



Keurmerk Fysiotherapie

Peer Review Keurmerk Fysiotherapie

Thema 2: Het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid

Versie 1.1

Marjo Maas

Marije de Leur

Philip van der Wees

Henri Kiers

Inhoudsopgave

Deel I. Algemene informatie.....	3
Wat te doen	3
Waarom	4
Deel II. Overzicht Thema 2 + Video casuïstiek	5
Deel III. Inhoud. Thema 2. Het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid	7
Voorwoord	7
Inleiding	7
Doelstellingen van thema 2	9
Voorbereiding bijeenkomst Thema 2.....	10
Uitvoering bijeenkomst Thema 2	10
Literatuur	11
Deel IV. Peerassessment video casuïstiek	12
Inleiding	12
Uitvoering	12
Bijlage 1: Scoreformulier peerassessment.....	13
Bijlage 2: Het fysiotherapeutisch proces	14
Bijlage 3: Feedback	15
Literatuur	17

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@keurmerkfyiotherapie.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 2 + Video casuïstiek

Wat	Details	Deelnemers	Tijd
Doel	Het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid		
Omvang	4 bijeenkomsten van 1 uur Het 2 ^e uur van de bijeenkomst wordt gebruikt voor peer review, eventueel voortbouwend op het 1 ^e uur.		
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 thema 2	Eén iemand uit de groep neemt een cliënt in gedachten (of een groep cliënten) waarmee je moeilijk uit de voeten kunt als het gaat om het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid. Verzamel de relevante proces- en uitkomstdata uit je EPD en zoek aanvullende informatie over cliënten met een vergelijkbaar gezondheidsprobleem in de Keurmerk Database om een uitspraak te kunnen doen over de mate waarin jouw proces- en uitkomstdata afwijken van landelijke gemiddelden.	Individueel	
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: Thema 2 het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid			
Uitvoering	Casus en relevante data presenteren	Individueel of subgroep	10 min
Analyse	Analyseren van het probleem en in kaart brengen	Hele groep	20 min
Uitkomsten	Oplossingen inbrengen	Hele groep	20 min
Reflecteren	Reflecteren op ingebrachte oplossingen en plan van aanpak bespreken.	Hele groep	5 min
Evaluatie	Doelstellingen en acties ontwikkelen	Hele groep	5 min
Bijeenkomst 2^{de} uur video casuïstiek			
Introductie 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	10min

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 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. Inhoud. Thema 2. Het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid

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.

Inleiding

In het advies van het Zorginstituut Nederland (Kaljouw, 2015) wordt helder dat professionals in zorg en welzijn nieuwe competenties moeten ontwikkelen om het zelfstandig functioneren van mensen in hun eigen leefomgeving te ondersteunen. Niet de ziekte of aandoening, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger staan centraal. Niet het bestaande aanbod aan zorg staat centraal, maar de toekomstige vraag naar zorg, waarbij de focus ligt op wat nodig is en niet op wat kan. Dit advies is gebaseerd op een inschatting van de zorgbehoefte en de daaraan gerelateerde competenties van zorgprofessionals in 2030.¹

De commissie heeft drie uitgangspunten geformuleerd.

1. Functioneren centraal: zorgen dat mensen in staat zijn om zoveel mogelijk het leven te leiden dat ze willen leiden. Zorg en behandeling komen in het teken te staan van het stimuleren, herstellen of in ieder geval zoveel mogelijk behouden van de mogelijkheden om te kunnen functioneren en participeren. Zorg dient aan te sluiten bij wat voor iemand persoonlijk belangrijk is om te kunnen functioneren in het dagelijks leven, én betreft interventies op collectief niveau, bijvoorbeeld gericht op de leefomgeving.
2. Een nieuw concept van gezondheid: Bij het centraal stellen van het functioneren past een nieuw dynamisch concept van gezondheid, zoals Huber het definieert: 'Gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'.²
3. De zorgvraag in 2030: mensen worden steeds ouder en hebben vaak meerdere chronische aandoeningen. Tegelijkertijd worden mensen mondiger en willen in toenemende mate de regie hebben over hun eigen gezondheid en zorg. Dit vraagt om een andere toerusting en een ander gedrag van professionals én burgers.

Onderzoek heeft aangetoond dat uitkomsten van de zorg beter zijn als de patiënt actief deelneemt aan de eigen zorg en een stem heeft in de besluitvorming (Gaarup 2016).

Uitdagingen bij het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid

Eigen regie betekent dat een persoon, eventueel bijgestaan door zijn naasten, zélf bepaalt wie welke hulp verleent of ondersteuning biedt en op welke manier dit gebeurt. Voor fysiotherapeuten is het belangrijk dat ze dit 'voeren van de eigen regie' niet belemmeren of hinderen, maar juist stimuleren. In de gezondheidszorg zijn mensen vaak overgeleverd aan wat zorgprofessionals vinden dat er moet gebeuren (wat kan) en dat is niet altijd in lijn met wat voor de patiënt belangrijk is (wat nodig is). Mensen die de regie over zijn of haar situatie kwijt is, zijn kwetsbaar en kunnen juist moeilijker kan aangeven 'wat nodig is'. De regie wordt maar al gauw, en meestal met goede bedoelingen, overgenomen door zorgprofessionals. Zorgverleners, en ook fysiotherapeuten, geven nog veelvuldig toe aan de 'reparatie-reflex' in plaats van de cliënt daadwerkelijk 'te laten' en de regie aan hen over

te laten. Het voelt ongemakkelijk voor hen om los te laten zonder zeker te weten of het goed zal gaan.³ Ook mensen die prima in staat zijn om zelf de regie te voeren over hun gezondheid worden soms (onbedoeld) afhankelijk gemaakt van het zorgaanbod.

Anderzijds hebben zorgprofessionals te maken met cliënten die geen verantwoordelijkheid willen dragen voor hun gezondheid om de status van hun afhankelijkheid te kunnen handhaven.

Uitdagingen voor cliënten

Niet alle mensen hebben het vermogen om hun gezondheid zelf in de hand te nemen en zichzelf te redden (gezondheidsvaardigheden). Het concept 'positieve gezondheid' moet dan ook gezien worden in de context van de mogelijkheden van de client. De Wetenschappelijke raad voor het overheidsbeleid (WRR) maakt bij zelfredzaamheid onderscheid tussen 'denkvermogen' en 'doenvermogen'. De groep voor wie de eisen voor zelfredzaamheid soms te hoog gegrepen zijn, is niet beperkt tot een kleine groep 'kwetsbaren' zoals mensen met een laag iq. Ook mensen met een goede opleiding en een goede maatschappelijke positie kunnen in situaties verzeild raken waarin ze de weg kwijtraken. Dat is niet omdat hun intelligentie of kennis tekortschiet, maar omdat er een beroep wordt gedaan op allerlei andere mentale vermogens, zoals het vermogen om in actie te komen, om het hoofd voldoende koel te houden, en om vast te houden aan goede voornemens, om te gaan met tegenslag.⁴ Zelfredzaamheid is natuurlijk niet alleen afhankelijk van de mentale eigenschappen van mensen, maar ook van fysieke eigenschappen, maar ook van de sociale context, financiële situatie en cultuur.

Denkvermogen

De WRR verstaat onder denkvermogen: intelligentie en cognitieve vaardigheden zoals lezen, schrijven en rekenen. Stress en vermoeidheid kunnen het denkvermogen negatief beïnvloeden. Binnen de gezondheidszorg is dit vermogen ook bekend als 'health literacy'. Uit recente cijfers van het Nivel (2018) blijkt dat ruim één op de drie Nederlanders (36,4%) lage gezondheidsvaardigheden heeft. Ze maken vaker fouten met het innemen van geneesmiddelen en hebben meer moeite om de informatie van de zorgverlener te begrijpen. Als fysiotherapeut heb je regelmatig cliënten die bijvoorbeeld je instructies of adviezen niet begrepen/ onthouden hebben, of anders geïnterpreteerd hebben dan jij hebt bedoeld.

Doenvermogen

Doenvermogen wordt volgens de WRR bepaald door een drietal kenmerken: temperament, zelfcontrole en overtuiging. Sommige mensen zien problemen onder ogen en pakken ze aan, anderen zijn eerder geneigd om problemen te ontkennen en te vermijden. Ten tweede verschillen mensen in de mate waarin ze zichzelf kunnen controleren. Zelfcontrole is het vermogen om dominante gedragsneigingen te veranderen of te onderdrukken en gedrag, gedachten en emoties te reguleren. Ten derde spelen overtuigingen een rol. Als fysiotherapeut heb je regelmatig cliënten gehad die bijvoorbeeld je instructies en adviezen wel begrepen hebben, maar ze niet kunnen of willen opvolgen.

Uitdagingen voor zorgprofessionals

Onderzoek van het Nivel laat zien dat een aanzienlijk deel van de zorgverleners (40-50%) niet specifiek rekening houdt met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.³ Nivel noemt een aantal redenen die terug te voeren zijn tot:

- het niet herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden van de client
- het zich niet bewust zijn van het probleem

- onvoldoende op de hoogte zijn van methoden om eigen regie en zelfredzaamheid te bevorderen
- onvoldoende vertrouwen in de mogelijkheden van de cliënt
- het gevoel te weinig tijd te hebben

Daarnaast kunnen overtuigingen van de zorgprofessional een negatieve invloed uitoefenen evenals commerciële belangen. Als cliënten beter in staat zijn zichzelf te redden, doen ze immers minder aanspraak op de gezondheidszorg.

Wat werkt

Bewezen werkzame factoren om eigen regie en zelfredzaamheid te bevorderen, die ook ondersteund worden door onderzoek in de fysiotherapie zijn:

1. Samen beslissen^{5,6}
 - In samenspraak met de client haalbare doelen stellen, ontleend aan wat voor de client belangrijk is (wat nodig is) en waarvoor hij 'in beweging' wil komen (motivatie).⁷ Eventueel gebruik van meetinformatie om haalbaarheid in te schatten en doelen concreet te maken.^{8,9}
 - Behandelopties bespreken samen beslissen over de beste keuze, afspraken maken.
 - Resultaten monitoren en zo nodig doelen bijstellen.
2. Terugvraagmethode (teach-back) bij het geven van informatie en advies.
3. Succeservaringen (eigen effectiviteit).
4. Belangrijke anderen betrekken bij het behalen van doelen.
5. Werken in de natuurlijke omgeving van cliënten.

Wat niet werkt

1. Het gebruik van vakjargon / nocebo-taal.¹⁰
2. Overload aan informatie (de capaciteit van het werkgeheugen is beperkt).¹¹
3. Interventies toepassen waarvoor de client niet gevraagd heeft.³

Tot nu toe is het aantal bewezen effectieve interventies nog zeer beperkt, dus experimenteren op dit gebied is wenselijk. De gewenste positieve 'patient outcomes' staan of vallen bij aan de ene kant een gemotiveerde cliënt die de regie over zijn gezondheid op zich wil en kan nemen en aan de andere kant een goed toegeruste professional die het als zijn beroepsverantwoordelijkheid ziet de eigen regie en zelfredzaamheid van de cliënt te ondersteunen.

Doelstellingen van thema 2

- a. Je ontwikkelt inzicht in je fysiotherapeutisch handelen bij mensen die moeite hebben met het nemen van eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid.
- b. Je ontwikkelt vaardigheden om te analyseren welke factoren van invloed zijn op beperkingen in de eigen regie en zelfredzaamheid van je cliënten.
- c. Je ontwikkelt strategieën om de eigen regie en zelfredzaamheid van je cliënten positief te beïnvloeden.

Voorbereiding bijeenkomst Thema 2

Een planning maken

Bespreek met je peer review groep wie de bijeenkomsten voorbereiden. Zorg dat ieder lid van de groep na afloop van de serie van 4 bijeenkomsten een aandeel heeft gehad. Samenwerken is natuurlijk een optie.

Thema specifieke voorbereiding

Als voorbereiding op dit thema neem je een cliënt in gedachten (of een groep cliënten) waarmee je moeilijk uit de voeten kunt als het gaat om het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid en waarvoor je de denkkraft van je collega's nodig hebt om te komen tot een passende oplossing. Verzamel de relevante proces- en uitkomstdata uit je EPD en zoek aanvullende informatie over cliënten met een vergelijkbaar gezondheidsprobleem in de Keurmerk Database om een uitspraak te kunnen doen over de mate waarin jouw proces- en uitkomstdata afwijken van landelijke gemiddelden.

Uitvoering bijeenkomst Thema 2

Presenteren van de casus en relevante data (10 min)

De deelnemer die de bijeenkomst heeft voorbereid, presenteert het gezondheidsprobleem van de cliënt (of groep cliënten) en de verzamelde proces- en uitkomstdata zonder interpretaties en zonder conclusies.

Analyseren van het probleem en in kaart brengen (20 min)

Om een passende interventie te bedenken, moet eerst helder worden welke factoren en rol spelen in dit vraagstuk om de kern van het probleem te kunnen identificeren en op basis daarvan een interventie te ontwikkelen.

Stap 1: Ieder lid van de groep probeert door middel van het stellen van 'open' vragen aan de casusinbrenger te analyseren welke factoren een rol kunnen spelen bij het gepresenteerde vraagstuk. Denk aan factoren gerelateerd aan de cliënt (b.v. gezondheidsvaardigheden, fysieke mogelijkheden, sociale ondersteuning, financiële armslag, cultuur) factoren gerelateerd aan betrokken zorgprofessional(s) (b.v. kennis, communicatieve vaardigheden, overtuigingen, samenwerking met andere zorgprofessionals), factoren gerelateerd aan het gezondheidszorgstelsel (b.v. financiering).¹²

De casusinbrenger geeft een kort antwoord op de vragen en gaat niet in discussie.

Tip: stel alleen vragen waarvan je het antwoord niet bij voorbaat al weet. Focus je vragen op het achterhalen van informatie die nodig is om een passende oplossing te vinden. De groep heeft in deze fase de neiging om veel meer informatie te verzamelen dan nodig is.

Stap 2: De groep brengt het probleem in kaart door alle factoren die een rol spelen op losse post-its te schrijven en op een groot papier of whiteboard te plakken.

Stap 3: De groep bespreekt de verbanden tussen de verschillende factoren en maakt deze verbanden grafisch zichtbaar door de post-its te positioneren en de verbanden aan te geven met pijlen.

Oplossingen bedenken (20 min)

Stap 4: Vervolgens brengt ieder lid van de groep een oplossing voor het probleem in. Oplossingen die reeds ingebracht zijn, hoeven niet herhaald te worden. De casusinbrenger luistert zonder te reageren.

Stap 5 (5 min): De casusinbrenger reflecteert op de ingebrachte oplossingen en geeft aan waarmee hij aan de slag wil gaan en bespreekt dat met de groep. Bij de volgende bijeenkomst zal de casusinbrenger verslag doen van zijn acties.

Evaluatie (5 min)

Kijk terug op de leeropbrengsten van dit eerst uur. Maak afspraken voor de invulling van de het eerst uur van de volgende bijeenkomst.

Literatuur

1. Kaljouw M, van Vliet K. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. *Ministerie van Volksgezond Welz en Sport*. 2015;74. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.crci.2014.07.006>
2. Huber M. How should we define health? *Br Med J*. 2011;(343).
3. Meinema T. *Wat Werkt Bij Eigen Regie?*; 2017. doi:10.1007/s12632-016-0059-3
4. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid. *WRR Rapp 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>.
5. NHG. *Gezamenlijke Besluitvorming over Doelen En Zorgafspraken.*; 2018.
6. Taskforce Zorg op de Juiste Plek. Zorg op de juiste plek. *Organisatiethema's*. 2014.
7. de Vries N. Managing the decline: Physical therapy in frail elderly. *Radboud Repos*. 2015. doi:10.1063/1.3033202
8. Stevens A, Köke A, Beurskens A. De patient specifieke goal-setting methode. 2018.
9. Zorginstituut Nederland. *Meer Patiëntregie Door Meer Uitkomstinformatie in 2022.*; 2018. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/06/28/rapport-meer-patientregie-door-meer-uitkomstinformatie-in-2022>.
10. Testa M, Rossettini 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
11. 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
12. Pearl J, Mackenzie D. *The Book of Why: The New Science of Cause and Effect*. (US IPS, ed.); 2018.

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

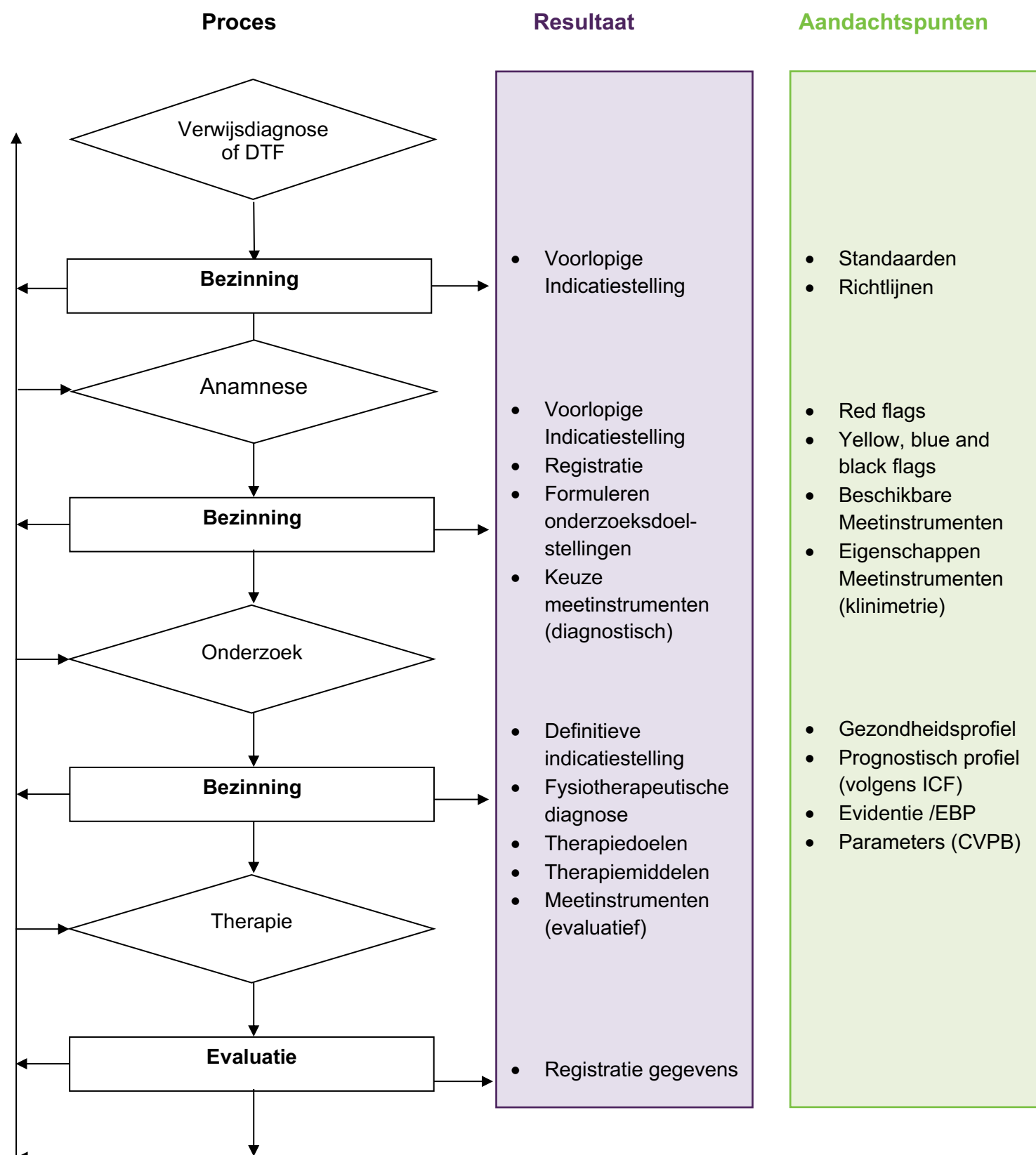
Dit formulier wordt ingevuld **na** de feitelijke vragenronde die volgt op de ingebrachte casuïstiek door uw collega.

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 overeenkomst 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.