oorzaak- en gevolganalyse bestaat uit twee stappen waarmee je zowel terugkijkt als vooruitkijkt. Bij het terugkijken is de analyse gericht op het identificeren van factoren die bevorderend en belemmerend hebben gewerkt op je uitkomsten. Op deze manier helpt het diagram dus te begrijpen wat er eerder is gebeurd. Bij het vooruit kijken probeer je werkbare oplossingen te vinden die in de toekomst geïmplementeerd kunnen worden om jezelf, je praktijk, of je netwerk verder te ontwikkelen. In dit thema maken we gebruik van een vereenvoudigde variant op dit concept. Zo ga je te werk:

Stap 1: stel een waarom-vraag

Gebruik je verzamelde data als uitgangspunt en stel in samenspraak met de groep een waarom-vraag.

Bijvoorbeeld 1: *waarom zijn mijn uitkomsten lager dan de landelijke gemiddelden, ondanks mijn nieuwe aanpak?*

Voorbeeld 2: *Waarom komen er weinig ouderen met nek- en schouderklachten naar mijn praktijk?*

Noteer die vraag aan de rechterkant van een groot papier (de vissenkop) en teken een horizontale lijn dwars over het papier naar links (de visgraat) en laat nog wat ruimte over voor de staart (zie afbeelding 1).

Stap 2: werk de belangrijkste factoren voor de uitkomsten uit

Elke deelnemer noemt één factor die mogelijk een bijdrage levert aan de gepresenteerde bevindingen. De rest van de groep geeft daarop geen commentaar. Beïnvloedende factoren kunnen te maken hebben met mensen (b.v. patiënten, mantelzorgers, zorgprofessionals), met middelen (b.v. ICT voorzieningen), materialen (b.v. meetinstrumenten, data), methoden (behandelproces, samenwerkingsproces), beleid (praktijk, netwerk, overheid, zorgverzekeraar). Trek voor elke factor een verticale lijn over de visgraat. Label daarna elke verticale lijn met de factor. Alle genoemde factoren worden in het diagram opgenomen.

Vooruitblikken met het Ishikawa visgraatdiagram (15 min).

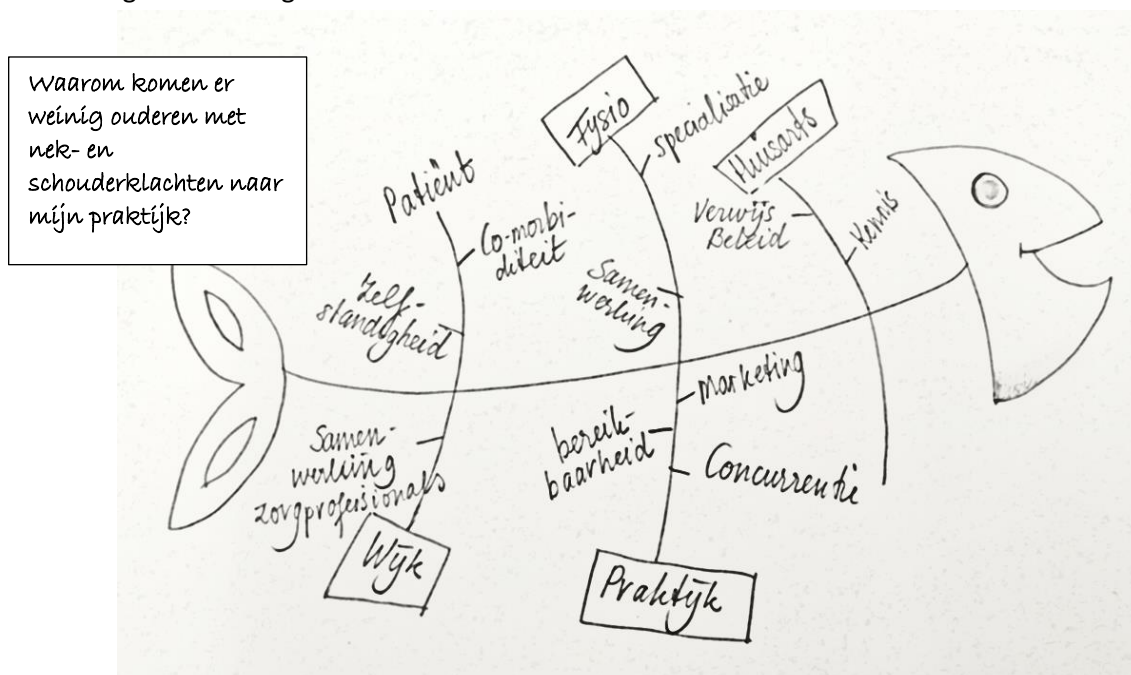
Stap 3: analyseer het diagram (15 min)

Overweeg of verandering gewenst is. Zo ja, bedenk dan welke factoren uit stap twee beïnvloedbaar zijn door de casusinbrenger vanuit zijn rol als individuele professional, lid van een team, of als leidinggevende.

Stap 4: veranderstrategie

Bedenk met elkaar wat de eerste stap zou kunnen zijn om de uitkomsten positief te beïnvloeden.

Afbeelding 1 Uitwerking van voorbeeld 2



Evaluatie bijeenkomst Thema 1 (5 min)

Kijk terug op de leeropbrengsten van dit eerste uur. Maak afspraken over de invulling voor het eerste uur van de volgende bijeenkomst. Je kunt ervoor kiezen om een nieuwe zoekvraag te formuleren (door een andere groep) of dezelfde vraag op grond van de analyse te verdiepen.

Literatuur

1. Scholte M, Neeleman-Van Der Steen CWM, Van Der Wees PJ, Nijhuis-Van Der Sanden MWG, Braspenning J. The reasons behind the (non)use of feedback reports for quality improvement in physical therapy: A mixed-method study. *PLoS One*. 2016;11(8):1-16. doi:10.1371/journal.pone.0161056
2. Brehaut JC, Colquhoun HL, Eva KW, et al. Practice feedback interventions: 15 suggestions for optimizing effectiveness. *Ann Intern Med*. 2016;164(6):435-441. doi:10.7326/M15-2248
3. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(7):1-227. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000259.pub2/pdf/standard>. Accessed May 7, 2014.
4. Kaljouw M, van Vliet K. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. 2015:74. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.crci.2014.07.006
5. Huber M. How should we define health? *Br Med J*. 2011;(343).
6. Meinema T. *Wat Werkt Bij Eigen Regie?*; 2017. doi:10.1007/s12632-016-0059-3
7. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid. *WRR Rapport aan Regering*. 2017;97:186. <https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen/R097-Weten-is-nog-geen-doen.pdf>.
8. NHG. *Gezamenlijke Besluitvorming over Doelen En Zorgafspraken*.; 2018.
9. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. Zorg op de juiste plek. *Organisatiethema's*. 2014.
10. de Vries N. Managing the decline: Physical therapy in frail elderly. *Radboud Repos*. 2015. doi:10.1063/1.3033202
11. Stevens A, Köke A, Beurskens A. De patient specifieke goal-setting methode. 2018.
12. Zorginstituut Nederland. *Meer Patiëntregie Door Meer Uitkomstinformatie in 2022*; 2018.
13. Testa M, Rossetini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther*. 2016;24:65-74. doi:10.1016/j.math.2016.04.006
14. Paas F, Sweller J. An Evolutionary Upgrade of Cognitive Load Theory : Using the Human Motor System and Collaboration to Support the Learning of Complex Cognitive Tasks. 2011. doi:10.1007/s10648-011-9179-2

Deel IV. Peerassessment video casuïstiek

Inleiding

Het peerassessment is een middel om je **klinisch handelen te verbeteren**. Dit doe je door je handelen in kaart te brengen in de vorm van een filmpje van circa 10 minuten en hier samen met je 'peers' op terug te kijken. Zo krijg je feedback vanuit verschillende invalshoeken. De precieze stappen zijn in onderstaand schema te vinden. Dit schema kan als spoorboekje gebruikt worden om je eigen leerproces vorm te geven aan de hand van deze feedback is het van belang dat er door de 'peers' gerichte en **constructieve peerfeedback** gegeven wordt (zie bijlage 3.). Bij het geven van de feedback wordt er gebruik gemaakt van het peerfeedbackformulier 'assessment' (zie bijlage 1). Afhankelijk van de ervaring van de groep met video-casuïstiek kan er één of kunnen er twee casuïstiek worden besproken.

Uitvoering

Bij het peerassessment wordt de volgende systematiek gehanteerd:

Wat	Aandachtspunten	Tijd (min)
Korte introductie door de therapeut die de video meebrengt.	Bedenk als inbrenger vooraf een leerdoel of vraag. Welke vraag heb je aan je peers? Benoem deze vraag expliciet! Dit is een belangrijk onderdeel dat de kwaliteit van de bijeenkomst verhoogt! Geef indien mogelijk ook aan waarom juist deze patiënt is gefilmd.	5 min
Video bekijken.	Start geen discussie tijdens de video. Houd de aandacht bij de film. Feitelijk hoort het stil te zijn tijdens de film	10 min
Toelichting door de inbrengende therapeut.	Verantwoording van de gemaakte keuzes (het klinisch redeneren) en eventueel de wijze van uitvoering. Waarom heb je wat wanneer en hoe gedaan? De therapeut krijgt de ruimte alleen te spreken. Hij wordt niet onderbroken door vragen of opmerkingen.	3 min
Feitelijke vragen door de beoordelaars.	Uitsluitend vragen ter verduidelijking. Geen discussiepunten of beoordeling! Bijlagen 1 & 2 kunnen dienen als hulp bij het formuleren van vragen.	5 min
Overdenking.	Gebruik hiervoor het beoordelingsformulier (zie bijlage 1.) Vul dit in.	5 min
Feedback.	Beoordelaar helemaal laten uitspreken, iedere beoordelaar om de beurt. Hier is de vorm van feedback essentieel. Gebruik hiervoor de bijlage 3. Na het geven van feedback kan de inbrengend therapeut vragen stellen en kan er gediscussieerd worden n.a.v. de feedback. Zorg er wel voor dat iedere deelnemers aan de beurt komt voor zijn/haar feedback.	20 min

Tabel 1. Schematische weergave van het peer review proces.

Bijlage 1: Scoreformulier peerassessment

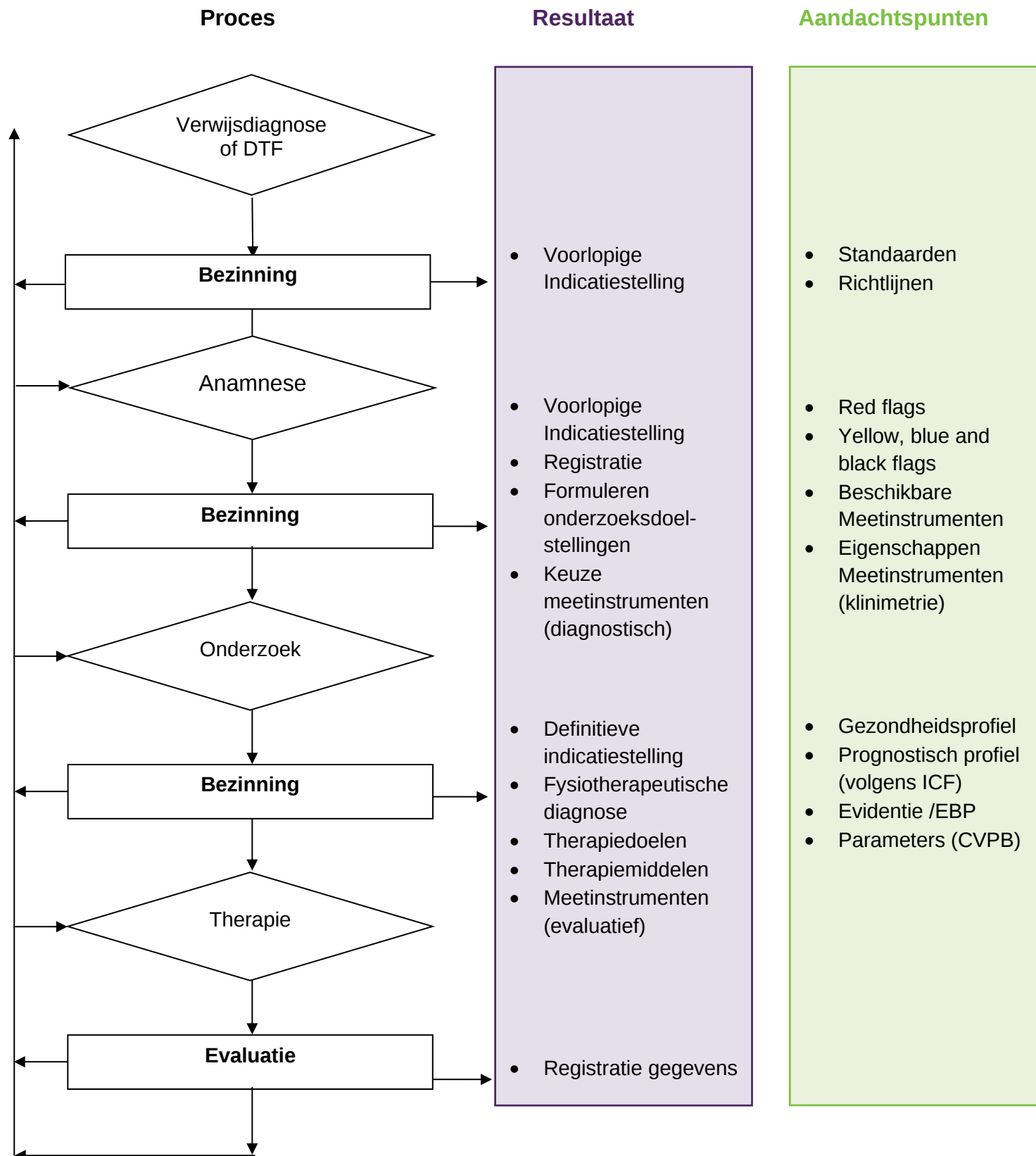
Dit formulier wordt ingevuld **na** de feitelijke vragenronde die volgt op de ingebrachte casuïstiek door uw collega.

Het is de bedoeling dat u de velden invult die u relevant vindt voor deze specifieke casus. Het is dus niet de bedoeling dat u altijd alles invult. Het is een geheugensteun voor de feedback ronde, als u een bepaald punt niet relevant vindt voor de ingebrachte casus vult u het niet in, dat is aan u. Het formulier dient als start voor de discussie, niet als een definitieve beoordeling. Het wordt niet geüpload of bewaard.

	Zet een kruisje in de kolom die overeenkomt met uw waardering voor het gedrag van uw collega zoals getoond in de video casus. 1= De handelingen in deze rubriek moeten verbeterd worden op alle criteria 7= De handelingen in deze rubriek worden beheerst op alle criteria	1	2	3	4	5	6	7
Rubriek 1 Klinisch redeneren	Beargumenteert de relevantie van de test/interventie.							
	Beschrijft de doelstelling van de test/interventie.							
	Kent de beoordelingscriteria van de test/interventie.							
	Maakt de juiste keuzes voor het vervolg onderzoek/interventie.							
	Trekt de juiste conclusie.							
Rubriek 2 Benadering	Benadert de patiënt zorgzaam en respectvol.							
	Toont empathie met de patiënt.							
	Neemt adequate voorbereidende maatregelen.							
	Kiest een passende onderzoekssituatie voor patiënt en therapeut, veilig en ergonomisch correct.							
	Geeft korte, heldere instructie.							
Rubriek 3 Technisch	Voert de handeling vlot en vaardig en correct uit.							
	Realiseert een goede anatomische lokalisatie.							

Bijlage 2: Het fysiotherapeutisch proces

Dit schema kan helpen om vragen over de videocasus te formuleren. Iedere bezinningsmoment kent een afweging die bevraagd kan worden om haar argumentatie.



Bijlage 3: Feedback

De feedback rondes zijn de **belangrijkste** van het gehele proces. Indien juist uitgevoerd is feedback een rijke bron van informatie waardoor een sterk leereffect bereikt kan worden.

- Geef feedback altijd op een respectvolle manier en zodanig dat je collega er iets mee kan.
- Geen algemene bewoordingen als “je was wel vriendelijk tegen de patiënt” maar **concrete zaken** “ik vond het goed dat je hem eerst een hand gaf” of “ik denk dat je meer naar mediaal moet palperen”. Eventueel kan ook de beoordelaar demonstreren wat hij/zij bedoelt.

Indien feedback op een onjuiste wijze wordt uitgevoerd kan dit leiden tot demotivatie en weerstand. Feedback geven en ontvangen is geen vanzelfsprekendheid, het is een vaardigheid die geleerd kan worden. Uit onderzoek blijkt, dat naarmate je vaardiger geworden bent in het geven van peer-feedback, je ook vaardiger wordt in het beoordelen van jezelf. De effectiviteit van feedback voor leren en veranderen is onder andere afhankelijk van:

- De kwaliteit van de feedback: vorm, inhoud en stijl (Prins et al., 2006)
- De betrouwbaarheid van de feedbackgever
- De veiligheid van de leeromgeving (Li et al., 2009)
- De beleving van de feedback (bedreigend of informatief) (Eva et al., 2012; Mann et al. 2009)
- De persoonlijke betekenisgeving en acceptatie (Nofziger et al., 2010; Epstein et al., 2008)
- De aansluiting van feedback bij persoonlijke doelen en verwachtingen (Archer et al., 2014)
- De transfer van feedback naar concrete gedragsverandering (Brehaut et al., 2014)

In het peer review proces worden overwegingen en gedragingen uitgesproken en voorgelegd aan collega's (peers). De expliciete benoeming van wat je doet en waar je de keuzes op baseert leidt tot het delen van kennis waarvan alle deelnemers aan het peer review proces kunnen profiteren.

Constructieve peer-feedback leidt tot zinvolle verbeterdoelen en verbeteracties, mits deze feedback ook wordt geaccepteerd en wordt gebruikt. Dat is niet alleen afhankelijk van de feedbackgever, dat is ook afhankelijk van de feedbackontvanger. In onderstaande opsomming worden tips gegevens om de effectiviteit van peer feedback te bevorderen. De tips worden vergezeld van voorbeelden (schuin gedrukt).

De Feedbackgever

Feedback richt zich op geobserveerd gedrag, toegelicht met voorbeelden daarvan.

- *Niet: “Je kennisniveau is te laag”*
- *Wel: “Uit de manier waarop je de cliënt informatie geeft, kan ik opmaken dat je misschien niet genoeg kennis hebt van deze aandoening”.*

Feedback is persoonlijk gericht

- Spreek je collega met de naam aan.
- Spreek voor jezelf. “ik heb gezien dat je...”.

Ga na of je collega ontvankelijk is voor feedback.

- Geef geen tussentijdse feedback ‘tijdens’ performances; dat beïnvloedt de taakgerichtheid.
- Realiseer je dat stress de ontvankelijkheid voor feedback vermindert. Laat je collega eerst zelf terug kijken om structuur aan te brengen.

Feedback is concreet en specifiek.

- Niet: “Je communiceert niet patiëntgericht”
- Wel: “Je hebt laten zien dat je systematisch vragen kunt stellen om de hulpvraag helder te krijgen, maar de onderliggende motieven van de patiënt zijn mij niet helder geworden.”

Feedback is transparant

- Wees “echt” in je rol als feedbackgever, geef geen dubbelzinnige boodschappen.
- Geef welgemeende feedback, geen “gemaakte” feedback
- Je non-verbale gedrag is in overeenstemming met je verbale gedrag

Feedback is kort en bondig.

- Val niet in herhaling. De feedbackronde stopt als alles gezegd is. Het is niet nodig dat iedereen feedback geeft als dat geen toegevoegde waarde heeft. Beperk je tot de hoofdzaken!

Feedback richt zich zowel op sterke als zwakke kanten.

- Noem eerst wat goed ging, noem dan wat verbeterd kan worden, ook al lijkt die informatie overbodig. Er is een natuurlijke neiging van feedbackgevers om zich alleen te richten op wat beter kan.

Feedback sluit aan bij de leerbehoefte en de fase van verandering.

- Realiseer je in welke fase van verandering je collega zit. Als je daar geen idee van hebt, vraag er dan naar. Feedback die niet aansluit bij de fase van verandering, wordt afgewezen. Een collega die voor het eerst de gespreksvoering met zijn patiënt anders vormgeeft dan gewend, verdient daarvoor een compliment en hoeft niet gefrustreerd te worden met informatie over hoe het nog beter kan. Alles kan beter. Omgekeerd wil je als gevorderde niet geconfronteerd worden met feedback die bestemd is voor beginners.
- Feedback richt zich op zowel de cognitieve als metacognitieve (regulatieve) aspecten.
- Koppel feedback terug naar de doelstellingen van de opdracht; gebruik daarbij zo nodig de beoordelingscriteria ter ondersteuning. Wat was de doelstelling van de opdracht en in hoeverre is die doelstelling bereikt (cognitief)?

- Maak helder wat nog verbeterd kan worden en doe een voorstel hoe dat het beste aangepakt kan worden (metacognitief). Vraag terug of dat ook haalbaar is in de context waarin je collega werkt.

Kortom, peer feedback geven is niet vrijblijvend. Je hebt de verantwoordelijkheid als feedback-gever, dat de ontvanger je feedback begrijpt, accepteert, weet wat er te doen staat en ook vertrouwen heeft in de mogelijkheden om te veranderen.

De Feedback ontvanger

Probeer feedback te beschouwen als informatie, niet als een persoonlijk oordeel.

- Schiet niet meteen in de verdediging, ook al vind je het commentaar van je collega niet terecht. Wacht totdat de anderen feedback gegeven hebben. Als feedback de plank mislaat, stellen je collega's die vanzelf bij.
- Vat verkregen feedback kort samen. Controleer of je de feedback goed begrepen hebt. Stel aanvullende vragen als je het niet goed begrepen hebt en becommentarieer feedback als dat nodig is.
- Geef aan 'wat' je met deze feedback gaat doen, 'hoe' en 'wanneer'.

Kortom, peer feedback ontvangen is niet vrijblijvend. Je hebt de verantwoordelijkheid als feedback-ontvanger om aan te geven in hoeverre je de ontvangen feedback begrijpt, accepteert en wat je er wel of niet mee gaat doen.

Literatuur

1. Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. *Med Educ.* 2010;44(1):101–108. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03546.x.
2. Brehaut JC, Eva KW. Building theories of knowledge translation interventions: use the entire menu of constructs. *Implement Sci.* 2012;7:114. doi:10.1186/1748-5908-7-114.
3. Epstein RM, Siegel DJ, Silberman J. Self-monitoring in clinical practice: a challenge for medical educators. *J Contin Educ Health Prof.* 2008;28(1):5–13.
4. Eva KW, Armson H, Holmboe E, et al. Factors influencing responsiveness to feedback: on the interplay between fear, confidence, and reasoning processes. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2012;17:15–26.
5. Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyte PC, Graham ID. Use of communities of practice in business and health care sectors: a systematic review. *Implement Sci.* 2009;4:27. doi:10.1186/1748-5908-4-27.
6. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009;14(4):595–621. doi:10.1007/s10459-007-9090-2.
7. Nofziger AC, Naumburg EH, Davis BJ, Mooney CJ, Epstein RM. Impact of peer assessment on the professional development of medical students: a qualitative study. *Acad Med.* 2010;85(1):140–147. doi:10.1097/ACM.0b013e3181c47a5b.
8. Prins FJ, Sluijsmans DMA, Paul A. Feedback for General Practitioners in Training : Quality , Styles , and Preferences. 2006:289–303. doi:10.1007/s10459-005-3250-z.