

Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Verpleegkundig Centralist Meldkamer Ambulancezorg

TLP:WHITE

Definitieve versie, oktober 2016



NVMMA
Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg

v&vn
Beroepsvereniging van zorgprofessionals
Ambulancezorg

Ambulancezorg
Nederland

Inhoudsopgave

1. Inleidend	3
2. Wet- & regelgeving en bekwaamheid	5
3. Wetgeving, medisch handelen, voorbehouden en risicovolle handelingen	7
4. Bevoegdheid en bekwaamheid	8
5. Positie en rol MMA in het bekwaamheidsbeleid	9
6. Bekwaamheid vastgelegd	11
7. Bekwaamheid in kaders geplaatst	12
8. Initiële- en vervolgbekwaamheid	13
9. (Niet-) verpleegkundig, (niet) risicovol handelen en bekwaamheid	14
10. Wat en Hoe meten	16
11. Resumé	18
<i>Schema (vervolg) bekwaamheid medisch handelen</i>	19
12. Naar bekwaamheidsbeleid en -beoordeling	20
* Documentatie	24

1. Inleidend

In dit document wordt het fundament geschetst waarmee de verantwoordelijkheid van de medisch manager ambulancezorg (MMA) voor het bekwaam zijn en blijven van de verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg vorm moet krijgen. Het is samengesteld vanuit het perspectief van die MMA, als verantwoordelijke voor het medisch inhoudelijke deel van en het medisch handelen binnen de ambulancezorg. Dit alles laat onverlet dat de spil in het bewaken van bekwaamheid de beroepsbeoefenaar zelf is.

Dat fundament is opgebouwd uit een aantal elementen:

- wet- en regelgeving, inclusief branche-afspraken en -regelingen;
- uitgangspunten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- onderscheid tussen initiële- en vervolg-bekwaamheid (of bekwaam *worden* en bekwaam *blijven*);
- reikwijdte van rol en verantwoordelijkheid van de MMA en beroepsbeoefenaar, ofwel de afbakening van die aspecten van het functioneren van de (verpleegkundig) centralist MKA waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt, ook in relatie tot de centrale rol van de beroepsbeoefenaar hierbij;
- inhoudelijk element: als gesproken wordt over het borgen van bekwaamheid in het medisch inhoudelijke deel van de ambulancezorg, waarover heeft men het dan eigenlijk; naar welke onderdelen van het werk wordt gekeken en welke informatiebronnen zijn voor die borging nodig.

De directeur RAV is op grond van de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (WKKGZ) verantwoordelijk voor de inzet van voldoende en ter zake deskundig personeel. In de Nota Verantwoorde Ambulancezorg en het Professioneel Statuut MMA staat omschreven hoe de verantwoordelijkheid voor het bekwaamheidsbeleid is belegd bij de MMA. Een specifieke verantwoordelijkheid van de MMA voor het bekwaamheidsbeleid vloeit verder voort uit het opdrachtgeverschap medische handelingen, neergelegd in de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg. De eerstverantwoordelijke voor het verwerven en onderhouden van aantoonbare (vak)bekwaamheid is en blijft overigens de beroepsbeoefenaar zelf.

Het bekwaamheidsbeleid waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt, bestrijkt niet de volledige vakbekwaamheid van de verpleegkundig centralist MKA, maar betreft het medisch handelen en wat daarvoor ondersteunend of randvoorwaardelijk is. Op de betekenis van het begrip *medisch handelen* komen we nog terug; het is in ieder geval méér dan voorbehouden en risicovolle handelingen.

De NVMMA gaat uit van het CZO-competentieprofiel *Deskundigheidsgebied en Eindtermen Verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg*. Dit profiel vormt de basis voor de opleiding tot verpleegkundig centralist MKA. V&VN Ambulancezorg publiceert binnenkort het 'Expertisegebied MKA-verpleegkundige' dat als leidraad gaat gelden voor het proces van 'bekwaam blijven', ook op alle andere terreinen dan die waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt.

Er bestaat nog geen minimumpakket voor het borgen van de bekwaamheid van de verpleegkundig centralist MKA. Vorm en inhoud van het bekwaamheidsbeleid lopen uiteen tussen Regionale Ambulance Voorzieningen. In de branche, bij de RAV's en de MMA groeit de wens en noodzaak om de wettelijke rol van de MMA afdoende in te vullen, waar het de medische aspecten binnen de ambulancezorg betreft. Daarmee zou de sector de aan haar toebedeelde verantwoordelijkheid waar moeten maken. Het gaat in dit document om het regelen van 'bekwaamheid' op grond van, en binnen, de huidige wet- en regelgeving; een mogelijk gewenste *toekomstige* situatie is hier niet aan de orde. Het stuk behelst het borgen van bekwaamheid van de verpleegkundig centralist MKA die in/na opdracht van een arts *medische handelingen* uitvoert in de ambulancezorg. Met dit document wil de NVMMA, in samenspraak met V&VN Ambulancezorg, de bekwaamheid van de centralist borgen en verantwoordelijkheden in dezen helder beschrijven.

Eerder is het bekwaamheidsbeleid voor de ambulanceverpleegkundige uitgewerkt. De MMA heeft ook een rol in het borgen van de bekwaamheid van het overige uitvoerende personeel in de ambulancezorg, waar het medische aspecten betreft. Het onderhavige document heeft betrekking op de bekwaamheid van de verpleegkundig centralist MKA. Hierna kan het beleid voor de ambulancechauffeur en de zorgambulancemedewerker worden uitgewerkt, volgens vergelijkbare uitgangspunten en met eenzelfde stramien.

De 'verpleegkundig specialist' neemt een bijzondere positie in, daar de functie sinds 2009 op grond van artikel 14 en 36 van de Wet BIG wettelijk erkend wordt en een beschermde titel heeft. Deze functionaris is zelfstandig bevoegd en komt wat dat aspect betreft overeen met andere zelfstandig bevoegden, zoals artsen. Over de bekwaamheid van deze functionarissen gaat dit Fundament vooralsnog niet.

De Werkgroep Bekwaamheidsbeleid verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg bestond uit:

Tine Glas	verpleegkundig centralist Meldkamer Noord
Pierre van Grunsven	MMA Veiligheidsregio Gelderland Zuid
Chris Keijsers	verpleegkundig centralist Meldkamer Brabant MWN
Ricks Meppelder	MMA Zeeland, directeur Zorg Witte Kruis
Herman van de Pas	MMA Brabant Midden West Noord
Herman Oosterik	verpleegkundig centralist Meldkamer Twenthe

De externe ondersteuning kwam van:

Klaas Brouwer *Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling & Advies, Groningen*

2. Wet- & regelgeving en bekwaamheid

Een aantal wettelijke regelingen beoogt te bevorderen dat verleende gezondheidszorg -dus ook de ambulancezorg- door *bekwame* professionals wordt uitgevoerd: de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

De *Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (WKKGZ)* stelt eisen aan de RAV en verplicht onder andere tot a) het bieden van verantwoorde zorg, b) op kwaliteit gericht beleid en c) het opzetten van een kwaliteitssysteem. De wet beschrijft op hoofdlijnen waaraan een zorginstelling dient te voldoen; het is een raamwet. De precieze invulling van de wettelijke eisen is onderwerp van zelfregulering binnen de branche. De ambulancesector heeft in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg onder meer bepaald dat ambulancezorg wordt geleverd door bevoegde en bewaam medewerkers. De branche en de afzonderlijke zorginstellingen moeten dus borgen dat zij bij voortduring beschikken over voldoende deskundig, bevoegd en bewaam, personeel. Tot die borging hoort bewaamheidsbeleid.

De *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)* vraagt van de zorgverlener dat hij/zij deskundig en bewaam is om onder verschillende omstandigheden op te treden en adequaat te handelen. De bepalingen hebben zowel betrekking op de individuele ambulancezorgverlener als op de zorginstelling waar deze in dienst is. In het kader van het bewaamheidsbeleid is de bepaling uit art. 7:453 BW van belang. Dat stelt dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een 'goed hulpverlener' moet betrachten en dient te handelen in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard(en). Die zijn onder meer neergelegd in wettelijke bepalingen, landelijke en regionale protocollen, richtlijnen, werk-instructies, gedragsregels, beroepscode en dergelijke.

De *Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)* stelt eisen aan de individuele zorgverlener en heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door functionarissen. Kwaliteit van de zorg heeft betrekking op veel aspecten van de beroepsuitoefening, zoals het vakinhoudelijk handelen, de beroepshouding, veiligheid, doelmatigheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid. De Wet BIG regelt niet alle kwaliteitsaspecten van de beroepsuitoefening. Uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg van een goede kwaliteit in eerste instantie ligt bij de beroepsbeoefenaar zelf (hier dus de centralist ambulancezorg). De WKKGZ stelt kwaliteitseisen aan de ambulancedienst, zijnde de zorginstelling in dezen. Daarom volstaat de Wet BIG met het regelen van voorwaarden met betrekking tot de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Een centraal begrip in de wet is bewaamheid. In het borgen daarvan spelen, naast de zorgverlener zelf, ook anderen een rol.

De opdrachtgever mag volgens deze wet uitsluitend een opdracht verstrekken tot het verrichten van medische handelingen als die opdrachtgever zich (redelijkerwijs) op de hoogte heeft gesteld van de bewaamheid van degenen aan wie de opdracht wordt gegeven (artikel 38-2).

Regelgeving ambulancebranche

In de nota *Verantwoorde Ambulancezorg* beschrijft de sector, in het verlengde van de WKKGZ, wat zij verstaat onder 'verantwoorde zorg' en langs welke wegen zij deze denkt te bereiken en te handhaven.

“De verpleegkundig centralist MKA draagt zorg voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie, en zorginstructie.

De variëteit en mogelijke complexiteit van zorgvragen die de verpleegkundig centralist MKA ontvangt en moet kunnen beoordelen op urgentie en passend zorgaanbod, vereist een specifieke deskundigheid. De verpleegkundig centralist MKA is bewaam om te bepalen of en op welke wijze ambulancezorg ingezet wordt. De verpleegkundig centralist MKA biedt geprotocolleerde zorg conform een triagesystematiek die voldoet aan de landelijke eisen.

De verpleegkundig centralist MKA heeft een door de sector erkende opleiding gevolgd.

De sector heeft eisen geformuleerd waaraan een triagesystematiek dient te voldoen in het *Plan van Eisen MKA Triagesystemen* van januari 2011. In dat plan is overigens geen sprake van een beoordeling van of keuze voor één van de in de sector gebruikte systemen, maar van minimale eisen waarin triagesystemen in zijn algemeenheid moeten voldoen. De toetsing van bestaande systemen blijft impliciet; men kan daaruit afleiden dat beide voldoen aan het plan van eisen.

De “door de sector erkende opleiding” is onder de CZO-accreditatieregeling gebracht en omschreven in “*Deskundigheidsgebied en Eindtermen van de Opleiding Verpleegkundig Centralist Meldkamer Ambulancezorg*”. Met de invoering van de CZO-certificering is branchebreed wél de *initiële* bewaamheid geregeld (het bewaam worden). De gediplomeerde is *bekwaam*

op grond van het behaalde diploma van de opleiding, bestaande uit een “schools-” en een praktijkdeel. De opleiding is dusdanig ingericht dat de cursist aan het einde ervan in staat is het beroep verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg uit te voeren. Hij/zij is daarmee ook deskundig en bekwaam in dat deel van de werkzaamheden dat als medisch handelen kan worden gekenschetst. De borging van de vervolg-bekwaamheid (bekwaam *blijven*) is (nog) niet op het niveau van de branche geregeld; dat kan met dit document meer vorm krijgen.

3. Wetgeving, medisch *handelen*, voorbehouden en risicovolle *handelingen*

Onderdeel van de Wet BIG vormt de bevoegdheidsregeling van voorbehouden én risicovolle handelingen. De wet maakt onderscheid tussen a) beroepsbeoefenaren die *zelfstandig bevoegd* zijn (zoals de arts en de verpleegkundig specialist) en b) zij die *niet-zelfstandig* bevoegd zijn, maar bepaalde handelingen wel mogen uitvoeren, mits dat in opdracht van een wél *zelfstandig bevoegd* zorgverlener (zoals artsen) geschiedt. De in de Wet BIG expliciet omschreven *voorbehouden* handelingen zijn voor het werk van de centralist niet van toepassing; hij of zij heeft immers geen direct, fysiek contact met de patiënt. De contacten en daarmee de zorg verlopen op afstand, via de telefoon. Deze beroepsbeoefenaar zal dus in het werk ook geen voorbehouden handelingen, omschreven in de Wet BIG, verrichten. Toch is op grond van de werkzaamheden wel sprake van ‘*individuele gezondheidszorg*’ en ‘*risicovolle handelingen*’ waarover in de Wet BIG wordt gesproken; daarover verderop meer.

De wetgever verwacht dat in de betreffende zorginstellingen, individueel of gezamenlijk, een analyse wordt gemaakt welke *risicovolle* handelingen zich (kunnen) voordoen. Deze vallen vervolgens onder hetzelfde regiem als die welke in de wet expliciet worden genoemd. In de sector worden essentiële delen van het meldkamerproces beschouwd als ‘risicovolle handelingen’.

De verpleegkundig centralist MKA mag op grond van de Wet BIG *zonder direct toezicht of tussenkomst* van een arts handelen. Dit handelen vindt ‘*de jure*’ in opdracht van de arts/MMA plaats: uitvraag- en andere protocollen, richtlijnen en werkinstructies worden in dezen namelijk als ‘opdracht’ beschouwd.

Het ‘toezicht’ en de (mogelijkheid tot) ‘tussenkomst’ vindt niet direct en/of persoonlijk plaats, maar krijgt op een andere wijze vorm, namelijk in protocollen, richtlijnen en werkinstructies en door de 24/7 bereikbaarheid van de MMA voor consultatie.

De *bevoegdheid* wordt toegekend op grond van het behaalde diploma verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg. De beroepsbeoefenaar wordt -naast alle andere aspecten uit het CZO-profiel- tevens (*initieel*) bekwaam geacht op basis van datzelfde diploma. De *vervolg*-bekwaamheid, zowel op alle onderdelen van het profiel als voor wat betreft protocollen of risicovolle handelingen, is daarmee nog niet geregeld.

4. Bevoegdheid en bekwaamheid

De verpleegkundig centralist MKA heeft op grond van de Wet BIG uit hoofde van de opleiding en het diploma van 'verpleegkundige' bepaalde bevoegdheden toebedeeld gekregen.

Het diploma verpleegkundig centralist MKA maakt de beroepsbeoefenaar *bevoegd tot handelen*.

Op basis van het behaalde diploma is de beroepsbeoefenaar tevens ("initieel") *bekwaam* om het beroep uit te oefenen.

Die bekwaamheid geldt tot een volgend moment waarop dat wordt beoordeeld of getoetst.

Het begrip bekwaamheid behelst méér dan het goed kunnen uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. Het gaat over het voldoen aan *alle* eisen die het beroep stelt en die zijn neergelegd in de Canmeds-rollen en competenties in het CZO-profiel dat de grondslag voor de opleiding vormt.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in de notitie "Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg" een indicatie gegeven hoe zij vindt dat het bekwaamheidsbeleid in de zorg (dus ook de ambulancezorg) zich moet ontwikkelen. De hoofdlijnen ervan kunnen als volgt worden samengevat:

- 1) Beroepscompetenties, ingedeeld naar zeven Canmeds-rollen, zijn een belangrijke graadmeter om goed functioneren vast te stellen;
- 2) De toetsing van *alle* beroepscompetenties tijdens het werkzame leven van een beroepsbeoefenaar moet beter worden geregeld;
- 3) Zorginstellingen moeten kunnen aantonen:
 - a) wat zij hebben gedaan om het functioneren van beroepsgroepen te *beoordelen*;
 - b) hoe zij tijdig *signaleren* of sprake is van verminderd functioneren;
 - c) welke *verbeteracties* daarna zijn ondernomen;
 - d) welke *resultaten* ermee zijn geboekt;
- 4) Er moet inzicht zijn in het functioneren van individuele en groepen beroepsbeoefenaren aan de hand van beschikbare bronnen (*signalen*) zoals klachten, patiëntenfeedback, registratie van complicaties of incidenten en dergelijke. Geaggregeerde gegevens van patiënten vanuit klachten, meldingen, patiënttevredenheidsonderzoek en/of social media geven een beeld van het functioneren van beroepsgroepen en individuele beroepsbeoefenaren;
- 5) Beroepsbeoefenaren moeten open staan voor directe feedback, zowel van beroepsgenoten als van andere disciplines in de organisatie, maar ook van patiënten of cliënten;
- 6) Beroepsbeoefenaren moeten deelnemen aan visitaties of andere vormen van inhoudelijke, collegiale, toetsing. Het instrument visitaties is nog onvoldoende in de zorg ingeburgerd. In die visitaties moeten alle beroepscompetenties worden beoordeeld. De input ervoor komt uit verschillende disciplines; dus niet alleen de eigen beroepsgroep. Ook de patiënt/cliënt speelt hierin een essentiële rol.

5. Positie en rol MMA in het bekwaamheidsbeleid

De functie en rol van de MMA vindt zijn basis in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg. De RAV is eindverantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg. De RAV dient de medische verantwoordelijkheid voor de zorg integraal in de organisatie in te bedden en doet dat via de (aanstelling van een) MMA. De MMA is een aan de RAV verbonden arts (Nota Verantwoorde Ambulancezorg, paragraaf 6.6). In het Professioneel Statuut zijn de relaties tussen het bestuur van de RAV en de MMA verder uitgewerkt.

Voor zover het RAV-bestuur aanwijzingen kan geven over de kwaliteit, veiligheid en organisatie van de zorg kunnen die -volgens het Professioneel Statuut- géén betrekking hebben op medisch-inhoudelijke zorg aan individuele patiënten. Evenmin treedt het RAV-bestuur in de verantwoordelijkheid van ambulancezorgverleners die voortvloeit uit de door de MMA goedgekeurde/vastgestelde professionele standaard.

Tot de verantwoordelijkheden van de MMA, zoals in het Statuut vastgelegd, horen de vormgeving van het medisch inhoudelijk beleid, waaronder ook wordt verstaan de kwaliteitseisen waarmee wordt voldaan aan de professionele standaard. De MMA ziet volgens hetzelfde Statuut toe op de implementatie van het medisch inhoudelijk beleid en op de naleving van de wetgeving die betrekking heeft op de (medische) zorg aan patiënten. Een en ander is verder uitgewerkt in de Beschrijving Functiegebied Medisch Management binnen de ambulancezorg.

In de Nota Verantwoorde Ambulancezorg verplichten de RAV's zich onder meer tot het inzetten van bevoegd en bekwaam personeel, tot geprotocolleerde zorg en tot optimale borging van de medisch inhoudelijke kwaliteit van de zorg. De MMA heeft hierin een belangrijke rol en positie, zoals ook in extenso is geformuleerd in het Professioneel Statuut en de Beschrijving van het Functiegebied Medisch Management Ambulancezorg. Dit laat onverlet dat de beroepsbeoefenaar zelf een uiterst gewichtige rol en positie in dezen heeft.

Als uitvloeisel van de Wet BIG mag een verpleegkundig centralist MKA medische handelingen uitvoeren, mits gekoppeld aan 'een opdracht' van een arts. Die opdracht krijgt in de praktijk vorm in protocollen, richtlijnen en werkinstructies die door (of onder verantwoordelijkheid van) de MMA-arts worden opgesteld. Triagesystemen, protocollen, richtlijnen en werkinstructies dienen tezamen als vorm waarin de opdracht van de arts aan de centralist gestalte krijgt. Bij het ontwikkelen van dergelijke protocollen, richtlijnen en werkinstructies zijn en worden belangrijke actoren, zoals de beroepsbeoefenaren zélf, betrokken.

Tot het medisch handelen waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt, behoort ook -op grond van de WGBO- het verstrekken van informatie aan en het verkrijgen van toestemming van de patiënt bij medische verrichtingen, de uitwisseling van medische informatie, geheimhouding en dossierplicht.

Tot de verantwoordelijkheid van het Medisch Management Ambulancezorg kunnen de volgende elementen worden gerekend; deze hebben direct of indirect betrekking op bekwaamheid:

- het op een dusdanige wijze organiseren van het niet-directe en niet-persoonlijke toezicht en tussenkomst dat voldaan wordt aan de wettelijke vereisten; dit kan door 1) protocollen en richtlijnen 2) 24 uren beschikbaarheid voor het geval een centralist tijdens zijn werk behoefte heeft aan 'tussenkomst' c.q. consultatie van een opdrachtgevend arts;
- protocollen op- en/of vaststellen; deze geven de 'opdracht' vorm van de arts tot het uitvoeren van risicovolle medische handelingen voor/door de verpleegkundig centralist. In het ontwikkelen en vaststellen van landelijke protocollen, richtlijnen en werkinstructies werken landelijke organisaties als AZN, V&VN en NVMMA zoveel als mogelijk samen; de MMA van de RAV kan hier regionale afspraken aan toevoegen.
- het borgen van het overig medisch handelen en de medische aspecten van niet-voorbehouden of niet-*risicovolle* medische handelingen van de verpleegkundig centralist;
- bevorderen dat de opleiding, zowel het schoolse deel als het praktijkgedeelte ervan binnen de RAV, zo wordt ingericht dat het diploma verpleegkundig centralist MKA ook daadwerkelijk een juist oordeel geeft over dat deel van de initiële bekwaamheid waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt;
- beoordelen of de beroepsbeoefenaar nog steeds bekwaam is tot medisch handelen (*vervolg*-bekwaamheid; bekwaam *blijven*);
- zich ervan vergewissen dat de verpleegkundig centralist conform het triagesysteem, de protocollen, procedures en richtlijnen kán handelen;
- zich ervan op de hoogte stellen of de verpleegkundig centralist ook daadwerkelijk handelt conform de opdracht c.q. het triagesysteem, de protocollen, richtlijnen & werkinstructies.

Tot de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundig centralist voor diens bekwaamheid kunnen naar de opvattingen van de beroepsorganisatie V&VN nog de volgende elementen worden gerekend:

- kennis hebben van het expertisegebied verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg in de volle breedte;
- reflecteren op het eigen handelen;
- werken volgens de laatste stand van de wetenschap, die is verwerkt in protocollen, richtlijnen, methodieken;
- bevorderen van de ontwikkeling en implementatie van vakkennis;
- optimaliseren van het persoonlijk functioneren als verpleegkundig centralist op de zeven Canmeds-rollen;
- de route kennen om de eigen bekwaamheid te bespreken en aantoonbaar te maken en om bij- en nascholing te verkrijgen in het vakgebied;
- kennis bijhouden door middel van het volgen van (verplichte) bijscholing, specifieke trainingen op het gebied van acute zorg en proeves van bekwaamheid.

6. Bekwaamheid vastgelegd

Het bekwaamheidsbeleid binnen de afzonderlijke RAV's mondt -in zijn algemeenheid gesproken- uit in een *schriftelijke* bekwaamheidsverklaring. Die verklaring is als zodanig niet (wettelijk) voorgeschreven. Evenmin is daarvoor volgens de wetgeving de *handtekening* van de MMA vereist.

Wel stelt de wetgever dat het Medisch Management Ambulancezorg zich redelijkerwijs dient te vergewissen van de bekwaamheid van ambulancepersoneel. Hoe hij/zij dat doet, organiseert of laat organiseren en wie daarin betrokken worden, kent geen vast omschreven vorm. Ook de vraag uit welke elementen 'bekwaamheid' bestaat, wat dient te worden beoordeeld en hoe, staat niet wettelijk vast. De 'wat' en 'hoe'-vragen behoren tot de verantwoordelijkheid van de branche zelf; de verantwoordelijkheid voor regulering is in dezen binnen de zorgsector en beroepsgroep(en) gelegd.

Zoals al herhaaldelijk en met enige nadruk vermeld werd, is de borging van de bekwaamheid allereerst een verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar zelf en diens belangenorganisatie. Dat laat echter onverlet dat ook anderen daarin een rol hebben te spelen. Op grond van wet- en regelgeving, landelijk en in de branche zelf, heeft de MMA een verantwoordelijkheid. Ook het management casu quo bestuur van de RAV en functionarissen betrokken bij personeelszaken, bij opleidings- en bij kwaliteitsbeleid zijn hierbij betrokken.

7. Bekwaamheid in kaders geplaatst

Het (CZO-) profiel verpleegkundig centralist MKA kent zeven Canmeds-rollen. Daarbinnen worden competenties onderscheiden. Zoals reeds gemeld neemt de NVMMA het CZO-profiel tot uitgangspunt, omdat dit profiel de basis vormt voor de opleiding tot verpleegkundig centralist. Het betreffende profiel heeft een formele status in het gehele bouwwerk waarop de verantwoordelijkheden van de MMA in deze zijn gestoeld.

Als het over 'bekwaamheid' gaat die moet worden geborgd, wordt het totaal van rollen en competenties bedoeld. De MMA is betrokken bij een déél van de totale (vak-) bekwaamheid. Daarbij is met name rol 1. *Vakinhoudelijk handelen* aan de orde. Voor het overige zijn 2. *Communicatie* en 3. *Samenwerking* relevant, voor zover competenties daarbinnen dienstbaar of ondersteunend zijn aan het medisch inhoudelijk deel van de zorg en dus ook het medisch handelen.

Dat deel van het bekwaamheidsbeleid waarin de MMA een rol speelt, spreekt zich dus niet uit over de algehele of integrale (vak-) bekwaamheid van de verpleegkundig centralist, zoals neergelegd in het CZO-profiel, maar over de medisch inhoudelijke aspecten ervan.

Vakinhoudelijk handelen kan worden onderverdeeld in a) *medisch handelen* en b) niet-medisch *verpleegkundig* en c) overig handelen. Voor het bekwaamheidsbeleid van de MMA is het medische deel hiervan relevant. Het verpleegkundig handelen maakt onderdeel uit van bijvoorbeeld het bekwaamheidsbeleid van de beroepsgroep zelf en het personeels- (functioneren van de medewerker), het kwaliteits- en opleidingsbeleid van de RAV-organisatie, ambulancebedrijf en meldkamerorganisatie.

Alhoewel de opsomming hierna zeker niet uitputtend is, geeft het wel een indicatie welke aspecten aan de orde zijn als wordt gesproken over medisch inhoudelijke aspecten van de ambulancezorg en dus van het *medisch handelen* in de ambulancezorg.

- risicovolle handelingen;
- overige medische aspecten zoals:
 - anamnese;
 - werkdiagnose;
 - indicatiestelling;
 - keus van een protocol;
 - uitvoering protocol;
 - medicatie;
 - overdracht patiënt;
 - communicatie van de verpleegkundig centralist met de melder (patiënt, familieleden, omstanders), met de teamleden van de ambulancebemanning, met ketenpartner(s);
 - samenwerking tussen meldkamer en ambulancebemanning, en met ketenpartner(s);
 - informatieverschaffing aan de melder/patiënt of diens representant over de zorgverlening;
 - dossiervorming patiëntenzorg/meldkamerzorg.

8. Initiële- en vervolgbekwaamheid

Verpleegkundig centralisten zijn op grond van het CZO-erkende diploma *bevoegd* tot het uitvoeren van ambulancezorg. Maar tegelijkertijd zijn zij -tot nader order- ook *bekwaam* vanaf het moment dat zij het diploma hebben verworven. Dat kan men als de initiële bekwaamheid bestempelen (*bekwaam worden*).

De MMA is langs een aantal wegen betrokken bij het voorbereiden op en het vaststellen van deze initiële bekwaamheid en de borging daarvan:

- betrokkenheid bij de ontwikkeling en uitvoering van het praktijkdeel van de opleiding verpleegkundig centralist binnen de eigen RAV, de praktijkbegeleiding en de praktijktoetsing;
- via de NVMMA betrokken bij de CZO-erkenningsprocedure van de opleiding verpleegkundig centralist;
- via de NVMMA betrokken bij de uitwerking van het document “*Deskundigheidsgebied & Eindtermen Opleiding Verpleegkundig Centralist Meldkamer Ambulancezorg*”;
- via de NVMMA betrokken bij het opstellen van het document “*Eindtermen Competentiesprofiel Verpleegkundig Centralist Meldkamer Ambulancezorg*”.

Het bekwaamheidsbeleid waarover het in dit document gaat, behelst het borgen van bekwaamheid in de periode ná het behalen van het diploma. Dat kan men de vervolgbekwaamheid noemen, ook wel aan te duiden met bekwaam *blijven*: de (her-) beoordeling van de bekwaamheid van de beroepsbeoefenaar, als deze enige tijd als centralist werkzaam is geweest.

Herregistratie verpleegkundig centralist MKA

De werkzaamheden van de verpleegkundig centralist liggen op het terrein van de individuele gezondheidszorg en vallen binnen het deskundigheidsgebied van het beroep van verpleegkundige. Op grond van deze opvatting hebben AZN en V&VN aan het BIG-register de vraag voorgelegd in hoeverre werkzaamheden kunnen of moeten worden aangemerkt als ‘individuele gezondheidszorg’ en of daarmee kan worden voldaan aan de werkervaringscriteria voor herregistratie van de beroepsbeoefenaar.

De ‘Frontoffice’ van het BIG-register reageerde bevestigend op deze vraag: het werk is inderdaad te beschouwen als ‘individuele gezondheidszorg’. Derhalve is de Wet BIG van toepassing en dus ook de herregistratie van de verpleegkundige.

Beroepenregulering: uitbreiding eisen herregistratie

Alhoewel het nog niet in beleidsmaatregelen is omgezet, heeft de minister haar politieke voornemen geuit herregistratie als instrument in het borgen van bekwaamheid te versterken. Zij schrijft in de Kamerbrief Beleidsreactie Evaluatie Wet BIG (2-12-2014):

De afgelopen jaren is een systeem van herregistratie ingevoerd voor beroepsbeoefenaren in het BIG-register. Dit betekent dat beroepsbeoefenaren elke vijf jaar hun registratie moeten verlengen. Herregistratie is ingevoerd zodat zorgverleners over actuele kennis en vaardigheden blijven beschikken. Dit om de veiligheid van de patiëntenzorg te waarborgen. Hierbij geldt het opdoen van voldoende relevante werkervaring (‘vlieguren’) als eis om geregistreerd te blijven. De onderzoekers adviseren hier eisen aan toe te voegen. Om nog beter te borgen dat BIG-geregistreerden beschikken over actuele deskundigheid en bekwaamheid ben ik voornemens de herregistratie-eisen uit te breiden. Ik denk hierbij aan verplichte bij- en nascholing, die afgesloten wordt met een toets en verplichte deelname aan intercollegiale toetsing.

9. (Niet-) verpleegkundig, (niet-) risicovol handelen en bekwaamheid

Binnen de meldkamers ambulancezorg zijn situaties te onderscheiden die mogelijk gevolgen kunnen hebben voor het bekwaamheidsbeleid; deze zijn hieronder in een tabel gezet. De ene dimensie daarin is het vraagstuk van *verpleegkundig* versus *niet-verpleegkundig* centralisten. De andere dimensie is de dichotomie van *risicovolle* en *niet-risicovolle handelingen* in het meldkamerproces.

		HANDELEN	
		NIET RISICOVOL	RISICOVOL
CENTRALIST MKA	VERPLEEGKUNDIG		
	NIET VERPLEEGKUNDIG		

Differentiatie

De Nota Verantwoorde Ambulancezorg memoreert dat op de meldkamer vormen van taak- en functiedifferentiatie kunnen optreden. Differentiatie kan, zo meldt de Nota, onder meer vorm krijgen in een onderscheid tussen intake en uitgifte. Op de MKA kunnen niet-verpleegkundig centralisten werkzaam zijn, maar alleen op niet-risicovolle handelingen, bijvoorbeeld “op het logistieke proces van uitgifte van ambulanceritten.”

Bij differentiatie zijn drie hoofdvormen denkbaar.

De eerste twee ervan komen in de praktijk voor. De derde is een theoretische mogelijkheid, omdat zowel in wettelijke regelingen als in sectoraal beleid, is vastgelegd dat ‘intake’ en ‘indicatie’ tot de risicovolle handelingen behoren en dus door een verpleegkundig centralist moeten worden gedaan.

1. De eerste vorm is die waarin alle centralisten op de meldkamer ambulancezorg BIG-geregistreerd verpleegkundigen zijn, maar waarbij in het meldkamerproces wel wordt gedifferentieerd; binnen de risicovolle handelingen, maar ook tussen risicovolle en niet-risicovolle;
2. In de tweede worden risicovolle handelingen zoals het “aannemen van de melding, het geven van eerste medische adviezen, het stellen van de indicatie en het wel of niet inzetten van een ambulance, of een andere voorziening van de RAV of van een ketenzorginstelling ...” [citaat uit Verantwoorde Ambulancezorg] ondergebracht bij een verpleegkundig centralist. Andere taken, gedefinieerd als niet-‘risicovolle’ onderdelen van het meldkamerproces, zoals “het logistieke proces van uitgifte van ambulanceritten” worden bij deze vorm van differentiatie door niet-verpleegkundigen uitgevoerd;
3. Een derde –denkbare, maar onder de huidige regelgeving niet realiseerbare- differentiatievorm is die, waarbij ‘risicovolle handelingen’, zoals *intake* en *indicatie*, door een **niet**-verpleegkundig centralist worden gedaan.

Dimensie “Risicovol en niet-risicovol”

De sector schrijft in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg:

“De RAV is verantwoordelijk voor de meldkamerfunctie en het ambulancevervoer en is een zorginstelling in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (inmiddels Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg: WKKGGZ).

De Kwaliteitswet (nu WKKGZ) en andere relevante zorgwetgeving (WGBO, Wet BIG) zijn daarom onverkort van toepassing op de RAV, inclusief de meldkamerzorg. Dat betekent ook dat het aannemen van de melding, het geven van eerste medische

adviezen, het stellen van de indicatie en het wel of niet inzetten van een ambulance, of een andere voorziening van de RAV of van een ketenzorginstelling onlosmakelijk onderdeel uitmaken van het (ambulance) zorgproces. Daarmee vallen deze activiteiten onder het wettelijk kader van de gezondheidszorg, zowel in de dagelijkse als in de opgeschaalde situatie. De sector ziet **triage** als een **risicovolle handeling** waardoor er voldaan dient te worden aan dit wettelijk kader. De duiding hiervan is door de sector vastgelegd.”

Dimensie “Verpleegkundig en niet-verpleegkundig”

De Nota Verantwoorde Ambulancezorg stelt dat ‘triage’ tot de ‘risicovolle handelingen’ moet worden gerekend. Daaruit vloeit voort dat op ‘intake’ en ‘indicatie’ géén niet-verpleegkundigen kunnen worden ingezet. In de betreffende nota werd dus vastgelegd dat triage door een verpleegkundige móet worden gedaan, met een afgeronde, erkende, opleiding, te weten de CZO-opleiding verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg.

Ook Artikel 19, lid 2. van de Regeling Tijdelijke Wet Ambulancezorg is helder: *De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat in de meldkamer de **zorgintake** en de **zorgindicatie** geschiedt door een op grond van de Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg geregistreerde verpleegkundige.*

De sector definieert triage dus als ‘risicovol handelen’ en schrijft voor dat dit handelen door een verpleegkundige moet worden uitgevoerd.

De TWAZ stelt dat zorgintake en zorgindicatie door een geregistreerd verpleegkundige dienen te geschieden, omdat het risicovol handelen is en derhalve (ook) onder de Wet BIG, WGBO en WKKGZ valt.

Gevolgen voor bekwaamheidsbeleid en medisch management

Het ligt voor de hand om het bekwaamheidsbeleid, qua opbouw en structuur, voor alle medewerkers in de ambulancezorg hetzelfde te laten zijn, dus ook voor verpleegkundig en niet-verpleegkundig centralisten op de meldkamer ambulancezorg.

Er worden vanuit de Wet BIG eisen gesteld aan de borging van de kwaliteit van handelen; de arts (hier MMA) moet zich ervan vergewissen, dat medische handelingen op een juiste wijze worden uitgevoerd. Dat kan door dit zelf te monitoren en/of procedures en processen in te bouwen in kwaliteitssystemen, zoals opleiding & scholing en bekwaamheidsbeleid om een en ander te borgen.

Als op de meldkamer niet wordt gedifferentieerd vormen de CanMeds-rollen uit het CZO-profiel verpleegkundig centralist een goede beschrijving voor de volle breedte van de functie van iedere individuele medewerker.

Als er *wél* wordt gedifferentieerd kunnen de CanMeds-rollen uit het CZO-profiel verpleegkundig centralist worden beschouwd als een beschrijving van het gehele *functiegebied*, waarbinnen meerdere functionarissen actief zijn. In dit gedifferentieerde functiegebied worden dan sommige onderdelen van de rollen en werkzaamheden door een deel der functionarissen uitgevoerd en andere taken door anderen. Tezamen bestrijken zij echter het gehele werkteerrein.

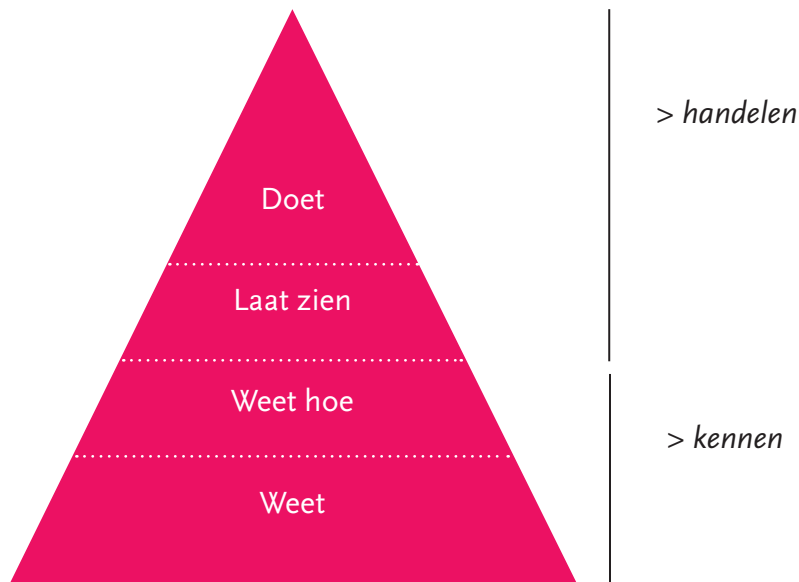
De CanMeds-rollen en de onderscheiden werkzaamheden in het gehele functiegebied houden nauw verband met elkaar, of zij nu door één functionaris of door verschillende worden uitgevoerd. Dat komt tot uitdrukking in de centrale rol ‘vakinhoudelijk handelen’. Dit handelen kent in het geval van de meldkamer de nodige medische aspecten waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt. De MMA dient er -óók in de meldkamer waarbinnen wordt gedifferentieerd- op toe te zien dat die samenhangen tot stand worden gebracht, ook tussen functionarissen. En dus geldt het bekwaamheidsbeleid eveneens voor gedifferentieerde meldkamerfuncties, of die nu door uitsluitend verpleegkundigen of mede door niet-verpleegkundigen worden ingevuld.

De conclusie moet dan ook zijn dat het bekwaamheidsbeleid, zoals dat in deze publicatie staat beschreven voor de verpleegkundig centralist MKA in gelijke mate moet gelden voor álle functionarissen werkzaam op de meldkamer. Het is dus tevens van toepassing op hen die niet-verpleegkundig zijn opgeleid, voor alle gedifferentieerde functies die tezamen het gehele functiegebied bestrijken.

10. Wat en Hoe meten

Piramide van Miller

Miller (Miller GE. *The assessment of clinical skills/ competence/ performance. Acad Med* (1990); 65: s63-s67) beschrijft beroepsbekwaamheid in vier lagen. Dit is schematisch weergegeven in een piramide waarin de onderliggende lagen steeds het fundament vormen voor de laag erboven.



I. Kennen:

a) Weet

De onderste laag wordt gevormd door de kennis die iemand nodig heeft om zijn/haar toekomstige beroep uit te voeren. Brede en gestructureerde kennis is het fundament van een competentie.

b) Weet hoe

In de volgende laag gaat het erom dat een beroepsbeoefenaar weet hoe hij/zij die kennis moet gebruiken bij het oplossen van probleemtaken.

II. Handelen:

c) Laat zien

In de derde laag moet de beroepsbeoefenaar laten zien dat hij/zij kan handelen in een gesimuleerde situatie. Het gaat hierbij om kennis én handelen. Miller spreekt hier van '*performance assessment in vitro*'.

d) Doet

De bovenste laag heeft de beroepsbeoefenaar bereikt wanneer hij/zij de verworven kennis, vaardigheden en houdingen kan toepassen in reële, complexe, praktijksituaties op de werkvloer. Beoordeling op doet-niveau moet plaatsvinden in de beroepspraktijk, oftewel '*performance assessment in vivo*'.

Het begrip (beroeps-)bekwaamheid houdt direct verband met *handelen*. Kennis is daarvoor instrumenteel, en dan vooral het '*Weten hoe*'. De kennis die in de opleiding ('*Weten*') wordt overgedragen is op zijn beurt weer instrumenteel voor dat '*Weten hoe*'. Als het om het borgen van bekwaamheid gaat hebben we het dus allereerst over het '*Doet*' en in mindere mate over '*Laat zien*'.

Doet

De laag 'Doet' vormt bij uitstek de context waarin de beroepspraktijk na diplomering gestalte krijgt. Ten principale gaat het om dit niveau bij het beantwoorden van de vraag of iemand bekwaam is. Een beoordelaar probeert juist hiervan een goed beeld te krijgen. Omdat het niet altijd mogelijk is geobjectiveerd inzicht te krijgen in de beroepsuitoefening in de volle breedte van de verpleegkundig centralist, kan voor de bekwaamheidstoetsing deels worden teruggegrepen op de laag van bekwaamheid die daaronder zit, te weten 'Laat zien'.

RAV's dienen de verpleegkundig centralisten te faciliteren in het inzichtelijk krijgen van zijn of haar 'performance'. Systematisch verzamelde gegevens over deze 'professional performance' vormen een belangrijke informatiebron voor de inschatting of verpleegkundig centralisten nog steeds bekwaam 'medisch handelen'. Informatie kan langs verschillende routes worden vergaard, zoals:

- de eigen beoordeling van de verpleegkundig centralist zelf en/of diens verzoeken om scholing;
- kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over de zorgproductie;
- signalen van teamleden/collega's/anderen in de organisatie;
- oordelen/signalen/evaluaties van ketenpartners;
- ervaringen/klachten/signalen van patiënten;
- in- en/of externe beoordeling: intercollegiale toetsing of praktijkbeoordeling on the job.

Signalen of informatie komen -zoals uit de voorgaande opsomming blijkt- uit verschillende bronnen en zijn van uiteenlopende aard. Deze signalen of informatie kunnen onderwerp van gesprek worden in bijvoorbeeld een setting van interview met collega's, en/of in beoordelings-, functionerings-, POP- of andersoortige gesprekken met het management, de MMA en/of anderen, waarin het beroepsmatig functioneren centraal staat. Wel dient men zich te realiseren dat het bekwaamheidsbeleid waarvan in dit document sprake is (bekwaam tot het uitvoeren van *medisch handelen*) een déél is van de totale vakbekwaamheid van de verpleegkundig centralist. Consequentie is dat de uitkomsten van meer algemene beoordelings-, functionerings-, POP- of andere HRM-instrumenten veel meer aspecten van vakbekwaamheid en functioneren bestrijken dan het medisch handelen. Voor de zuiverheid van de beoordelingen ligt het daarom voor de hand expliciet onderscheid te maken tussen 'medisch handelen' en de overige aspecten van beroepsmatig of vakinhoudelijk handelen. Aan signalen of informatie kan men op zichzelf géén beoordelingsnormen ontleen. Zij zijn vooral bedoeld om te kunnen zien of a) er aanleiding is te veronderstellen dat de bekwaamheid op onderdelen niet is zoals deze zou moeten zijn en b) waaraan bij de beoordeling van de bekwaamheid vooral aandacht zal moeten worden geschonken. Signalen geven richting, geen uitsluitsel.

Twee instrumenten op het 'Doet'-niveau kunnen wél een rol spelen in de *beoordeling* van bekwaamheid:

- 1) praktijkbeoordeling-on-the-job en
- 2) intercollegiale toetsing.

Laat zien

De toetsing op het niveau dat in Miller's piramide 'Laat Zien' heet, vindt plaats in min of meer gesimuleerde, kunstmatige, speciaal voor dit doel geschapen, omstandigheden. Het gaat daarbij meestal niet om echte patiënten/melders. Een observator (of begeleider) heeft voorafgaand aan, tijdens of na afloop van de verrichte handeling de mogelijkheid in te grijpen. Dit niveau kan in het bekwaamheidsbeleid vorm krijgen in simulaties, assessments en dergelijke. Het instrument kan bijvoorbeeld worden ingezet voor situaties die zich in de beroepspraktijk niet vaak voordoen of voor omstandigheden die een gewijzigde aanpak vergen (aangepaste protocollen, andere hulpmiddelen).

In assessments wordt getoetst of de beroepsbeoefenaar de juiste keuzes maakt, de dingen doet die gedaan moeten worden. In voorkomende gevallen kan men verantwoord worden waarom en waar men afwijkt en handelingen op de voorgescreven wijze en goed uitvoert.

Als er al kennis getoetst moet worden in het kader van het beoordelen van bekwaamheid gaat het met name om 'Weten hoe'; verklaren waarom men zó heeft gehandeld als men heeft gehandeld, of op grond van welke overwegingen men is afgeweken van een protocol, of gekozen is voor een andere volgorde, dan wel methode of techniek. In goed ontworpen en gevalideerde assessments is de toetsing van 'Weten hoe' ingebouwd.

11. Resumé

De verantwoordelijkheid van de MMA voor de totstandkoming van het bekwaamheidsbeleid en de organisatie van de juiste randvoorwaarden voor bekwaamheidsbeleid vloeit voort uit de Nota Verantwoorde Ambulancezorg, het Professioneel Statuut MMA en het opdrachtgeverschap medische handelingen (waaronder risicovol handelen), neergelegd in de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg. Ook de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg speelt in deze een belangrijke rol, ook voor niet-verpleegkundige beroepsbeoefenaren in de ambulancezorg. Wellicht ten overvloede zij hier nogmaals de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren zelf benadrukt.

Het bekwaamheidsbeleid waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt, bestrijkt niet de volledige vakbekwaamheid van de verpleegkundig centralist, maar betreft het medisch handelen en wat daarvoor ondersteunend of randvoorwaardelijk is.

Bij de beoordeling van de *vervolg*-bekwaamheid (bekwaam *blijven*) in het medisch handelen gaat het met name om de wijze waarop een beroepsbeoefenaar de functie in de dagelijkse praktijk uitoefent: in de piramide van Miller is dat weergegeven in de laag 'Doet'. De MMA dient zich er 'redelijkerwijs', en op gezette tijden, van te vergewissen dat het medisch handelen in de beroepspraktijk 'naar behoren' wordt uitgevoerd.

Daar waar een beoordeling van dit medisch handelen in en via 'Doet' niet mogelijk is, of onvoldoende inzichten biedt, is een beoordeling vanuit 'Laat zien' aan de orde. Op onderdelen kan *Weten hoe* worden getoetst, bijvoorbeeld bij nieuwe of gewijzigde protocollen of bij de introductie van nieuwe hulpmiddelen en instrumenten.

In dit document zijn alleen de medisch inhoudelijke aspecten van de zorg, het 'medisch handelen', (voor de verpleegkundig centralist met name het handelen dat als 'risicovol' is bestempeld) als deel van de algehele vakbekwaamheid, aan de orde. De *overige* aspecten of onderdelen van de bekwaamheid worden elders bewaakt en getoetst:

- a) de opleiding tot verpleegkundig centralist, zowel het theoretisch of schoolse deel als het praktijkgedeelte ervan;
- b) het kwaliteits-, bekwaamheids- en (her-) registratiebeleid van de beroepsgroep;
- c) het kwaliteits-, personeels- en opleidingsbeleid van de RAV-organisatie;

Tezamen met het getoetste medisch handelen en de eigen verklaring van de individuele beroepsbeoefenaar, ontstaat zo een compleet en breed beeld van de (vak-) bekwaamheid van de verpleegkundig centralist, ofwel alle competenties die in het CZO-profiel van de beroepsbeoefenaar staan omschreven.

Wat hiervoor aan de orde kwam, is op hoofdlijnen samengevat in het volgende schema.

12. Naar bekwaamheidsbeleid en -beoordeling

In het schema op de vorige pagina staan **horizontaal**, in de eerste rij bovenin, de zeven CanMeds rollen uit het CZO-profiel van de verpleegkundig centralist dat voor de NVMMA uitgangspunt is voor bekwaamheidsbeleid en -beoordeling.

Daarbij is in het *Vakinhoudelijk handelen* een verdeling gemaakt in *Medisch* (of risicovol) handelen, *Verpleegkundig* handelen en *Overig*. Deze drie zijn niet te scheiden; wel te onderscheiden. Voorzover niet-verpleegkundigen worden ingezet vervalt de kolom 'Verpleegkundig handelen'.

Voor dat deel van het bekwaamheidsbeleid waarin de MMA een rol speelt, is het onderscheid tussen medisch, verpleegkundig en overig handelen zeker relevant. Diens verantwoordelijkheid betreft het medisch inhoudelijke deel van de ambulancezorg, het medisch handelen. Dit 'handelen' is meer dan het instrumenteel technisch juist uitvoeren van voorbehouden en/of risicovolle handelingen.

Het bekwaamheidsbeleid waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt, betreft de (lichtgroene) kolom medisch handelen, plus die elementen casu quo competenties uit de CanMeds rollen 'Communicatie' en 'Samenwerking' die direct of indirect verbonden zijn met het op kwalitatief goede wijze uitvoeren van het medisch handelen. De borging van de rollen en competenties van de verpleegkundig centralist die niet expliciet, direct of indirect, te koppelen zijn aan de medisch inhoudelijke delen van diens werk (geel gemarkeerd) moeten elders een plek krijgen om er voor te zorgen dat de RAV beschikt over vakbekwame medewerkers. Daarbij is een hoofdrol weggelegd voor de beroepsgroep zelf.

Verticaal zijn een viertal onderdelen benoemd (donkerblauw en romeins genummerd) die in het bekwaamheidsbeleid van iedere RAV in ieder geval vorm en inhoud moeten krijgen:

- I. *Monitoren* van vakbekwaamheid (*Doet*);
- II. *Representeren* van vakbekwaamheid (*Laat zien*);
- III. *Aannemelijk maken* van vakbekwaamheid (*Overig*);
- IV. *Registreren* van vakbekwaamheid (*Administratieve handelingen*).

Binnen ieder van de vier onderdelen worden vervolgens informatiebronnen of instrumenten genoemd. Deze zijn óf lichtblauw gemarkeerd in de eerste kolom óf met rood aangegeven in de tweede kolom. Lichtblauwe bronnen of instrumenten wil zeggen dat deze weliswaar in het bekwaamheidsbeleid moeten worden opgenomen, maar dat men er met redenen omkleed vanaf zou kunnen zien of vervangen door een ander middel of instrument. Bij de rood gemarkeerde onderdelen heeft men die keus in de opvattingen van de NVMMA niet. Die moeten dus opgenomen zijn in het bekwaamheidsbeleid en -beoordeling.

In het eerste van de vier hiervoor genoemde onderdelen ligt de meeste, en de beste, informatie besloten over de (vak)bekwaamheid van individuele en groepen beroepsbeoefenaren.

In de piramide van Miller is sprake van een indeling in vieren (*Doet, Laat zien, Weten hoe en Weten*). In het schema van het bekwaamheidsbeleid zijn daarvan alleen de eerste twee terug te vinden.

Bekwaamheid in het uitvoeren van een functie of beroep uit zich in 'handelen'; dat is in de Piramide van Miller 'Doet' en 'Laat zien'. Uit het toetsen van 'Weten hoe' en 'Weten' kan niet rechtstreeks worden afgeleid of en in welke mate een beroepsbeoefenaar zijn wérk goed doet. Het is wel zo dat deze kennis randvoorwaardelijk is om tot een goede beroepsuitoefening en dus bekwaamheid te kunnen komen. Het staat de RAV's vanzelfsprekend vrij deze toetsing in het bekwaamheidsbeleid in te bouwen, maar het is geen *noodzakelijke* voorwaarde.

ad I. Doet

Bij het *monitoren* van bekwaamheid zijn een vijftal bronnen van gegevens relevant; in het bekwaamheidsbeleid moet voor alle vijf aandacht zijn.

Aan veel van de gegevens daarvan zijn geen harde normen voor een bekwaamheidsbeoordeling te ontleen. Zij zijn wel noodzakelijk om voortdurend zicht te houden op het functioneren van individuele en groepen beroepsbeoefenaren.

De vijf gegevensbronnen moeten systematisch en continu worden ingezet. Zij vormen tezamen belangrijke voorwaarden voor een goed en gedegen bekwaamheidsbeleid.

a) kwalitatieve en kwantitatieve gegevens over de zorgproductie

Daarbinnen worden drie vormen benoemd: 1) registratie van medische, risicovolle handelingen in gesprekken met melders en handelingsadviezen voor patiënten, 2) evaluaties en beoordelingen van meldingen en vervolghandelingen van de centralist en 3) registratie van incidenten.

In het bekwaamheidsbeleid moet per RAV zijn beschreven welke gegevens worden geregistreerd en gevolgd, hoe dat gebeurt, door wie en wat er met de signalen kan worden gedaan.

Ook moet in het bekwaamheidsbeleid staan hoe incidenten worden vastgelegd, door wie en op welke wijze deze een rol kunnen spelen. De tweede vorm, dat wil zeggen evaluaties en beoordelingen van meldingen en vervolghandelingen van de centralist, moet onderdeel zijn van de *beoordeling* van de individuele bekwaamheid. Dat vergt per RAV een omschrijving van:

- aantal evaluaties en beoordelingen van meldingen en vervolghandelingen per medewerker;
- aspecten die worden beoordeeld;
- wie de beoordeling op zich neemt;
- op grond van welke criteria een oordeel per aspect wordt geveld;
- hoe, door wie en op welke wijze dit oordeel met betrokken medewerker wordt besproken.

Bij de concretisering van het instrument dienen onder meer de volgende vragen te worden beantwoord:

- 1) is het juiste protocol, zijn de juiste richtlijnen gevolgd ?
- 2) is het protocol, richtlijn, juist uitgevoerd ?
- 3) als van het protocol, richtlijn is afgeweken, welke redenen worden daarvoor aangevoerd ?
- 4) zijn die redenen plausibel in déze situatie ?
- 5) zijn de melding en de vervolghandelingen op een dusdanige wijze vastgelegd dat de MMA zich redelijkerwijs een gedegen beeld kan vormen van de zorgverlening ?

b) signalen van collega's, teamleden, organisatieleden

Collega's, teamleden en anderen in de organisatie doen regelmatig ervaringen op met beroeps- en functiegenoten en krijgen zo (ook) een beeld van de wijze waarop zij hun beroep uitoefenen en functie invullen. Het opvangen en verwerken van deze signalen is vanzelfsprekend meer dan luisteren in de koffiekamer. Het afgeven (en ontvangen) van signalen over de functie- en beroepsuitoefening van collegae hoort bij een professionele en open organisatie. Het is een belangrijke informatiebron om te bepalen waaraan in het beoordelen van bekwaamheid extra aandacht moet worden gegeven. Maar we schreven ook '*signalen geven richting, geen uitsluitel*'; de signalen kunnen geen rol spelen in de bekwaamheidsbeoordeling. Wel dient de organisatie op een weloverwogen wijze met dergelijke signaleringsprocessen om te gaan.

Vormen van intervisie kunnen een systematische manier zijn om medewerkers onderling te laten communiceren over de wijze waarop zij hun vak dagelijks uitoefenen. Intervisie kan niet direct een rol spelen in de beoordeling, maar bevordert wel een meer open houding van professionals onder elkaar. In een dergelijke setting kunnen zij leren van de wijze waarop collega-beoefenaren over en weer tegen de dagelijkse beroepsuitoefening aankijken.

c) in- en/of externe beoordelaars in/over de praktijk

Beide bij dit onderdeel genoemde instrumenten moeten in iedere RAV worden ingevoerd.

Een eerste vorm is *praktijkbeoordeling on the job*. Bij de uitwerking van dit instrument dient expliciet aandacht te worden geschonken aan het verschijnsel dat de aanwezigheid van een beoordelaar ten tijde van handelen van invloed is op dat handelen zelf. Een analogie maakt dit verschijnsel helder: wanneer iemand met een rijbewijs weer op stap gaat met een examiner zal zijn of haar rijgedrag in de meeste gevallen anders zijn dan wanneer de chauffeur alleen de weg op gaat. De situatie mét beoordelaar moet zo worden vormgegeven dat diens invloed op het handelen zo minimaal mogelijk is. Bij de ontwikkeling van dit instrument kan zowel uitgegaan worden van beoordelaars uit de RAV zelf als van beoordelaars van buiten.

Ten tweede gaat het om vormen van *intercollegiale toetsing*. Daarbij is vorm en frequentie niet landelijk voorgeschreven; wel dat de RAV-organisatie daarmee bewust dient om te gaan. Het zijn namelijk geen 'gewone' gesprekken tussen beroepsgenoten en organisatieleden, maar deze moeten voldoen aan specifieke eisen wil er sprake zijn van intercollegiale toetsing. Het déélnemen aan dergelijke intercollegiale toetsingsgesprekken maakt onderdeel uit van het bekwaamheidsbeleid.

d) signalen van ketenpartners

Naast collegae en andere organisatieleden hebben ook ketenpartners van de ambulancezorg te maken met individuele en groepen ambulancezorgverleners. In deze werkcontacten kunnen representanten van de ketenpartners inzichten opdoen hoe ambulancezorgverleners hun functie en beroep uitvoeren. Ook hiervoor geldt dat signalen wel richting geven, maar geen uitsluitel over de vraag of iemand nog steeds bekwaam is.

In het bekwaamheidsbeleid van elke RAV (dat wil zeggen de regionale uitwerking van het fundament dat in dit document is geschapen) dient expliciet aandacht te worden geschonken aan de wijze waarop en de middelen waarmee de ambulanceorganisatie signalen over zorgverlening en zorgverleners verzamelt, verwerkt en gebruikt. In het schema wordt een aantal vormen genoemd die daarvoor bruikbaar kunnen zijn: evaluaties of feedbackformulieren van ziekenhuizen, evaluatieve gesprekken met ketenpartners, overdrachts- en/of ritformulieren, evaluaties van ambulanceteams.

e) signalen van de klant

Het vierde onderdeel van 'Doet' zijn positieve of negatieve signalen die de klant, individueel of anderszins, afgeeft over de zorgverlening en zorgverleners. In het bekwaamheidsbeleid definieert de RAV hoe zij van dergelijke signalen gebruik maakt om een beeld te krijgen van het functioneren casu quo van de bekwaamheid van de beroepsbeoefenaren.

ad II. Laat zien

Daar waar 'Doet' geen of onvoldoende informatie en harde maten verschaft om de bekwaamheid te *beoordelen*, moet naar een niveau lager worden gekeken: 'Laat zien'.

De MMA staan meerdere middelen ter beschikking om zich in een min of meer gesimuleerde -en in ieder geval niet helemaal 'normale'- werksituatie een oordeel te vellen over de bekwaamheid van ambulancezorgverleners op medisch vlak. In het bekwaamheidsbeleid per RAV moet dit aspect nader worden uitgewerkt.

Eén instrument moet in ieder geval onderdeel van de bekwaamheids*beoordeling* uitmaken: een (vorm van) assessment. De vraag of dit instrument al dan niet als o-meting kan en moet worden gebruikt vergt nadere uitwerking. Het instrument dat hiervoor wordt ingezet dient *gevalideerd* te zijn. Daarmee wordt aannemelijk gemaakt of bewezen dat het een situatie betreft die samenvalt met de werkelijkheid danwel deze benadert. Op grond van de validering mag een oordeel op grond van het assessment een beoordeling inhouden over het (medisch) handelen in de dagelijkse beroepspraktijk.

ad III. Overig

In systemen in de zorg waarmee vakbekwaamheid van beroepsbeoefenaren wordt geborgd, komen eisen ten aanzien van een minimale omvang van de aanstelling voor, of aantallen patiëntencontacten, c.q. een bepaalde frequentie in omschreven handelingen. Het is evident dat met de toepassing van dergelijke instrumenten wordt bevorderd dat functionarissen 'bekwaam' worden, zijn en blijven. Waar de kwantitatieve grenzen precies moeten worden getrokken is minder gemakkelijk vast te stellen. De NVMMA vindt echter kwantitatieve normen voor aanstelling en frequentie noodzakelijk om bekwaamheid te kunnen garanderen; de precieze uitwerking van dergelijke maten is een belangrijk aandachtsgebied voor de vereniging en moet onderdeel uitmaken van de voorgeschreven onderdelen van bekwaamheidsbeleid en -beoordeling.

De registratie van scholings- en andere deskundigheidsbevorderende activiteiten wordt vaak beschouwd als 'maat' om bekwaamheid aannemelijk(er) te maken.

De NVMMA onderschrijft de stellingname van V&VN dat een professionele beroepsbeoefenaar zich voortdurend en regelmatig op de hoogte dient te stellen van de nieuwste ontwikkelingen in het vakgebied, zich continu schoolt in theoretische en praktische aspecten van de beroepsuitoefening en de vaardigheden die tot de competentiegebieden behoren onderhoudt, bijschaaft en uitbreidt.

Dit gegeven is onlosmakelijk verbonden met diens professionaliteit en de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar het vakgebied op peil te houden en te vernieuwen.

De (bij-) scholingsactiviteiten moeten worden geregistreerd, zodat bijvoorbeeld de MMA bij de bekwaamheidsbeoordeling kan zien of de beroepsbeoefenaar inderdaad het eigen vakgebied bijhoudt. *Landelijke* registratie van *geaccrediteerde* activiteiten in het kader van deskundigheidsbevordering verdient de voorkeur, zodat dit onderdeel voor RAV's een gelijke zwaarte en inhoud heeft. Daarom is binnen en door de ambulancebranche afgesproken dat het de verantwoordelijkheid van de verpleegkundig centralist is om zich in te schrijven in het Kwaliteitsregister V&V. Deze registratie bevordert mede dat een bekwaamheidsverklaring van de ene RAV bruikbaar is voor een andere RAV. RAV's kunnen afzonderlijk aanvullende scholingseisen stellen, bijvoorbeeld ten aanzien van regiospecifieke onderwerpen. Ook deze regionaal georganiseerde deskundigheidsbevordering dient te worden geregistreerd en onderdeel te zijn van bekwaamheidsbeleid en -beoordeling.

ad IV. Administratieve handelingen

Tot slot kent bekwaamheidsbeleid een vierde cluster van onderwerpen.

Tot de administratieve handelingen die nodig zijn in het bekwaamheidsbeleid en -beoordeling behoren:

- a) de inschrijving in het BIG register;
- b) herregistratie in datzelfde register;
- c) een diploma van een verpleegkundige vervolgopleiding;

- d) het diploma van de CZO erkende opleiding tot verpleegkundig centralist;
- e) registratie van deskundigheidsbevorderende activiteiten in het Kwaliteitsregister V&V;
- f) de verklaring van bekwaamheid door de beroepsbeoefenaar zelf;
- g) in voorkomende gevallen een geldige bekwaamheidsverklaring afgegeven door een MMA van een andere RAV waar de beroepsbeoefenaar recent werkzaam was.

De verzameling, controle en archivering van deze vereisten maakt wel onderdeel uit van het bekwaamheidsbeleid, maar kan door anderen dan de MMA worden uitgevoerd, zoals personeelszaken binnen de RAV, de beroepsvereniging en de individuele beroepsbeoefenaar die het betreft.

Documentatie

Nota Verantwoorde Ambulancezorg

Ambulancezorg Nederland, februari 2013

N.B. Na actualisatie zal deze nota in de nabije toekomst 'Nota Goede Ambulancezorg' heten. In het kader van de nieuwe wet WKKGZ kan in dit Fundament dus voor 'verantwoorde' zorg ook 'goede' zorg worden gelezen.

Professioneel Statuut MMA

Ambulancezorg Nederland & Nederlandse Vereniging Medisch Managers Ambulancezorg, 12-6-2013

Beschrijving Functiegebied Medisch Management binnen de ambulancezorg

Ambulancezorg Nederland, 22-04-2009

Plan van Eisen MKA Triagesystemen

AZN, NVMMA, januari 2011

Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige

in opdracht van de NVMMA: drs. K.Brouwer, Groningen

Nederlandse Vereniging Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA), V&VN Ambulancezorg en Ambulancezorg Nederland, mei 2015

Inzet centralist op de Meldkamer voor Ambulancezorg

mr. J.J.A. van Boven in opdracht van Ambulancezorg Nederland, augustus 2009;

V&VN Ambulancezorg, vastgesteld op 30-07-2009,

Ambulancezorg Nederland, vastgesteld op 26-08-2009

Deskundigheidsgebied en Eindtermen Opleiding Verpleegkundig Centralist Meldkamer Ambulancezorg

CZO Opleiding Verpleegkundig Centralist Meldkamer Ambulancezorg,

Projectgroep CZO Accreditatie,

Opleidingen Ambulancezorg Nederland, 10-04-2013

Eindtermen Competentieprofiel Verpleegkundig Centralist Meldkamer Ambulancezorg

Academie voor Ambulancezorg, mei 2013

Bevoegd & Bekwaam

notitie t.b.v. gezamenlijke werkgroep bekwaamheid V&VN, NVMMA en AZN, januari 2013

Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg

Inspectie voor de Gezondheidszorg, De Staat van de Gezondheidszorg, december 2013

Regeling Tijdelijke Wet Ambulancezorg

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 16 oktober 2012, nr. CZ 3131585

Staatscourant nr. 22186, 1 november 2012

A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition

Dreyfus, Stuart E.; Dreyfus, Hubert L. (February 1980), Washington, DC: Storming Medi

The assessment of clinical skills/ competence/ performance

Miller GE. Acad Med (1990); 65:s63-s67

