

Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige

TLP:WHITE

Definitieve versie, mei 2015



NVMMA
Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg

v&vn
Beroepsvereniging van zorgprofessionals
Ambulancezorg

Ambulancezorg
Nederland

Inhoudsopgave

1. Inleidend	3
2. Wetgeving en bekwaamheid	5
3. Wetgeving, voorbehouden en risicovolle handelingen	6
4. Bevoegdheid en bekwaamheid	7
5. Positie en rol MMA in het bekwaamheidsbeleid	8
6. Bekwaamheid vastgelegd	10
7. Bekwaamheid in kaders geplaatst	11
8. Initiële- en vervolgbekwaamheid	12
9. Wat en hoe meten	13
10. Resumé	15
<i>Schema (vervolg) bekwaamheid medisch handelen</i>	16
11. Naar bekwaamheidsbeleid en -beoordeling	17
* Documentatie	21

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 -in eerste instantie- de ambulanceverpleegkundige vorm moet krijgen. De overige functies volgen in een later stadium. Het is samengesteld vanuit het perspectief van de medisch manager, 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. De inhoud van dit document is bestuurlijk geaccordeerd door de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, V&VN Ambulancezorg en Ambulancezorg Nederland, vandaar ook de betreffende logo's op de voorpagina.

Het 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;
- reikwijdte van rol en verantwoordelijkheid van de MMA en beroepsbeoefenaar, ofwel de afbakening van die aspecten van het functioneren van de ambulanceverpleegkundigen waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt, ook in relatie tot 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 spreekt men 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 Kwaliteitswet zorginstellingen verantwoordelijk voor de inzet van voldoende en ter zake deskundig personeel; hij/zij heeft immers de eindverantwoordelijkheid binnen de organisatie voor het leveren van verantwoorde zorg. 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 ambulanceverpleegkundige, maar betreft de medische handelingen en wat daarvoor ondersteunend of randvoorwaardelijk is. Op de betekenis van het begrip *medische handelingen* 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 Ambulanceverpleegkundige*. Dit profiel vormt de basis voor de opleiding tot ambulanceverpleegkundige. Voor de beroepsbeoefenaren zelf is ook het Expertisegebied Ambulanceverpleegkundige relevant.

Er bestaat nog geen minimumpakket voor het borgen van de bekwaamheid van de ambulanceverpleegkundige en de overige uitvoerend medewerkers in de ambulancezorg. Vorm en inhoud van het bekwaamheidsbeleid lopen uiteen tussen Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's). In de branche, bij de RAV's en de medisch managers ambulancezorg 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 ambulanceverpleegkundige 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 ambulanceverpleegkundige borgen en verantwoordelijkheden helder beschrijven.

Dit document heeft eerst en vooral betrekking op de bekwaamheid van de ambulanceverpleegkundige, die wettelijk gezien bevoegd is tot functioneel zelfstandig handelen ten aanzien van een aantal met name genoemde handelingen. De MMA heeft echter ook een rol in het borgen van de bekwaamheid van het overige uitvoerende personeel in de ambulancezorg, als het medische aspecten betreft. Het meest urgent is echter de uitwerking van het bekwaamheidsbeleid voor de ambulanceverpleegkundige. Als dat eenmaal is vastgesteld kan het beleid voor de verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg, de ambulancechauffeur en de zorgambulancemedewerker worden uitgewerkt, volgens vergelijkbare uitgangspunten en met eenzelfde stramien. De inhoud van dit document is dus ook bruikbaar en toepasbaar voor de andere beroepsgroepen in de ambulancezorg.

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.

2. Wetgeving en bekwaamheid

2.1 Inleiding

Een aantal wettelijke regelingen beoogt te bevorderen dat verleende gezondheidszorg -dus ook de ambulancezorg- door *bekwame* professionals wordt uitgevoerd: de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).

De Kwaliteitswet Zorginstellingen stelt eisen aan de RAV en verplicht onder andere tot a) bieden van verantwoorde zorg, b) op kwaliteit gericht beleid en c) het opzetten van een kwaliteitssysteem. Een inzichtelijk bekwaamheidsbeleid maakt hiervan onderdeel uit. De wet beschrijft op hoofdlijnen waaraan een zorginstelling dient te voldoen; het is een raamwet. De preciese invulling van de wettelijke eisen is onderwerp van zelfregulering binnen de branche. De ambulancesector heeft dit bijvoorbeeld vastgelegd in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg. Daarin is onder meer bepaald dat ambulancezorg wordt geleverd door bevoegde en bewaame 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 bekwaamheidsbeleid.

Met de invoering van de CZO-certificering is branchebreed wél de *initiële* bewaamheid geregeld, in en via het opleidingsbeleid. De gediplomeerde is *bekwaam* op grond van het behaalde diploma van de opleiding, bestaande uit een “schools-” en een praktijkdeel. Deze opleiding is dusdanig ingericht dat de cursist aan het einde ervan in staat is het beroep ambulanceverpleegkundige uit te voeren. Hij/zij is daarmee ook deskundig en bewaam voor het functioneel zelfstandig uitvoeren van bepaalde voorbehouden en risicovolle handelingen. Het handelen wordt uitgevoerd conform het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA).

De borging van de *vervolg*-bewaamheid is (nog) niet in de branche geregeld; er wordt door afzonderlijke RAV's op uiteenlopende wijze vorm en inhoud aan gegeven. In dat hiaat moet dit document -op z'n minst in eerste aanzet- voorzien.

De 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 van de WGBO 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, werkinstructies, gedragsregels en beroepscode.

De Wet BIG stelt eisen aan de individuele (ambulance)zorgverlener en heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaars. Kwaliteit van de zorg heeft betrekking op veel aspecten van de beroepsuitoefening, zoals het vakinhoudelijk handelen, de beroepshouding, veiligheid, doelmatigheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid enzovoorts. De Wet BIG regelt niet alle kwaliteitsaspecten van de beroepsuitoefening. Uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor het verlenen van een goede kwaliteit van zorg in eerste instantie ligt bij de beroepsbeoefenaar zelf (hier dus de ambulanceverpleegkundige). De Kwaliteitswet zorginstellingen stelt kwaliteitseisen aan de ambulancedienst. 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 diegene aan wie de opdracht wordt gegeven (artikel 38-2).

3. Wetgeving, voorbehouden en risicovolle handelingen

Onderdeel van de Wet BIG vormt de bevoegdheidsregeling van voorbehouden (én risicovolle) handelingen. Dit zijn handelingen waaraan dusdanige gezondheidsrisico's kleven dat zij uitsluitend door specifieke zorgverleners mogen worden uitgevoerd. 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 (zoals de ambulanceverpleegkundige), mits dat in opdracht van een wél *zelfstandig bevoegd* zorgverlener (zoals artsen) geschiedt.

In de Wet BIG is een aantal voorbehouden handelingen omschreven. In het Koninklijk Besluit Functionele Zelfstandigheid (29 oktober 1997) worden handelingen benoemd die ambulanceverpleegkundigen (en verpleegkundigen alsmede mondhygiënisten) functioneel zelfstandig mogen uitvoeren.

De wetgever heeft er bewust voor gekozen de lijst met voorbehouden handelingen beperkt te houden. Zij 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 (en het voornoemde Koninklijk Besluit) expliciet worden genoemd. In de ambulancebranche is een deel van de risicovolle handelingen onder meer uitgewerkt in het Leerboek Handelingenschema's.

De ambulanceverpleegkundige mag op grond van de Wet BIG én het Besluit Functionele Zelfstandigheid *zonder toezicht of tussenkomst* van een arts handelen. Dit is overigens beperkt; het is namelijk geen *zelfstandige* bevoegdheid (zoals de arts -mits BIG geregistreerd- zelf heeft) maar als het ware een afgeleide. De wetgever gebruikt hiervoor het begrip "*functioneel zelfstandig*". Het handelen van de ambulanceverpleegkundige vindt 'de jure' in opdracht plaats: het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) en regionale 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 en via het LPA, alsmede regionale protocollen, richtlijnen en werkinstructies en door de 24/7 bereikbaarheid van de MMA voor consultatie. De functionele zelfstandige *bevoegdheid* wordt aan de ambulanceverpleegkundige toegekend op grond van het behaalde diploma ambulanceverpleegkundige. De beroepsbeoefenaar wordt -naast alle andere aspecten uit het CZO-profiel van de ambulanceverpleegkundige- tevens (*initieel*) bekwaam geacht op basis van datzelfde diploma. De *vervolg*-bekwaamheid, zowel op alle onderdelen van het profiel als voor wat betreft protocollen, voorbehouden en risicovolle handelingen, is daarmee nog niet geregeld.

4. Bevoegdheid en bekwaamheid

De ambulanceverpleegkundige heeft op grond van de Wet BIG uit hoofde van opleiding en diploma 'verpleegkundige' bepaalde bevoegdheden toebedeeld gekregen. Het diploma ambulanceverpleegkundige (en het eerder genoemde Koninklijk Besluit) maakt de ambulanceverpleegkundige *bevoegd tot functioneel zelfstandig handelen*. Op basis van het behaalde diploma ambulanceverpleegkundige is de beroepsbeoefenaar tevens ('initieel') *bekwaam* om het beroep uit te oefenen. Die bekwaamheid geldt tot een volgend moment waarop deze wordt beoordeeld of getoetst.

Het begrip bekwaamheid behelst meer dan het goed kunnen uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. Het gaat over het voldoen aan alle eisen die het beroep stelt, zoals 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 beroepsbeoefenaars 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 beroepsbeoefenaars 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 beroepsbeoefenaars;
- 5) Beroepsbeoefenaars moeten open staan voor directe feedback, zowel van beroepsgenoten als van andere disciplines in de organisatie, maar zeker ook van patiënten of cliënten;
- 6) Beroepsbeoefenaars 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 medisch manager ambulancezorg 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 medisch manager ambulancezorg 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- geen 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 de kwaliteitseisen waarmee wordt voldaan aan de professionele standaard. De MMA ziet volgens hetzelfde Statuut ook 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 en het Koninklijk Besluit Functionele Zelfstandigheid mogen voorbehouden en risicovolle handelingen functioneel zelfstandig door de ambulanceverpleegkundige worden uitgevoerd, mits gekoppeld aan 'een opdracht' van een arts. Die opdracht krijgt in de praktijk in de ambulancezorg vorm in protocollen, richtlijnen en werkinstructies die door (of onder verantwoordelijkheid van) de arts/MMA worden opgesteld. Het LPA en regionale protocollen, richtlijnen en werkinstructies dienen tezamen als vorm waarin de opdracht van de arts aan de ambulanceverpleegkundige gestalte krijgt. Bij het ontwikkelen van dergelijke protocollen, richtlijnen en werkinstructies zijn en worden belangrijke actoren, zoals de beroepsbeoefenaren zelf, 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 ambulanceverpleegkundige 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 voorbehouden én risicovolle handelingen voor/door de ambulanceverpleegkundige. 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 ambulanceverpleegkundige;
- bevorderen dat de opleiding, zowel het schoolse deel als het praktijkgedeelte ervan binnen de RAV, zo wordt ingericht dat het diploma ambulanceverpleegkundige ook daadwerkelijk een juist oordeel geeft over dat deel van de initiële bekwaamheid van de ambulanceverpleegkundige waarvoor de MMA verantwoording draagt;
- beoordelen of de beroepsbeoefenaar nog steeds bekwaam is tot het uitvoeren van medische handelingen, waaronder de voorbehouden en risicovolle handelingen (*vervolg*-bekwaamheid);
- zich ervan vergewissen dat de ambulanceverpleegkundige conform het LPA kan handelen;
- zich ervan op de hoogte stellen of de ambulanceverpleegkundige ook daadwerkelijk handelt conform de opdracht c.q. het LPA en regionale protocollen, richtlijnen & werkinstructies.

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

- kennis hebben van het Expertisegebied Ambulanceverpleegkundige;
- reflecteren op het eigen handelen;
- werken volgens de laatste stand van de wetenschap, die is verwerkt in landelijke protocollen, richtlijnen, methodieken;
- bevorderen van de ontwikkeling en implementatie van vakkennis;
- optimaliseren van het persoonlijk functioneren als ambulanceverpleegkundige 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 op het gebied van de acute zorg;
- 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 medisch manager ambulancezorg 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 c.q. 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 ambulanceverpleegkundige kent zeven CanMEDS-rollen. Daarbinnen worden competenties onderscheiden. Dit profiel kent een vergelijkbare indeling als het Expertisegebied Ambulanceverpleegkundige. Zoals reeds gemeld neemt de NVMMA het CZO-profiel tot uitgangspunt, omdat dit profiel de basis vormt voor de opleiding tot ambulanceverpleegkundige en waaraan in het Koninklijk Besluit Functionele Zelfstandigheid wordt gerefereerd. Het betreffende profiel heeft dus 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 ambulanceverpleegkundige, zoals neergelegd in het CZO-profiel en het Expertisegebied Ambulanceverpleegkundige, maar over de medisch-inhoudelijke aspecten ervan.

Vakinhoudelijk handelen kan worden onderverdeeld in a) *medisch handelen* en b) niet-medisch *verpleegkundig 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.

De bekwaamheid in medisch handelen is meer dan het correct uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. Het gaat niet uitsluitend om het instrumenteel-technisch op een juiste manier uitvoeren van deze handelingen. Het gaat óók om de manier waarop de ambulanceverpleegkundige zich een beeld vormt van de gezondheidssituatie van de patiënt, welke methodieken daarvoor worden gebruikt, welke keuzes hij of zij maakt (wel of juist niet medisch handelen, en (als er -medisch- gehandeld moet worden) welke ingrepen en op welke wijze uitgevoerd, volgens welk protocol, en moet dat protocol aan de specifieke omstandigheden van de patiënt wordt aangepast, ofwel moet worden afgeweken van het protocol, waar en waarom.

Alhoewel de opsomming hierna zeker niet uitputtend is, geeft het wel een goede 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:

- voorbehouden handelingen basisverpleegkundigen (wettelijk beschreven);
- voorbehouden handelingen ambulanceverpleegkundigen (wettelijk beschreven);
- risicovolle handelingen (onder meer beschreven in Leerboek Handelingenschema's);
- overige medische aspecten zoals:
 - anamnese;
 - werkdiagnose;
 - keus van een protocol;
 - uitvoering protocol;
 - keus medicijnen;
 - overdracht patiënt;
 - communicatie met de meldkamer, met het teamlid de ambulancechauffeur, met de patiënt, met omstanders, familie en relaties van de patiënt, met ketenpartner(s) voor zover er in die communicatie relaties zijn met aspecten van het medisch handelen;
 - samenwerking met de meldkamer, met het teamlid de ambulancechauffeur, met ketenpartner(s) voor zover er in die samenwerking relaties zijn met aspecten van het medisch handelen;
 - de informatieverschaffing aan de patiënt of diens representant over de zorgverlening;
 - dossiervorming patiëntenzorg.

8. Initiële- en vervolgbekwaamheid

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

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 ambulanceverpleegkundige binnen de eigen RAV, de praktijkbegeleiding en de praktijktoetsing;
- via de NVMMA betrokken bij de CZO-erkenningsprocedure van de opleiding ambulanceverpleegkundige;
- via de NVMMA betrokken bij de uitwerking van het “*Deskundigheidsgebied & Eindtermen Ambulanceverpleegkundige*”
- via de NVMMA betrokken bij het opstellen van de “*Eindtermen vakinhoudelijk handelen voor de inrichting van de opleiding AVP*”.

Het bekwaamheidsbeleid waarover dit document gaat, behelst het borgen van bekwaamheid in de periode ná het behalen van het diploma. Dat kan men de *vervolg-bekwaamheid* noemen: de (her-)beoordeling van de bekwaamheid van de beroepsbeoefenaar, als deze enige tijd als ambulanceverpleegkundige werkzaam is geweest.

Beroepenregulering: uitbreiding eisen herregistratie

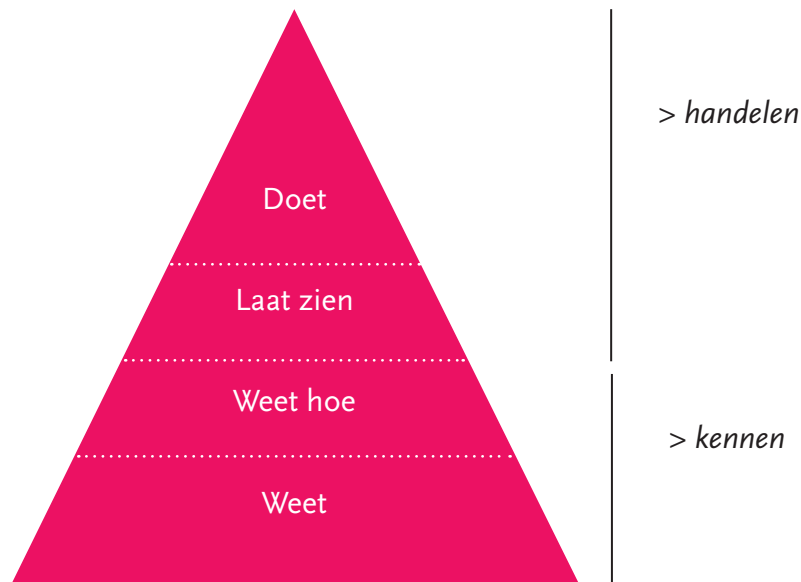
Alhoewel het nog niet in beleidsmaatregelen is omgezet, heeft de minister al wel haar politieke voornemen geuit herregistratie als instrument in het borgen van bekwaamheid te versterken. Zij schrijft in de Kamerbrief Beleidsreactie Evaluatie Wet BIG (2-12-2014):

“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 (‘vliegrepen’) 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. 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 van de ambulanceverpleegkundige tijdens ritten, kan voor de bekwaamheidstoetsing deels worden teruggegrepen op de laag van bekwaamheid die daaronder zit, te weten 'Laat zien'.

RAV's dienen de ambulanceverpleegkundige 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 ambulanceverpleegkundigen nog steeds bekwaam medisch handelen. Informatie kan langs verschillende routes worden vergaard, zoals:

- de eigen beoordeling van de ambulanceverpleegkundige 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 komen 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 van de ambulanceverpleegkundige 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 ambulanceverpleegkundige. 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 handelen. Aan signalen of informatie op zichzelf kan men 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. 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 verantwoord worden waarom en waar men afwijkt en handelingen op de voorgeschreven wijze en instrumenteel-technisch 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.

10. Resumé

De verantwoordelijkheid van de MMA voor de totstandkoming van het bekwaamheidsbeleid, de organisatie van de juiste randvoorwaarden voor bekwaamheidsbeleid vloeit voort uit de Nota Verantwoorde Ambulancezorg, het Professioneel Statuut MMA en het opdrachtgeverschap medische handelingen, neergelegd in de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg. Wellicht ten overvloede zij hier nogmaals de eigen verantwoordelijkheden van de beroepsbeoefenaren zelf benadrukt.

Het bekwaamheidsbeleid waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt, bestrijkt niet de volledige vakbekwaamheid van de ambulanceverpleegkundige, maar betreft de medische handelingen en wat daarvoor ondersteunend of randvoorwaardelijk is.

Bij de beoordeling van de *vervolg*-bekwaamheid 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 inzicht 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', 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 ambulanceverpleegkundige, 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 ambulanceverpleegkundige, ofwel alle competenties die in het CZO-profiel van de beroepsbeoefenaar staan omschreven, alsmede in het Expertisegebied Ambulanceverpleegkundige.

Al hetgeen hiervoor aan de orde is geweest, is op hoofdlijnen samengevat in het volgende schema.

11. 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 ambulanceverpleegkundige dat voor de NVMMA uitgangspunt is voor bekwaamheidsbeleid en -beoordeling. Daarbij is in het *Vakinhoudelijk handelen* een verdeling gemaakt in *Medisch handelen*, *Verpleegkundig handelen* en *Overig*. Deze drie zijn niet te scheiden; wel te onderscheiden.

Voor dat deel van het bekwaamheidsbeleid waarin de MMA een rol speelt, is het onderscheid zeker relevant. Diens verantwoordelijkheid betreft het medisch-inhoudelijke deel van de ambulancezorg, het medisch handelen. Hiervoor is al vastgesteld dat dit 'handelen' veel meer is dan het instrumenteel technisch juist uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen. Het bekwaamheidsbeleid waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt, betreft de (lichtgroene) kolom medisch handelen, plus die elementen c.q. 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 ambulanceverpleegkundige 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.

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. 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.

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 handelingen bij patiënten en patiëntgroepen, 2) ritevaluaties c.q. ritbeoordelingen 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, in casu ritevaluaties, -beoordelingen en dergelijke, moet onderdeel zijn van de *beoordeling* van de individuele bekwaamheid. Dat vergt per RAV een omschrijving van:

- aantal ritbeoordelingen 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 gevolgd ?
- 2) is het protocol juist uitgevoerd ?
- 3) als van het protocol is afgeweken, welke redenen worden daarvoor aangevoerd ?
- 4) zijn die redenen plausibel in déze situatie ?
- 5) is de rit 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 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 en overdrachts- en/of ritformulieren.

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 beroepsbeoefenaar.

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 dan een oordeel op grond van het assessment een beoordeling inhouden over de uitvoering van dergelijke handelingen 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 preciese 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 eigen verantwoordelijkheid van ambulanceverpleegkundige is om zich in te schrijven in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&V). RAV's motiveren beroepsbeoefenaren hiertoe en worden geacht de registratie te stimuleren. Dit 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 regio-specifieke onderwerpen. Ook de 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 ambulanceverpleegkundige;
- e) registratie van deskundigheidsbevorderende activiteiten in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen en Verzorgenden (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 van het bekwaamheidsbeleid uit, 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

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

Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg
Inspectie voor de Gezondheidszorg, De Staat van de Gezondheidszorg, december 2013

Deskundigheidsgebied en Eindtermen Ambulanceverpleegkundige
CZO Ambulanceverpleegkundige, Projectgroep CZO Accreditatie, Opleidingen Ambulancezorg Nederland, 29-06-2012

Expertisegebied Ambulanceverpleegkundige
V&VN, maart 2015

Leerboek Handelingsschema's t.b.v. de SOSA opleiding
Academie voor Ambulancezorg, Thijs Gras e.a., maart 2008

Bevoegd & Bekwaam: de MMA en de Ambulanceverpleegkundige
NVMMA werkgroep Bevoegdheid en Bekwaamheid, 17 mei 2011

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

Bevoegd en bekwaam als ambulanceverpleegkundige
V&VN, NVMMA en AZN, april 2013

Bevoegd en bekwaam zijn en blijven als ambulanceverpleegkundige
V&VN, NVMMA en AZN, oktober 2013

Notitie bekwaamheid ambulanceverpleegkundige
Vereniging Ambulance Zorg Nederland, 11-08-2011

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.

