

TOELICHTING

1. Inleiding

De meldkamerfunctie is onderdeel van de ambulancezorg. De meldkamer ambulancezorg (hierna: MKA) is 24 uur per dag en 7 dagen per week de toegangspoort tot de ambulancezorg. De MKA is verantwoordelijk voor de intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing, zorgadvisering en doorverwijzing. Daarnaast is de MKA verantwoordelijk voor het coördineren van de inzet van en het doorverwijzen naar andere hulp- en zorgverleners. De MKA is hiermee de regisseur van de ambulancezorg.

In artikel 5, eerste lid, onder a, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen is bepaald dat de meldkamerfunctie wordt uitgeoefend door bij regeling omschreven ambulancezorgprofessionals. Zij zijn werkzaam op de MKA als meldkamercentralist en dragen zorg voor het ontvangen, registreren en beoordelen van alle binnenkomende noodoproepen van burgers en andere zorgprofessionals. Zij stellen vast of de inzet van ambulancezorg noodzakelijk of gewenst is, op welk niveau en met welke urgentie.

In artikel 7, zevende lid van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen was bepaald dat alleen verpleegkundigen (zoals bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet BIG) bevoegd waren om de triage in het kader van de meldkamerfunctie ambulancezorg uit te voeren.¹ Dit hield in dat geen andere ambulancezorgprofessionals de triage in het kader van de meldkamerfunctie mochten uitvoeren.

Met onderhavige wijziging is deze kwalificatie meer open omschreven naar een ambulancezorgprofessional die voldoet aan bepaalde vaardigheden en deskundigheid zoals vastgelegd in het Kwaliteitskader 'Inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg'.² Daarmee kunnen ook andere ambulancezorgprofessionals dan alleen verpleegkundigen meldkamercentralist zijn. Hierbij staat voorop dat geen afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid op de MKA.

2. Achtergrond

Aanleiding

De acute zorgketen, waaronder de ambulancezorg, staat onder druk door een groeiende en complexere zorgvraag. Tegelijkertijd is er een stijgend tekort aan verpleegkundigen. Dit geldt ook voor het aantal verpleegkundigen dat beschikbaar is om de triage in het kader van de meldkamerfunctie in te vullen. Het is voor de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) een uitdaging geworden om voldoende verpleegkundigen aan te trekken die uitvoering kunnen geven aan de meldkamerfunctie. Door personele tekorten kan onwenselijke roosterproblematiek ontstaan en kunnen 112-oproepen en spoedoproepen van zorgprofessionals soms niet tijdig worden aangenomen, wat zeer onwenselijk is gezien het spoedeisende karakter van de zorgvraag. De hoge werkdruk maakt bovendien dat de arbeidsomstandigheden voor medewerkers niet optimaal zijn; pauzes worden overgeslagen en met regelmaat worden extra diensten gedraaid. Een ander gevolg is dat er hierdoor moeilijk tijd te vinden is om kennis en kunde van medewerkers op niveau te houden door middel van scholing. Deze krapte noopt tot nadenken over de inzet van (schaars) personeel.

¹ De kwalificatie 'verpleegkundige' zoals bedoeld in artikel 3, eerste lid van de wet BIG, wordt verkregen door het afronden van een opleiding verpleegkunde. Daarna dient de door College Zorgopleidingen gecertificeerde vervolgopleiding 'Verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg' te zijn afgerond.

² Verschijnt binnenkort op www.ambulancezorg.nl

Niet-verpleegkundig meldkamercentralisten ambulancezorg

In algemene zin geldt dat meldkamerprocessen in steeds hogere mate zijn geprotocolleerd en geautomatiseerd. Hierdoor verandert de inhoud van het werk en het benodigde profiel van de medewerkers. Als gevolg van deze ontwikkelingen, is de behoefte ontstaan om – naast verpleegkundigen – ook andere ambulancezorgprofessionals op een verantwoorde wijze de triage op de meldkamer uit te laten voeren, zoals bijvoorbeeld doktersassistenten die ook al triage uitvoeren voor de huisarts(enpost) of bijvoorbeeld de beroepsgroep 'medisch hulpverleners acute zorg' (zij hebben de bachelor medische hulpverlening gevolgd).

Wanneer een grotere groep in aanmerking komt voor de functie meldkamercentralist ambulancezorg, wordt het gemakkelijker om vacatures te vervullen. En als de bezetting op orde is, geeft dit werkdrukverlichting. Daarnaast kan verwacht worden dat een samengestelde groep centralisten onderling meer kennis uit kan wisselen op basis van ieders achtergrond. Zo heeft een (voormalig) doktersassistent een beter beeld bij de rol van de huisarts in de acute zorgketen dan de verpleegkundig centralist.

Functiedifferentiatie op de meldkamer ambulancezorg

Wanneer er meer capaciteit voor het aannameproces beschikbaar komt en het niet per se verpleegkundigen hoeven zijn die deze functie uitoefenen, ontstaat de mogelijkheid om te differentiëren binnen het meldkamerdomein. De specifieke deskundigheid van de *verpleegkundig* centralist kan dan zo goed mogelijk worden benut.

De verpleegkundig centralist kan zich bijvoorbeeld richten op secundaire triage of zorgcoördinatie. Bij secundaire of verlengde triage kan een verpleegkundige, wanneer de intake centralist twijfelt, de oproep overnemen en bepalen of een ambulance inzet al dan niet nodig is. Als ambulancezorg niet noodzakelijk is voor de patiënt kan de hulpvraag toch beantwoord worden door het geven van passend advies en door eventueel naar de juiste zorgverlener door te verwijzen. Zo kan ook voor de laag urgente meldingen passende zorg worden gerealiseerd en blijft het hooggespecialiseerd ambulancevervoer beter beschikbaar voor noodsituaties. Wanneer de verpleegkundige meer coördinerende taken kan uitoefenen, wordt het werk breder en meer divers, waardoor een groter beroep gedaan wordt op de deskundigheid en kennis van de verpleegkundige. Hiermee wordt loopbaanperspectief geboden voor ambulancezorgprofessionals op de MKA.

Wijziging en beoogde effecten

Gelet op bovenstaande motivering, is de in artikel 7, zevende lid, genoemde verplichting dat de triage in het kader van de meldkamerfunctie van de ambulancezorg wordt uitgevoerd door een verpleegkundige (zoals bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de BIG), gewijzigd, zodat ook andere ambulancezorgprofessionals dan verpleegkundigen de triage op de meldkamer kunnen uitvoeren.

Wanneer meer verschillende ambulancezorgprofessionals dan enkel verpleegkundigen ingezet kunnen worden op de MKA, kan er uit een grotere groep geworven worden ter invulling van vacatures. Hiermee wordt de personele instroom bevorderd. Dit heeft een positieve uitwerking op roosterproblematiek en daarmee op de werkdruk, werktevredenheid, ziekteverzuim en uitstroom. Daarnaast is het doel van deze wijziging om meer flexibiliteit te bieden aan de sector voor de invulling van de triage in het kader van de meldkamerfunctie. Er ontstaat ruimte voor het creëren van nieuwe (coördinerende) functies, loopbaan- en ontwikkelmogelijkheden. Daarmee wordt werkgevers de mogelijkheid geboden om personeel gemakkelijker aan te trekken en te behouden. Kortom: doorontwikkelingen op de meldkamer en slimme, flexibele personeelsinzet worden hiermee gefaciliteerd.

Randvoorwaarden en kwaliteitsborging

Kwaliteitsborging

Alle bovengenoemde ontwikkelingen zijn van invloed op de taken en verantwoordelijkheden van de ambulancezorgprofessionals op de MKA en op de hiervoor benodigde bevoegdheden, kennis en vaardigheden. Ambulancezorg Nederland (AZN, de branchevereniging), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) hebben samen een kwaliteitskader opgesteld ('Inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg'). Hiermee wordt beoogd de deskundigheid van de ambulancezorgprofessionals op de MKA en daarmee de kwaliteit van de triage op de meldkamer te borgen, waarbij ook andere ambulancezorgprofessionals dan verpleegkundigen op een verantwoorde wijze de triage op de meldkamer kunnen uitvoeren.

Randvoorwaarden

Voor de inzet van andere ambulancezorgprofessionals dan verpleegkundigen worden voor de borging van de patiëntveiligheid en kwaliteit van de ambulancezorg een aantal randvoorwaarden gesteld in het kwaliteitskader:

- De niet-verpleegkundig ambulancezorgprofessional dient bij het beantwoorden van 112-oproepen te worden ondersteund door een erkend triagesysteem om de juiste begeleiding te bieden in het beoordelen van de zorgvraag volgens vigerende protocollen – om daarmee fouten te voorkomen.
- Ambulancezorgprofessionals moeten voor het aannemen en beoordelen van een (spoed)zorgvraag beschikken over minimaal MBO-4 werk- en denkniveau en kundig te zijn in 'Zorg & Welzijn'.
- In het kwaliteitskader wordt bovendien vermeld welke opleidingscertificaten moeten zijn behaald om verschillende soorten taken op de MKA uit te voeren.
- Er moet altijd een BIG-geregistreerde zorgprofessional (zoals een verpleegkundige) op de meldkamer aanwezig zijn om complexe casuïstiek te kunnen overnemen. Daarbij moet voor iedereen duidelijk zijn in welke gevallen deze moet worden geconsulteerd.
- Tot slot zijn de taken van de niet-verpleegkundig centralist *aanvullend* op de taken van de BIG-geregistreerde zorgprofessional. De bevoegdheid om klinisch redeneren toe te passen blijft dus te allen tijde voorbehouden aan de daartoe bevoegde functionarissen met een BIG-registratie.

3. Gevolgen voor de regeldruk

Deze wijziging heeft geen gevolgen voor de regeldruk. Er worden geen extra eisen gesteld aan de MKA. Deze wijziging heeft geen administratieve lasten tot gevolg voor bedrijven, burgers of professionals. Het recent verschenen kwaliteitskader 'Inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg' is door de sector zelf gemaakt in aanvulling op onderhavige wijziging. Dit biedt voor het merendeel een codificatie van bestaande richtlijnen en gebruiken op de MKA. Er zijn geen inhoudelijke nalevingskosten.

4. Advies en consultatie

PM

5. Inwerkingtreding

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst. Er is afgeweken van de systematiek van vaste verandermomenten bij regelgeving. Deze afwijking is gerechtvaardigd, omdat de RAV's bekend zijn met deze wijziging en gebaat zijn bij een spoedige inwerkingtreding.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,