

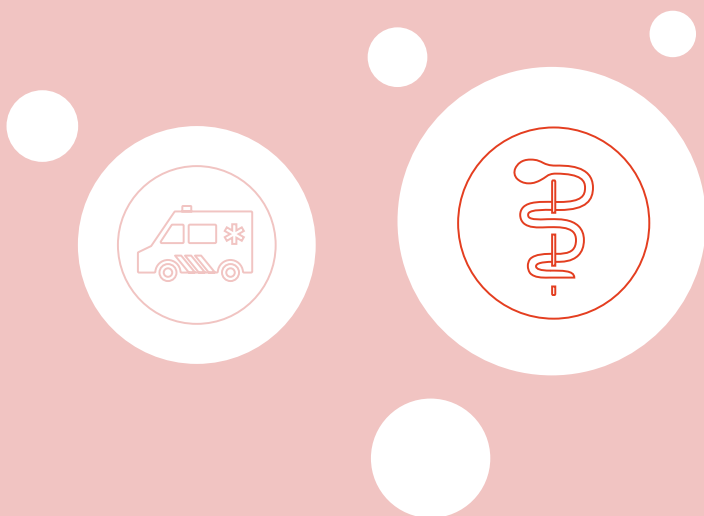


Beschouwing en beoordeling van de beroepspraktijk

Instrumentarium bekwaamheidsbeleid
ambulancezorgverleners



AMBULANCEZORG
NEDERLAND



INHOUD

01	Inleiding	6
02	Beschouwen en beoordelen	8
03	Beschouwing van de beroepsuitoefening: intercollegiale consultatie	12
04	Intercollegiale toetsing en intervisie	14
05	Randvoorwaarden intercollegiale toetsing	17
06	Beoordeling van de beroepsuitoefening	23
07	Voorbeelden van beoordelingsinstrumenten	
	A. Korte Praktijk Beoordeling, RAV Brabant Midden-West-Noord	25
	B. Observatie en beoordeling on the job, RAV Rotterdam-Rijnmond	27
	C. Support on the job, Witte Kruis Ambulancezorg	28
	D. Ritbonevaluatie, RAV Hollands Midden	30
	E. Reflectiegesprekken n.a.v. ritevaluaties, RAV's Gelderland-Midden en -Zuid	31

-
- *Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige*
NVMMA/V&VN/AZN, mei 2015
 - *Praktijkervaringen met intercollegiale toetsing*
Erik de Haan & Jan Jacobs, Amsterdam 2011
 - *Korte Praktijk Beoordeling bij de RAV Brabant Midden-West-Noord*
Rogier Evenhuis
 - *Support on the Job Ambulanceverpleegkundige*
Witte Kruis Ambulancezorg
 - *Ritbonevaluatie. Een pilotproject van de RAV Hollands Midden,*
Locatie Gouda
Steven Hofman, 27 maart 2015
 - *Van Goed naar Beter in de RAV's Gelderland-Midden en -Zuid*
Peter v/d Heijden & Arjan de Kreek, 16-02-2015
 - *Functiebeschrijving Nurse Practitioner, Verpleegkundig Specialist*
Acute Zorg
Ambulancezorg Rotterdam Rijnmond / VRR, 07-03-2009

De werkgroep Instrumenten Praktijkbeschouwing en -beoordeling werd ingesteld door de NVMMA en bestond uit:

Jan de Nooij	medisch manager RAV Hollands Midden
Yvonne te Braake	regionaal opleidingscoördinator RAV Noord- en Oost-Gelderland
Steven Hofman	verpleegkundig specialist/ambulance- verpleegkundige RAV Hollands Midden
Rogier Evenhuis	verpleegkundig specialist RAV Brabant Midden-West-Noord
Peter van der Heijden	verpleegkundig specialist RAV Gelderland-Zuid

De externe ondersteuning kwam van Klaas Brouwer van Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling & Advies in Groningen.

INLEIDING



In het 'Fundament Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige' staat de top van de Piramide van Miller (het element 'Doet') centraal bij het beoordelen van bekwaamheid. Tijdens het uitvoeren van de functie wordt zichtbaar in hoeverre iemand zijn of haar vak naar behoren uitoefent. Het bekwaamheidsbeleid voor de andere beroepsgroepen (verpleegkundig centralisten meldkamer ambulancezorg, ambulancechauffeurs en zorgambulance-medewerkers) zal op hoofdlijnen dezelfde uitgangspunten kennen. Waar wordt gesproken over beroepsbeoefenaar, medewerker, professional en (ambulance)zorgverlener, worden alle vier de genoemde beroepsgroepen in de ambulancezorg bedoeld. De instrumenten waarmee naar de bekwaamheid van de medewerker wordt gekeken, kennen uiteenlopende onderdelen. Deze worden in het fundament schematisch weergegeven in relatie tot de CanMeds-rollen uit de CZO-profielen (en

voor de ambulanceverpleegkundige ook in het Expertise-gebied). Hieronder zie je een samenvatting van die onderdelen (zonder de CanMeds-rollen).

ELEMENTEN VAN BEKWAAMHEIDSBELEID & -BEOORDELING

I DOET (monitoren van vakbekwaamheid)	
a) kwalitatieve en kwantitatieve gegevens zorgproductie:	
1 registratie van risicovolle en andere handelingen	S
2 evaluaties/ beoordelingen ritten of meldingen en vervolghandelingen	N
3 registratie van fouten/incidenten	S
b) collega's/ team-leden/ organisatie-leden:	
4 signalen van collega's/organisatie-leden/intervisie	S
c) in- en/ of externe beoordelaars in/ over de praktijk	
5 praktijkbeoordelingen-on-the-job	N
6 intercollegiale toetsing	N
d) ketenpartners:	
7 feedbackformulieren/evaluaties ziekenhuizen e.a. ketenpartners	S
8 evaluaties door/gesprekken met ketenpartners	S
9 overdracht/ritformulieren/evaluaties ambulanceteams	S
e) klanten:	
10 patiëntenfeedback	S
11 afhandeling klachten en complimenten	S
II LAAT ZIEN (representeren van vakbekwaamheid)	
12 assessment/ praktijktoetsing/ simulaties e.d. incl. toetsing toepassing protocollen/richtlijnen in de context incl. toetsing risicovolle e.a. handelingen	N
III OVERIG (aannemelijk maken van vakbekwaamheid)	
13 omvangseis aanstelling	?
14 aantallen patiëntcontacten/handlingsfrequenties	?
14 registratie landelijk geaccrediteerde scholingsactiviteiten	N
15 registratie regio specifieke scholingsactiviteiten	N
IV ADMINISTRatieve handelingen (registreren van vakbekwaamheid)	
16 inschrijving BIG register	n
17 herregistratie BIG	n
18 diploma verpleegkundige vervolgopleiding	n
19 diploma CZO Amb.verpleegkundige, Verpl.Centralist MKA of gelijkwaardig	n
20 eerdere bekwaamheidsverklaringen uit de RAV zelf	n
21 eerdere bekwaamheidsbeoordelingen uit andere RAV's	n
22 eigen verklaring beroepsbeoefenaar inzake bekwaamheid	n
23 inschrijving Kwaliteitsregister Verpleegkundigen en Verzorgenden V&VN	n
24 inschrijving & actualisering Deskundigheidsgebied Ambulancezorg V&VN	n
25 herregistratie in het Kwaliteitsregister Verpleging en Verzorging V&VN	n

N = noodzakelijk onderdeel van bekwaamheidsbeoordeling

S = signalering, moet in het bekwaamheidsbeleid zijn opgenomen

n = noodzakelijk administratief onderdeel van bekwaamheidsbeleid, speelt een rol in beoordeling ervan
ad 13 en 14: er is voor dergelijke kwantitatieve eisen nog geen objectieve basis

BESCHOUWEN EN BEOORDELEN



Bij het kijken naar de beroepsuitoefening onderscheiden we twee soorten instrumenten:

1. Instrumenten waarbij feedback voor medewerkers door collega's centraal staat (peer review). De dialoog tussen professionals onderling leidt tot een oordeel van de medewerker over zijn of haar eigen bekwaamheid. Hij of zij gaat zélf nadenken over de te nemen stappen, op grond van de feedback van anderen. Deze *beschouwing* wordt beschreven in de hoofdstukken 3 tot en met 5.
2. Instrumenten waarmee het medisch management zich een beeld vormt van de manier waarop de medewerker het werk uitvoert. Deze *beoordeling* door de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) heeft betrekking op de medische aspecten van het 'vakinhoudelijk

handelen' en op die delen van 'communicatie' en 'organisatie' die nauw verbonden zijn aan dat vakinhoudelijk handelen (zie schema in het fundament met de verschillende elementen van het bekwaamheidsbeleid en de CanMeds-rollen). De beoordeling is het onderwerp van de hoofdstukken 6 en 7.

Doelen beschouwing en beoordeling

Bekwaamheidsbeleid heeft als doelen (a) het actuele niveau van beroepsbeoefening te handhaven c.q. te waarborgen en (b) dit niveau voortdurend te vernieuwen en verhogen. Feedback en zelfbeoordeling zijn vooral bedoeld om het niveau te vernieuwen en verhogen. De beoordeling door een ander dan de professional(s) zelf, is in eerste instantie gericht op het borgen van het niveau.

De informatie uit feedbacksessies van medewerkers onderling mogen géén rol

spelen in de bekwaamheidsbeoordeling door het medisch management. Ook moet ervoor worden gewaakt dat informatie over inhoud en proces wordt meegenomen in beoordelingen in het kader van het personeelsbeleid of oordelen door de direct leidinggevende over het functioneren van een medewerker. Beide moeten van elkaar gescheiden zijn, zowel procedureel als in personele zin.

Als beschouwen en beoordelen samenkomen

Er zijn twee uitzonderlijke situaties waarin de feedbacksessies wél met de beoordeling en de lijnorganisatie worden verbonden.

1. Als een medewerker zich stelselmatig weinig tot niets aantrekt van feedback, geen activiteiten tot verbetering plant of deze activiteiten steeds laat voor wat ze zijn, is dat aanleiding tot twijfel over zijn of haar professionaliteit. De feedbacksessies leiden dan tot een proces waarin ánderen dan de deelnemers van de feedbackgroep de beroepsbeoefenaar op zijn of haar handelen aanspreken. Als het medisch inhoudelijke onder-

werpen betreft, kan dat een medisch manager zijn. Hij of zij maakt dan afspraken met de beroepsbeoefenaar en zorgt ervoor dat deze worden nagekomen. Het kan hier gaan over bijvoorbeeld de toepassing van protocollen, extra instructies in bepaalde handelingen of een hernieuwd assessment op onderdelen. Eerst een werkbegeleider inschakelen is ook een optie. Gaat het om andere noodzakelijke scholing en training, dan kan een instructeur of een opleidingsfunctionaris worden ingeschakeld. Betreft het structurele afwezigheid tijdens feedbackbijeenkomsten, het stelselmatig nalaten van inbreng of het 'doof blijven' voor de feedback van collega's, dan moet er uiteindelijk een leidinggevende worden ingeschakeld.

2. Een tweede buitengewone omstandigheid is die waarbij sprake is van calamiteiten in wettelijke zin. Komt iets dergelijks in een feedbacksetting aan de orde, dan moet er een procedure worden gestart buiten de feedbackgroep, zodat een en ander goed kan worden afgehandeld. Bij het uitwerken van een instrument voor de

collegiale feedback in de RAV moet dus expliciet aandacht worden geschonken aan bovengenoemde buitengewone omstandigheden. Wanneer wordt de deelname aan of de inhoud van feedbackbijeenkomsten buiten de peer-review-setting geplaatst? Bij wie komt het dan terecht en hoe en wanneer? De aanleidingen, procedures, grenzen en regels van het doorbreken van vertrouwelijkheid moeten goed worden vastgelegd.

Voorwaarden intercollegiale feedback

Zoals gezegd is peer review vooral gericht op het vernieuwen en verhogen van het werkniveau. De inhoud ervan heeft geen gevolgen voor het wel of niet afgeven van een bekwaamheidsverklaring en heeft ook geen consequenties in organisatorische of arbeidsrechtelijke zin. De feedback leidt tot een eigen oordeel van de medewerker over wat hij of zij moet doen om het actuele beroepsniveau te verhogen (of om weer op het vereiste niveau uit te komen). Het medisch management ziet er wel op toe dat dergelijke feedbackinstrumenten worden ontwikkeld en daarna daadwerkelijk gebruikt. De MMA bevordert dat de organisatie de materiële en immateriële

voorwaarden schept zodat medewerkers kunnen deelnemen.

Voorwaarden formele beoordeling

De beoordeling van de beroepsuitoefening door het medisch management is onderdeel van het proces van het al dan niet verstrekken van een bekwaamheidsverklaring door de MMA. Het zelfoordeel van de medewerker over zijn of haar eigen bekwaamheid is daarin vanzelfsprekend een essentieel element, zo niet het belangrijkste. Die beoordeling door een derde gebeurt aan de hand van vooraf geformuleerde aspecten (wáár wordt naar gekeken), beoordelingsmomenten en -frequentie (wanneer) en criteria (waar ligt per aspect de grenswaarde en hoe bepaal je die).

In situaties waarin met professionals wordt gewerkt, is het belangrijk de mogelijkheid van weerwoord door de individuele medewerker in de beoordelingsprocedure in te bouwen. Hij of zij moet de mogelijkheid hebben uit te leggen waarom hij heeft gehandeld zoals hij dat heeft gedaan.

Van te voren moet vaststaan wat de mogelijke consequenties van een minder

positieve of zelfs negatieve beoordeling zijn. Je kunt hierbij denken aan:

- aanwijzingen of opdrachten voor vervolgacties die moeten worden ondernomen om weer op het gewenste niveau te komen;
- een tijdelijke andere invulling van de functie in afwachting van vervolgactiviteiten;
- het intrekken van een bekwaamheidsverklaring. Het is noodzakelijk vast te leggen wanneer welke consequenties volgen, hoe lang de gevolgen duren, wie maatregelen instelt en handhaaft, onder welke omstandigheden ze worden opgeheven dan wel vervallen etcetera.



BESCHOUWING VAN DE BEROEPSUITOEFENING: INTERCOLLEGIALE CONSULTATIE



Peer review is het belangrijkste instrument dat professionals zélf kunnen inzetten om een bepaald niveau te handhaven, en vooral om de beroepsuitoefening te vernieuwen en verbeteren. De drang tot verhoging van het niveau moet uiteindelijk vanuit de medewerker zelf komen. Het is dus niet vanzelfsprekend dat het professioneel niveau meteen na de introductie van peer reviews stijgt.

Peer review staat voor intercollegiale consultatie. Het woord consultatie geeft aan dat collega's adviezen inbrengen, waaruit de beroepsbeoefenaar zelf een oordeel vormt en zelf conclusies trekt. Het gaat om gezamenlijke reflectie op het eigen handelen. Om het kritisch beschouwen van de aanpak in de praktijk en de aannames die daarbij een rol speelden. Een peer review is een vertrouwde, veilige omgeving, die losstaat van de directe werksituatie en waarin professionele inzichten en ervaringen worden gedeeld. De gedachte-

wisseling is gebaseerd op ervaringen die door deelnemers worden ingebracht, waarop vervolgens gezamenlijk wordt gereflecteerd.

Vormen van intercollegiale consultatie

Intercollegiale consultatie kent twee belangrijke vormen: intercollegiale toetsing en intervisie.

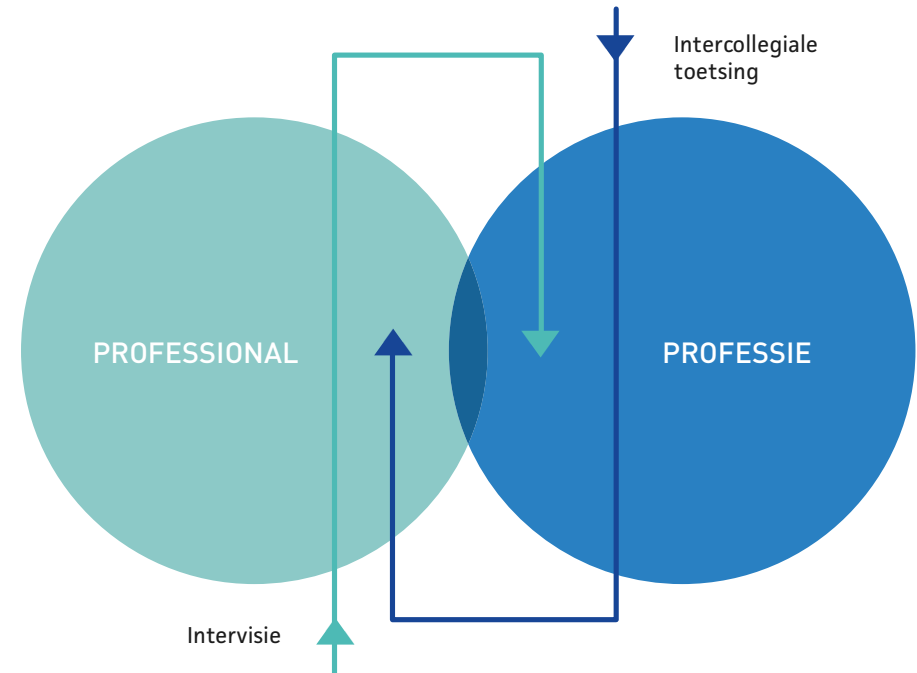
Bij intercollegiale toetsing staat de professional centraal. Het startpunt, dus datgene dat iemand inbrengt, is een vraagstuk dat met het beroep te maken heeft. Het doel is vooral het beroep gezamenlijk verder te ontwikkelen en daarmee ook de eigen beroepsuitoefening.

Bij intervisie staat in eerste instantie de professional in de spotlights. Dat wat iemand in de peer review aan de orde stelt, heeft vooral met hem- of haarzelf te maken. Het doel is in eerste instantie de beroepsbeoefenaar zelf, individueel, te helpen ontwikkelen. De nadruk ligt hier

dus minder op het vergroten van kennis en kunde binnen het beroepsdomein.

De begrippen professional en professional zijn niet strikt te scheiden, wel te onderscheiden. In de volgende afbeelding worden de verschillen tussen intercollegiale toetsing en intervisie inzichtelijk. Overigens kun je op RAV-niveau beide vormen van intercollegiale consultatie verenigen in één en hetzelfde instrument voor peer review.

De afbeelding maakt helder dat je bij intercollegiale toetsing start met de professional. Afhankelijk van het onderwerp en de feedback, kun je uiteindelijk terecht komen bij de professional. Dezelfde redenering geldt voor intervisie. De start is de professional, en in het vervolg van de feedback kan de professional aan de orde komen.





INTERCOLLEGIALE TOETSING EN INTERVISIE



Bij intercollegiale toetsing gaat het om het bewaken en bevorderen van werkwijzen uit de professie. Dit doe je door het handelen van een beroepsbeoefenaar in de praktijk te vergelijken met normen, richtlijnen en protocollen. Daarbij komen vaktechnische kennis en kunde, het handelen en de inrichting van werkprocessen aan de orde. Er wordt gestreefd naar het ontwikkelen van professionele standaarden en overeenstemming tussen medewerkers over de manier waarop er wordt gewerkt of moet worden gewerkt.

Toetsing van kennis en kunde

De medewerker gaat via de feedback van collega's na of zijn of haar handelen in overeenstemming was met richtlijnen en handelen die in de beroepsgroep gangbaar zijn. Hij kijkt waar het handelen moet worden bijgesteld of dat hij of zij misschien bijscholing nodig heeft. Het handelen van de professional wordt achteraf getoetst

door en met collega's. Zij stellen kritische vragen en geven feedback. Het is de bedoeling dat de vragen en feedback leiden tot verbeterd handelen en/of tot afspraken over nieuwe of verbeterde procedures en richtlijnen.

Weliswaar vindt er een vorm van toetsing of beoordeling plaats, maar deze gebeurt door collega's. De toetsing of beoordeling is hier een vorm van feedback op basis waarvan een individu een besluit tot verandering of verbetering neemt. De beroepsbeoefenaar trekt dus zelf consequenties. Het leidt tot een zelfoordeel, plus activiteiten die ondernomen gaan worden.

De feedback van anderen en het zelfoordeel van de medewerker hebben géén gevolgen voor de bekwaamheidsbeoordeling door of namens het medisch management. Ook vloeien er géén oordelen van

derden uit voort, zoals van direct leidinggevendenden, die arbeidsrechtelijke consequenties kunnen hebben.

Intervisie en persoonlijke ontwikkeling

Zoals gezegd staat bij intervisie de professional centraal. Het gaat erom de professionaliteit van het individu te vergroten. Dat gebeurt door persoonlijke, werkgerelateerde vragen te bespreken met collega's (zoals hoe werk ik samen, hoe treed ik op in bepaalde situaties, hoe ga ik om met lastige omstanders of patiënten, waar heb ik moeite mee in mijn werk).

Waar bij intercollegiale toetsing de feedback voortkomt uit de afspraken, regels en procedures uit het beroepsdomein, komt die bij intervisie voort uit de persoonlijke ervaringen van collega's. Bij intercollegiale toetsing zijn er min of meer objectieve maten waarnaar wordt gekeken (kennis en kunde). Bij intervisie zijn het vooral de individuele ervaringen van medewerkers, zowel bij het ingebrachte onderwerp als bij de feedback. Doel van intercollegiale toetsing is het vergroten, verdiepen en verbeteren van het arsenaal waaruit professionals kunnen putten (kennis en kunde). Bij intervisie staat verandering en

verbetering van de individuele professional zélf voorop, niet zozeer de beroepsuitoefening in het algemeen.

Verschillen toetsing en intervisie

Tijdens intercollegiale toetsing gaan deelnemers uit van bestaande, professionele, standaarden. Zij gaan na of deze bevredigend zijn, beoordelen zelf of zij in voldoende mate naar die standaarden handelen en spreken elkaar daarop aan. Ook stellen deelnemers, als dat nodig is, nieuwe of verbeterde kaders, procedures en werkwijzen vast.

Bij intervisie denken deelnemers niet zozeer vanuit het beroepsdomein, maar juist vanuit degene die een onderwerp aan de orde stelt. De deelnemers helpen de inbrenger bij het beantwoorden van de vragen, stellen alternatieve handelwijzen voor en brengen eigen ervaringen in. Zij spreken elkaar nergens op aan, behalve op deelname aan en in de groep.

Intercollegiale toetsing komt het best tot zijn recht in homogeen samengestelde groepen. Deze bestaan dus uit medewerkers met hetzelfde beroep. Voor feedback is immers kennis en ervaring in het beroepsdomein noodzakelijk.

Intervisiegroepen kunnen het best hetero-geen worden samengesteld, met medewerkers met verschillende beroepen erin. Hier staat immers niet het vak centraal, maar persoonlijk getinte vraagstukken. Professionals met uiteenlopende beroepen brengen in de feedback verschillende individuele of persoonlijke perspectieven in.

Voor het bekwaamheidsbeleid voor ambulancezorgverleners is vooral de insteek van de intercollegiale toetsing relevant. Belangrijk element daarin is dat beroeps-genoten elkaar aanspreken op werkwijzen die als norm gelden. Medewerkers handhaven samen de actuele afspraken over procedures, richtlijnen, protocollen en dergelijke door die als een sjabloon te leggen over ieders beroepsuitoefening in de praktijk. Het uiteindelijke doel, naast het handhaven van een bepaald minimum professioneel niveau, is vernieuwing en verbetering van de kennis en kunde van het beroepsdomein.



RANDVOORWAARDEN INTERCOLLEGIALE TOETSING



Bij het uitwerken van een instrument voor intercollegiale toetsing op RAV-niveau is het slim aandacht te besteden aan de volgende aspecten.

Vrijheid

De deelnemers bepalen in hoge mate zelf wat er aan de orde komt, hoe zij dat bespreken en met welke diepgang. De leden worden niet gedwongen meningen of conclusies van anderen over te nemen. Wel spreken ze elkaar aan op werksituaties waarin professionele normen, standaarden, regels, procedures en protocollen niet goed genoeg worden nageleefd. Deelnemers committeren zich aan de onderlinge afspraken en kunnen daar dus op worden aangesproken door de andere leden.

Veiligheid

Het is belangrijk dat medewerkers zich veilig voelen om onderwerpen en vraagstukken in te brengen, feedback aan

andere groepsleden te geven en hen te kunnen aanspreken op professionele standaarden en onderlinge afspraken in de groep. Daarbij is de samenstelling van de groep een aandachtspunt. Het is niet slim leidinggevend aan dergelijke groepen te laten deelnemen, omdat de hiërarchische relatie als bedreigend kan worden ervaren. Ook deelname van anderen zoals de medisch manager is niet de bedoeling. Van hem of haar wordt immers een formeel oordeel verlangd over een deel van de vakbekwaamheid.

Vertrouwelijkheid

Dat wat binnen feedbacksessies aan de orde komt, wordt vertrouwelijk behandeld. De inhoud wordt dus niet naar buiten gebracht. Buiten de setting van de intercollegiale toetsing praat niemand erover, tenzij er in de sessies een verbetervoorstel werd ontwikkeld dat door de groepsleden wordt gedragen.

Verwachtingen

Het is van belang bij de start van de toetsingsgroep stil te staan bij de verwachtingen van de deelnemers over de bijeenkomsten zelf, en ook over de rol van de begeleider. Als de deelnemers een goed beeld hebben van de frequentie, tijdstippen, aan- en afwezigheidsregels, methodieken die worden gehanteerd, opbouw en de lengte van de bijeenkomsten, is de kans op succes het grootst.

Vorbereiding en nazorg

Het is slim om vooraf afspraken te maken over de werkwijzen, manier van uitnodigen, gespreksonderwerpen en agendering, wie een onderwerp voorbereidt/inbrengt, het hoe en wanneer etc. Ook afspraken over een geschikte ruimte, hulpmiddelen, catering en andere materiële aspecten zijn aan te raden. Hetzelfde geldt voor een heldere procedure, vooral voor die gevallen waarin het noodzakelijk blijkt informatie uit de sessies te verbinden met beoordeling en/of de lijnorganisatie (zie de twee uitzonderlijke situaties in paragraaf 2).

Inbreng praktijkvragen

Bij de inbreng vanuit de deelnemers gaat het om vragen die van belang zijn voor de

praktijk van het werk. Het moeten reële, bestaande vraagstukken zijn, geen hypothetische. Het vraagstuk is 'van iemand' en wordt dus niet voor de vorm ingebracht, omdat iemand 'aan de beurt was'.

Het kan gaan om protocollen, richtlijnen, het toepassen of juist afwijken van regels, het toepassen van hulpmiddelen of medicijnen, specifieke cases of ziektebeelden, om overdrachten naar ketenpartners, samenwerking tussen ambulancebemanningen, communicatie met de meldkamer, brandweer of politie, de omgang met omstanders of relaties van patiënten, met 'lastige' patiënten etc.

Het kan in principe gaan om aspecten uit het gehele CZO-profiel of Expertisegebied. De vraag kan dus betrekking hebben op alle CanMeds-rollen afzonderlijk of vraagstukken die met de onderlinge verbanden tussen rollen van doen hebben.

Het is de bedoeling dat deelnemers die een vraagstuk uit de werkpraktijk willen inbrengen, dat goed en gedegen voorbereiden.

Begeleiding of gespreksleiding

Het is aan te raden een begeleider aan te stellen die verantwoordelijk is voor voorbereiding en nazorg van de bijeen-

komsten en het zorgen voor de juiste condities. Deze begeleider of gespreksleider bewaakt de kwaliteit van het proces van vragenstellen, interveniëren en feedback geven door de deelnemers. De begeleider bewaakt dat zowel de inbrenger van het vraagstuk als de anderen ervan kunnen leren. Hij of zij vormt het middelpunt van de groep en observeert tegelijkertijd de groep(sprocessen). De begeleiding is het best als hij dusdanig is dat de groep vooral zelf het werk doet.

Met name in de beginfase is het nodig de groep te laten begeleiden door een specifiek hiervoor getrainde functionaris, een beroepsgenoot die hiervoor geschoold is. De begeleiding van intercollegiale toetsing mag immers niet worden vermengd met andere posities in het bewaken, beoordelen en verbeteren van bekwaamheid. De gespreksleider kan dus géén functionaris zijn die ook op andere manieren te maken heeft met het functioneren van de medewerkers.

Als de groep 'vanzelf loopt', is het ook een idee een groepslid de rol van gespreksleider op zich te laten nemen, al dan niet bij toerbeurt.

Groepsgrootte

Werkbare groepen voor intercollegiale toetsing variëren in grootte van 4 tot 8 medewerkers, plus de begeleider/gespreksleider. Je kunt als RAV ook besluiten intercollegiale toetsing te organiseren in tweetallen, bijvoorbeeld in de vorm van collegiale toetsingsgesprekken tussen werkbegeleider en beroepsbeoefenaar. Het verdient de voorkeur om intercollegiale toetsing in groepen te organiseren. Meer participanten betekent meer gevarieerde feedback en de inbreng van uiteenlopende praktijksituaties door verschillende beroepsbeoefenaren.

Criteria voor samenstelling

Bij intercollegiale toetsing bestaat de groep uit deelnemers met dezelfde beroepsachtergrond. Ook de gespreksleider is bij voorkeur een beroepsgenoot. Wil je de nadruk leggen op intervisie, dus de professional, dan kun je de groepen samenstellen met medewerkers van diverse pluimage.

Frequentie

Het aantal keren dat een intercollegiale toetsingsgroep bij elkaar komt varieert tussen 2 en 4 keer per jaar. Een bijeenkomst duurt zo'n 1,5 tot 2 uur. Het kan verstandig zijn in de implementatiefase iets vaker bij elkaar te komen. Zo kunnen de kinderziektes snel worden overwonnen en doen de deelnemers in relatief korte tijd ervaringen op met dit, voor velen, nieuwe fenomeen.

Werktijd

De bijeenkomsten intercollegiale toetsing mogen beschouwd worden als werktijd. De werkgever kan hiervoor dus formatieruimte reserveren. Het is denkbaar dat de bijeenkomsten op termijn andere opleidings- en scholingsactiviteiten binnen de RAV vervangen.

Verslaglegging

Vastleggen wanneer de bijeenkomsten zijn geweest, wie wel en niet aanwezig waren en welke afspraken er zijn gemaakt, is aan te raden. Deze registratie is inzichtelijk voor alleen de groep zelf en is nodig om leden aan te kunnen spreken op hun participatie en te nemen acties. De groep kan overwegen ook de inhoud van de bij-

eenkomsten en de afspraken die uit de besproken items voortvloeien vast te leggen. Ook dit verslag is alleen voor groepsleden toegankelijk. Verder kan worden overwogen dat ieder lid een individueel logboek bijhoudt.

Implementatie

Het is niet realistisch te verwachten dat alle vormen van peer review meteen een groot succes zijn. De meeste organisaties, leidinggevenden en medewerkers hebben nog weinig ervaring met dit soort processen. In het begin spelen, al dan niet op de achtergrond, ervaringen in andere settings mee (zoals beoordelings- of functioneringsgesprekken, gesprekken in de koffiekamer, de stijl van leidinggeven en bestaande procedures om bekwaamheid te toetsen). Veel mensen zullen een afwachtende houding aannemen (kan ik er wel op vertrouwen dat het binnenskamers blijft, hoe ondersteunend stellen mijn collega's zich op en komen ze er buiten de bijeenkomsten niet op terug?).

Een kwalitatief goede gespreksleiding kan dit gebrek aan vertrouwen deels compenseren. Daarbij is extra aandacht voor de 'historische ervaringen' en voor het creë-

ren van een klimaat waarin intercollegiale toetsing gedijt een goed idee.

Projectleiding

Het is nodig een projectleider aan te stellen die verantwoordelijk is voor de brede invoering van intercollegiale toetsing in de RAV. Deze projectleider schept de materiële en immateriële randvoorwaarden. Hij of zij zorgt ervoor dat er voldoende en geschikte faciliteiten komen, dat iedereen voldoende tijd en ruimte krijgt om te participeren, dat er gespreksleiders worden geschoold en dat groepen worden samengesteld. De projectleider evalueert de invoering en voortgang. Tot het takenpakket hoort ook het onderzoeken van de ervaringen met intercollegiale toetsing. Die kunnen uiteindelijk leiden tot andere vormen van intercollegiaal consult of peer review, zoals collegiale toetsing met in de toetsgroepen ook andere functionarissen van andere beroepsgroepen, multifunctionele intervisiegroepen, intercollegiale toetsing met beroepsgenoten van buiten de eigen organisatie, visitatie over en weer en dergelijke. Een tip is niet te snel over te gaan tot nieuwe of andere vormen. Doe dit pas als de intercollegiale toetsing binnen iedere beroepsgroep in de

RAV naar behoren en tevredenheid van deelnemers werkt en het normaal wordt gevonden dat medewerkers met hetzelfde beroep elkaar aanspreken op professionaliteit.

Relatie met bekwaamheidsbeleid MMA

Zoals al vaker vermeld, is het niet de bedoeling dat de inhoud van de intercollegiale toetsingsgesprekken een rol spelen in het al of niet afgeven van een bekwaamheidsverklaring door de medisch manager. De inhoud van intercollegiale toetsingsgesprekken mag ook geen rol spelen in beoordelings- en/of functioneringsgesprekken die medewerkers voeren met hun direct leidinggevende. Alleen de deelnemers kennen de inhoud van de gesprekken. Anderen zijn niet bij de bijeenkomsten aanwezig. Ook formeel of informeel informatie inwinnen bij individuele deelnemers of de gespreksleider is niet de bedoeling.

Wél is MMA er (mede) voor verantwoordelijk dat er een systeem van intercollegiale toetsing wordt ingevoerd, geïmplementeerd en geëvalueerd. Een dergelijk systeem is een belangrijk onderdeel van dát deel van het bekwaamheids- en kwa-

liteitsbeleid dat is gericht op verbetering en vernieuwing van de beroepsuitoefening en daarmee van de zorgverlening.

De MMA bevordert randvoorwaarden en faciliteiten (in werktijd, ruimte, begeleiding etc.), draagt eraan bij dat er medewerkers voor de gespreksleiding worden geschoold en zorgt ervoor dat er een projectleider komt die de implementatie voor zijn rekening neemt. Ook regelt hij of zij dat ervaringen met en door de deelnemers worden geëvalueerd en dat de bevindingen daarvan worden verwerkt in verbeteringen of uitbreidingen in het systeem van intercollegiale toetsing.



BEOORDELING VAN DE BEROEPSUITOEFENING



Het beoordelen van de beroepsuitoefening is bedoeld om te bepalen of een professional nog steeds bekwaam is het beroep uit te oefenen. Dit oordeel moet eerst en vooral door de professional zelf worden geveld (vind ik mezelf nog steeds bekwaam?). Het medisch management beoordeelt daarnaast of de medewerker de medische aspecten van de werkzaamheden voldoende uitvoert. Het oordeel van de beroepsbeoefenaar heeft betrekking op alle CanMeds-rollen en de competenties die daarbij horen. Het oordeel van het medisch management behelst formeel alleen de medische elementen uit de rol 'vakinhoudelijk handelen' en die aspecten van de rollen 'communicatie' en 'organisatie' die rechtstreeks verband hebben met het medisch vakinhoudelijk handelen (zie ook 'Fundament Bekwaamheidsbeleid').

Zachte en harde vormen

In peer reviews, oftewel intercollegiale toetsing, is sprake van zachte vormen van beoordeling of toetsing door beroepsgenoten. Het komt in de vorm van feedback van deelnemers aan de toetsingsgroep. De deelnemers beschouwen de situatie die de inbrenger in de groep aan de orde heeft gesteld. Degene die een onderwerp heeft ingebracht, baseert zijn of haar zelfoordeel onder meer op de commentaren en observaties van de overige deelnemers. De beschouwingen zijn geen beoordeling in de letterlijke of formele zin van het woord. Het gaat om verschillende meningen, uiteenlopende invalshoeken, alternatieve handelwijzen en dergelijke. Deze hebben dan ook geen arbeidsrechtelijke of functionele gevolgen.

Bij praktijkbeoordeling als onderdeel van het bekwaamheidsbeleid, waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt, is

sprake van meer harde vormen van beoordeling. Aan de beoordeling zijn misschien arbeidsrechtelijke of functionele consequenties verbonden, zoals het wel of niet krijgen van een bekwaamheidsverklaring, hernieuwde toetsing en de plicht of opdracht zichzelf bij te scholen in bepaalde onderwerpen, vaardigheden en/of ontbrekende kennis.

De beoordeling van de beroepsuitoefening is één van de instrumenten waarmee de MMA zijn wettelijke en andere formele verplichtingen nakomt (namelijk het beoordelen van bekwaamheid in medisch handelen). De hardheid van de beoordelingssystemen is ook terug te vinden in de beoordelingscriteria. Deze zijn zo objectief mogelijk vastgesteld en leiden op zijn minst bij verschillende beoordelaars tot vergelijkbare resultaten.

Directe en indirecte vormen

Er is nog een andere dimensie aan het beoordelen, namelijk de vraag of de beoordelaar op één of andere manier direct de uitoefening van het beroep beoordeelt of zich daarover achteraf een beeld vormt. Bij directe vormen van beoordelen kijkt de beoordelaar naar de uitvoering van het

werk van de ambulancezorgverleners, op het moment dat het daadwerkelijk wordt uitgevoerd.

Bij indirecte vormen kijkt een beoordelaar naar een neerslag van de uitvoering van het werk van de ambulancezorgverlener, zoals ritbonnen of opnames van meldingen. Indirecte vormen van beoordeling zijn dus altijd achteraf.



VOORBEELDEN VAN BEOORDELINGS- INSTRUMENTEN



Hoe geven RAV's op dit moment invulling aan het personeelsinstrument beoordeling? Hier heeft de werkgroep naar gekeken. Met hun onderzoek en antwoord op deze vraag geeft zij uiting aan de factor 'Doet' uit de Piramide van Miller.

Uit de analyse komt een vijftal vormen van beoordeling naar boven. Of het nu gaat om formele of informele vormen van beroepsbeoordeling, deze vijf beoordelingsinstrumenten kunnen ook jou helpen beoordeling een concrete plek te geven in je werk. Laat je inspireren!

A. Korte Praktijk Beoordeling RAV Brabant Midden-West-Noord

Met dit instrument wordt een ambulancezorgverlener, tijdens de hulpverlening op straat of bij een patiënt thuis, door een derde geobserveerd en beoordeeld. De beoordelaar rijdt minimaal een dag mee met de ambulance.

Wat wordt beoordeeld?

Alle aspecten van de beroepsuitoefening, zoals die in het CZO-profiel staan beschreven aan de hand van de CanMeds-rollen, worden beoordeeld. Het gaat dus niet alleen om medisch technische (voorbereiden en risicovolle) handelingen en het gebruik van protocollen. De betreffende RAV heeft overigens gekozen voor een eigen indeling en houdt dus niet precies de CanMeds-rollen aan. De variabelen waarnaar wordt gekeken, zijn onderver-

deeld in een vijftal zorgprocessen:

1. Medisch technisch proces: protocol-
len en systematieken, uitvoering van
medische en andere handelingen en
lichamelijk onderzoek, verslaglegging;
2. Medisch dialectisch proces: hoe zit het
met 'het brede denken' van de ambu-
lancezorgverlener?;
3. Relationeel proces: de wijze waarop de
zorgverlener omgaat met patiënten,
familie en ketenpartners;
4. Communicatief proces: de manier van
communiceren en de gebruikte com-
municatietechnieken;
5. Ethisch juridisch proces: besef van
ethische en/of juridische invloeden en
het ernaar handelen.

Per zorgproces wordt de complexiteit
beoordeeld. Voor ieder zorgproces zijn de
variabelen die worden bekeken, uitge-
werkt.

Wie beoordeelt wie?

De werkbegeleider beoordeelt de ambu-
lancezorgverlener tijdens de opleidingspe-
riode en in de periode vlak na diplomering.
Ervaren ambulancezorgverleners worden
beoordeeld door een verpleegkundig
specialist acute zorg of medisch manager.

De beoordelaars worden getraind in het
gebruik van het instrument.

De verpleegkundig specialisten vallen
organisatorisch onder het medisch
stafbureau, waarvan ook het medisch
management deel uitmaakt. Dit medisch
stafbureau is op haar beurt één van de drie
onderdelen van de stafafdeling zorg. Het
stafbureau scholing en kwaliteitszorg zijn
de andere twee.

Wat wordt er mee gedaan?

Op termijn is het de bedoeling het instru-
ment zo in te zetten dat ook collega's
elkàár kunnen observeren. Dan gaat het
niet meer om beoordeling als formeel
onderdeel van het bekwaamheidsbeleid,
maar om a) het geven van 'support on the
scene' en b) het genereren van intercolle-
giale feedback. Dit gebeurt overigens niet
in groepsverband, maar in tweetallen.

Let hierop

Twee belangrijke aspecten van het beoor-
delingsinstrument zijn validiteit (meet het
wat je zegt te meten?) en betrouwbaar-
heid (komt iedere beoordelaar in dezelfde
omstandigheden tot dezelfde beoorde-
ling?).

B. Observatie en beoordeling on the job RAV Rotterdam-Rijnmond

In het kader van kwaliteitsbewaking en
-bevordering kan de verpleegkundig spe-
cialist vanuit een rapid-responder-voertuig
(solo) in korte tijd verschillende ambulan-
cebemanningen observeren, 'schouwen',
consulten verrichten en 'support on the
job' geven. De verpleegkundig specialist
is verder vraagbaak bij complexe hulpver-
leningssituaties. Dit doet de specialist
samen met de Medisch Manager Ambulan-
cezorg (MMA), door wie hij of zij functio-
neel wordt aangestuurd.

Wat wordt beoordeeld?

De beoordelaar levert een aandeel bij
de borging van de deskundigheid van
ambulancemedewerkers en speelt een
rol bij supervisie, intercollegiale toetsing
en 'coaching on the job'. Hij of zij bevor-
dert de kwaliteit van de ambulancezorg,
door regelmatig fysiek aanwezig te zijn
bij de zorgverlening. Kwaliteitsaspecten
die bekeken worden, zijn de diagnostiek,
het behandelplan, de uitgevoerde zorg
en handelingen, de communicatie en de
ondersteunende activiteiten. Het begrip

bekwaamheid wordt dus breed geïnter-
preteerd.

Wie beoordeelt wie?

De verpleegkundig specialist stuurt iedere
medewerker een feedbackformulier,
gebaseerd op de CanMeds-rollen. Later
rapporteert de specialist geanonimiseerd
aan de MMA over de bekwaamheid van
de groep ambulancemedewerkers. Deze
rapportage gaat over de gehele groep,
niet over de individuele medewerker. Al-
leen in uitzonderlijke situaties wordt, met
medeweten van de betreffende zorgverle-
ner, informatie uit een observatie aan het
lijnmanagement of de MMA gemeld.

Zowel het management als de MMA kan
een verzoek indienen tot beoordeling
van specifieke ambulancezorgverleners.
In dat geval worden de zorgverleners van
tevorens door de verpleegkundig specialist
ingelicht.

Wat wordt er mee gedaan?

De bevindingen van de verpleegkundig
specialist worden opgeslagen in een data-
base die alleen voor hem- of haarzelf toe-
gankelijk is. De gegevens worden gebruikt
om analyses op groepsniveau uit te voeren

en op basis daarvan verbeter- of verander-voorstellen te doen naar het management, de MMA, de ROC en anderen.

De formele beoordeling van de individuele medewerker is expliciet elders in de organisatie belegd. De informatie die de verpleegkundig specialist verzamelt, wordt niet met anderen gedeeld en speelt dus ook geen rol in de beoordeling van bekwaamheid.

C. Support on the job

Witte Kruis Ambulancezorg

Minimaal eens per twee jaar rijdt een werkbegeleider mee met de ambulance. De ambulanceverpleegkundige wordt daarvan van tevoren op de hoogte gebracht. Iedere werkbegeleider begeleidt en beoordeelt een specifieke groep van ambulanceverpleegkundigen, met ontwikkeling als belangrijkste doel.

Hoe werkt het?

Voorafgaand aan het meerijden, levert de ambulanceverpleegkundige twee ritten/casustieken van het afgelopen jaar aan die hij of zij lastig of een uitdaging vond. Het kan ook gaan om situaties waarvan de medewerker zich afvraagt of hij of zij beter andere keuzes had kunnen maken. De verpleegkundige geeft ook aan op welke onderdelen extra training nodig of gewenst is en hoe dat vorm zou kunnen krijgen. Ook de werkbegeleider selecteert twee casustieken, inclusief alle genoemde bijlagen. Op een zogeheten SOTJ-dag (de dag dat de werkbegeleider meerijdt) bespreekt hij of zij de vier casussen en mogelijke vervolgcities met de ambulanceverpleegkundige.

Wat en wie wordt beoordeeld?

Tijdens de ambulanceritten kijkt de werkbegeleider naar de samenwerking met de ambulancechauffeur en andere disciplines. Ook beoordeelt hij of zij het handelen van de ambulanceverpleegkundige door te kijken naar de doeltreffendheid, zekerheid, snelheid, het protocollair en methodisch handelen, de omgang met patiënten en familie, de verslaglegging in het digitaal ritformulier en de overdracht naar het ziekenhuis.

Wat wordt er mee gedaan?

Na afloop van iedere rit bespreken de werkbegeleider en ambulanceverpleegkundige de observatiepunten. Aan het eind van de dag evalueren ze al deze punten. Daarbij geven ze aandacht aan het functioneren en formuleren ze leerdoelen. De werkbegeleider maakt een evaluatieverslag, dat de ambulanceverpleegkundige ondertekent. De verpleegkundige bespreekt eventuele acties die door of voor hem of haar moeten worden ondernomen (zoals extra scholing) zelf met zijn of haar direct leidinggevende.

De direct leidinggevende kan aan de werkbegeleider vragen om informatie als

input voor functioneringsgesprekken. Of de werkbegeleider deze informatie geeft, overlegt hij of zij altijd eerst met de betrokken ambulanceverpleegkundige.

De SOTJ-dagen spelen (nog) geen rol in de formele beoordeling van de ambulanceverpleegkundige.

D. Ritbonevaluatie

RAV Hollands Midden

Bij dit beoordelingsinstrument dient de informatie op de ritformulieren als basis voor een intercollegiaal consult. Een verpleegkundig specialist is projectleider. Deze begeleidt ook de werkbegeleiders die de intercollegiale consulten met individuele ambulanceverpleegkundigen voor hun rekening nemen.

Wat wordt beoordeeld?

Omdat de rittenadministratie (nog) een papieren aangelegenheid is, wordt 'at random' een kwart van alle ritformulieren gescand. Deze formulieren geven informatie over aspecten van de zorgverlening, zoals:

1. een chronologische en duidelijke weergave van de verleende zorg;
2. een goede continuïteit van zorg, na de overdracht van de patiënt naar ketenpartners;
3. het monitoren van bekwaamheid via het bijhouden van voorbehouden en risicovolle handelingen;
4. het verzamelen van statistische gegevens over frequentie en soorten ritten;

5. de raadpleging bij klachten en juridische verantwoording.

Wie wordt beoordeeld?

De ambulanceverpleegkundigen zijn in groepen van zeven medewerkers ingedeeld. Aan elke groep is een werkbegeleider toegewezen. De gescande ritformulieren zijn alleen toegankelijk voor betrokken werkbegeleiders.

Iedere twee maanden vindt een één-op-ééngesprek plaats tussen de ambulanceverpleegkundige en de werkbegeleider. In dat gesprek komt een aantal ambulanceritformulieren ter sprake. De keuze voor het gesprek kan, ook buiten de tweemaandelijks gesprekken om, zowel van de werkbegeleider als van de ambulanceverpleegkundige komen.

Wat wordt er mee gedaan?

Indien een ritformulier informatie bevat die tot een VIM- of calamiteitenmelding kan leiden, neemt de werkbegeleider contact op met de betrokken ambulanceverpleegkundige en een verpleegkundig specialist.

De gesprekken tussen de werkbegeleider en ambulanceverpleegkundige leiden regelmatig tot afspraken over aspecten van het werk die verbetering behoeven. Deze verbeteringen moeten uiteindelijk tot uitdrukking komen op ritformulieren en binnen twee maanden zichtbaar worden. Als er geen verbetering optreedt, wordt de medisch manager bij het proces betrokken. Hij of zij maakt samen met de ambulanceverpleegkundige een plan en neemt de begeleiding op zich.

Het vervolg: intervisie

Intercollegiale groepsconsultaties zijn een vervolg op de één-op-ééngesprekken. In de tweemaandelijks gesprekken worden casuïstieken verzameld die een 'kritisch incident' bevatten, welke in de subgroep van zeven ambulanceverpleegkundigen besproken worden. Ieder halfjaar komen de subgroepen bij elkaar om de geselecteerde casussen te bespreken. Deze groepsgesprekken vinden plaats onder leiding van een verpleegkundig specialist.

De een-op-eengesprekken en intervisiegroepen worden op termijn mogelijk uitgebreid met support on the job.

E. Reflectiegesprekken n.a.v. ritevaluaties

RAV Gelderland-Midden en -Zuid

Dit instrument heeft een tweeledig doel:

1. het jaarlijks uitvoeren van ritevaluaties op kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van medische en verpleegkundige zorg;
2. het verbeteren van de individuele kwaliteiten van de medewerker. Door reflectie op het eigen functioneren, komt de geleverde zorg op een hoger niveau.

Hoe werkt het?

De medewerker selecteert ieder jaar vijf ritten, die hij of zij als complex of lastig heeft ervaren. Hij of zij kiest minimaal een trauma-, interne, cardio- en een reanimescasuïstiek. De vijfde is een rit naar keuze. Eén van de vijf ritten moet een EHG-rit zijn (Eerste Hulp Geen Vervoer). Deze selectie wordt uiterlijk drie weken voor het gesprek met de evaluator aangeboden. Deze kiest er één uit waarover de medewerker een verslag samenstelt volgens het reflectiemodel van Korthagen.

Wat wordt beoordeeld?

In de ritevaluatie wordt onderscheid gemaakt tussen een kwantitatief en een kwalitatief deel.

Kwantitatief worden de ritformulieren op volledigheid gecheckt. Hierbij wordt gekeken naar de volgende aspecten: rittijden, haal- en brengadres, verwijzer, PS- en SS-survey, meetgegevens, werkdiagnose, gebruikte protocollen, medicatie, verrichte handelingen en het procesverslag.

Het kwalitatieve deel van de ritevaluatie gebeurt aan de hand van het door de medewerker gemaakte reflectieverslag. Het model van Korthagen is cyclisch en kent vijf stappen om gestructureerd te reflecteren:

1. eigen handelen;
2. terugblik op dat handelen;
3. bewustwording van essentiële aspecten van of in het handelen;
4. alternatieven ontwikkelen en daaruit kiezen;
5. alternatieven uitproberen in een nieuwe situatie.

Wie beoordeelt wie en wat wordt er mee gedaan?

De ritevaluatie wordt, onder verantwoordelijkheid van het medisch management (in Gelderland-Zuid in nauwe samenwerking met het scholingsbureau), uitgevoerd door de verpleegkundig specialist en/of physician assistant (in Gelderland-Zuid door hiervoor speciaal getrainde ambulanceverpleegkundigen).

Het evaluatie- c.q. reflectiegesprek vindt plaats op de standplaats van de medewerker en wordt gevoerd door een lid van het medisch management of een gedelegeerd evaluator. Na het gesprek maakt de medewerker binnen twee weken een verslag. De beoordelaar reageert hier binnen een week op. Beide verslagen vormen onderdeel van het persoonlijk portfolio van de medewerker en worden bewaard in een voor anderen afgeschermd map van het medisch management. In Gelderland-Zuid heeft het medisch management enkel inzage bij ernstige tekortkomingen.

In opdracht van:



September 2017



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
8019 AE Zwolle

088 38 38 200
info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl