



UITEEN en IN ELKAAR

**Functie- en productdifferentiatie
in de ambulancezorg;
overzicht en oordeel over bruikbaarheid
van regionale initiatieven elders**

BROUWER

Onderzoek, Ontwikkeling & Advies

Drs. K.Brouwer
S.O.J.Palmelaan 197
9728 VJ Groningen
tel: 050 5 26 83 85

website: www.brouwerk.nl

maart 2004

IN OPDRACHT VAN:



Postbus 489
8000 AL Zwolle

tel. 038 422 68 65
fax. 038 422 26 47

email: info@sovam.nl
website: www.sovam.nl

INHOUD

0. Leeswijzer	
1. Achtergrond en doel	1
2. Overwegen en oordelen	
2.1. Vragen om een oordeel	4
2.2. Belangrijke aspecten	4
2.3. Aanleiding tot differentiatie	5
3. Gedifferentieerde instroom ambulanceverpleegkundige	
3.1. Beschrijving	7
3.2. Overwegingen ter beoordeling	
3.2.1. Arbeidsmarktproblematiek	8
3.2.2. Personeelsbehoud	9
3.2.3. Patiënten	9
3.2.4. Indicaties en verwijzers	9
3.2.5. Vervoersstromen	10
3.2.6. Financiën	10
3.2.7. Personele zaken	10
3.2.8. Functies	11
3.2.9. Ketenpartners en overige direct betrokkenen	11
3.2.10. Wet- en regelgeving	11
4. Gedifferentieerde instroom ambulancechauffeur	
4.1. Beschrijving	12
4.2. Overwegingen ter beoordeling	
4.2.1. Arbeidsmarktproblematiek	1
4.2.2. Personeelsbehoud	13
4.2.3. Patiënten	13
4.2.4. Indicaties	14
4.2.5. Verwijzers	14
4.2.6. Ketenpartners	14
4.2.7. Vervoersstromen	14
4.2.8. Financiën	14
4.2.9. Personele zaken	15
4.2.10. Functies	15
4.2.11. Direct betrokkenen	15
4.2.12. Wet- en regelgeving	15
5. Scheiding B-vervoer en spoedeisende zorg	
5.1. Beschrijving	17
5.2. Overwegingen ter beoordeling	
5.2.1. Arbeidsmarkt	18
5.2.2. Personeelsbehoud	18
5.2.3. Patiënten	18
5.2.4. Indicaties	19
5.2.5. Verwijzers	19
5.2.6. Ketenpartners	19
5.2.7. Vervoersstromen	19
5.2.8. Financiën	20
5.2.9. Personele zaken	20
5.2.10. Functies	20
5.2.11. Direct betrokkenen	20
5.2.12. Wet- en regelgeving	20
6. Differentiatie binnen het besteld vervoer	
6.1. Beschrijving	21
6.2. Overwegingen ter beoordeling	
6.2.1. Arbeidsmarkt	22
6.2.2. Personeelsbehoud	22
6.2.3. Patiënten	22
6.2.4. Indicaties	22
6.2.5. Verwijzers	23
6.2.6. Ketenpartners	23
6.2.7. Vervoersstromen	23
6.2.8. Financiën	24
6.2.9. Personele zaken	24
6.2.10. Functies	24
6.2.11. Direct betrokkenen	25
6.2.12. Wet- en regelgeving	25
7. Scheiding staf-, coördinerende en uitvoerende taken	
7.1. Beschrijving	27
7.2. Overwegingen ter beoordeling	
7.2.1. Arbeidsmarkt	28
7.2.2. Personeelsbehoud	28
7.2.3. Patiënten	28
7.2.4. Indicaties	28
7.2.5. Verwijzers en ketenpartners	29
7.2.6. Vervoersstromen	29
7.2.7. Financiën	29
7.2.8. Personele zaken	29
7.2.9. Functies	29
7.2.10. Direct betrokkenen/stakeholders	30
7.2.11. Wet en regelgeving	30
8. Afgemeten	
8.1. Verkleining knelpunten arbeidsmarkt	31
8.2. Kwaliteit van zorg en arbeid	31
8.3. Doelmatigheid	32
8.4. Ondubbelzinnigheid	33
8.5. Toepasbaarheid	35
9. Goed begrip en goede grip	
9.1. Ingedeeld	37
9.2. Tijdelijk of structureel	39
9.3. Partieel of integraal	39
9.4. Indelingen en grenzen	39
9.5. Instroom-, inwerk- en interne opleidingsroutes	41
9.6. Doorstroomtrajecten	41
10. Conclusies en aanbevelingen	47
Literatuur	

Dit rapport is het eindverslag van een onderzoek dat is uitgevoerd tussen begin 2001 en begin 2004. De lengte van deze periode werd beïnvloed door tussentijdse wijzigingen in opzet en uitvoering, conform de wensen van de opdrachtgever.

Het is verricht in opdracht van het sectorfonds voor de ambulancesector (SOVAM) en had ten doel regionale initiatieven op het gebied van functie- en productdifferentiatie te inventariseren en beoordelen.

In *hoofdstuk 1* wordt het onderzoeksdoel, de fasering en de tussentijdse resultaten beschreven.

Hoofdstuk 2 behelst de onderzoeksvragen, de verschillende aanleidingen tot differentiatie en de aspecten die bij de uitwerking en beoordeling in ogenschouw moeten worden genomen.

De volgende vijf hoofdstukken beschrijven de geselecteerde regionale initiatieven, respectievelijk:

hoofdstuk 3: instroomtrajecten ambulanceverpleegkundigen;

hoofdstuk 4: opstaptrajecten ambulancechauffeurs/chauffeurs huisartsendiensten;

hoofdstuk 5: invoering van B-vervoer-wagens met specifiek daarvoor aangenomen personeel;

hoofdstuk 6: hulpambulances die een deel van het B-vervoer voor hun rekening nemen, met niet-verpleegkundig personeel;

hoofdstuk 7: scheppen van loopbaanmogelijkheden door toevoeging van staf-, beheer-, beleidsontwikkelende, coördinerende of leidinggevende taken aan uitvoerende taken, in combinatie met differentiatie in instroom.

In *hoofdstuk 8* worden de initiatieven aan een oordeel onderworpen vanuit de beleidsdoelstellingen van de SOVAM: dragen zij bij aan de verkleining van knelpunten op de arbeidsmarkt, bevorderen zij de kwaliteit van arbeid, zijn de initiatieven doelmatig, zijn zij voor één uitleg vatbaar en zijn ze overal op dezelfde wijze en in gelijke mate toepasbaar.

In *hoofdstuk 9* worden een aantal onderverdelingen en begrippen geïntroduceerd die bruikbaar kunnen zijn bij de uitwerking van differentiatie in de branche. Eén van de conclusies is namelijk dat er nog veel te ontwikkelen valt waar het product- en functiedifferentiatie betreft.

In *hoofdstuk 10* tenslotte wordt het onderzoeksproject op hoofdlijnen samengevat, worden er conclusies geformuleerd en aanbevelingen voor vervolgvactiteiten omschreven.

Al enige jaren waren in de ambulancebranche discussies gaande over de wenselijkheid van product- en/of functiedifferentiatie. Het perspectief liep echter nogal uiteen. Voor de één was differentiatie belangrijk in verband met de kwaliteit van zorgverlening, een ander koos als insteek de kwaliteit van arbeid, een derde beschouwde het vooral vanuit ontwikkelingen in de zorgverlening, een vierde achtte differentiatie noodzakelijk vanwege de situatie op de arbeidsmarkt en een vijfde beoordeelde een en ander vooral op mogelijke consequenties voor arbeidsvoorwaarden en rechtspositie.

Er werd niet alleen gepraát over functie- en productdifferentiatie. Op diverse plekken in het land werd concreet invulling gegeven aan deze begrippen. Wat ontbrak was een goed beeld van initiatieven die zich in den lande aandienden en wat daarin voor andere organisaties en regio's bruikbaar kon zijn. Ook werd door landelijke partijen geen standpunt ingenomen óf en hoe differentiatie was in te passen in een nieuwe Wet Ambulance Vervoer, in de CAO-bepalingen, in de definiering van ambulancezorg in 'Verantwoorde Zorg', in het HKZ Certificatieschema en de landelijke protocollen.

De SOVAM besloot aan *Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling & Advies* uit Groningen opdracht te verlenen om de initiatieven, die in de sector gaande zijn, in kaart te brengen, vanuit verschillende invalshoeken en aspecten. Uit het totaal aan geïnventariseerde initiatieven zouden een aantal worden gekozen, ter nadere verkenning. De beschrijving moest de input vormen voor de voortzetting van discussies over het onderwerp.

De oorspronkelijke vraagstelling van het project luidde:

“Welke vernieuwende, arbeidsmarktbevorderende initiatieven in de bedrijfstak ambulancezorg zijn reeds ondernomen en/of gaande en wat zijn de resultaten daarvan in termen van kwaliteit, doelmatigheid, landelijke eenduidigheid en toepasbaarheid”.

Het project is tussentijds regelmatig bijgesteld en kende uiteindelijk een drietal deelonderzoeken:

1. een inventarisatie, onder alle ambulancediensten en CPA-en, van initiatieven op het gebied van functie- en productdifferentiatie;
2. een enquête onder het management in welke richting de differentiatie zich moet ontwikkelen;
3. een enquête onder ambulancechauffeurs en -verpleegkundigen naar meningen over de wenselijkheid of noodzaak van differentiatie in de ambulancezorg en in beide beroepen.

Deze deelonderzoeken hebben er toe geleid dat duidelijker werd:

- in welke regio functie- en/of productdifferentiatie op welke wijze werd ingevuld;
- in welke richting de sector als geheel functie- en productdifferentiatie verder wilde ontwikkelen;
- over welke vorm van differentiatie een redelijk mate van overeenstemming bestond in de sector.

Ook is inzichtelijk geworden:

- dat doelstellingen per regio uiteenliepen en dat dus ook de vormgeving van differentiatie per regio moest (kunnen) verschillen;
- ervaringen tussen regio's werden niet of onvoldoende systematisch uitgewisseld.

De resultaten van deze deelonderzoeken werden neergelegd in de publicatie *“Verskil Moet Er Zijn”* (Brouwer, 2003). Hierna volgt een samenvatting daarvan.

Conclusies naar aanleiding van deelonderzoek naar ‘lopende initiatieven’

- * Er wordt in de ambulancebranche al op ruime schaal ‘geëxperimenteerd’ met functie‘differentiatie’ en in iets mindere mate met productdifferentiatie. Een belangrijk deel der bedrijven heeft plannen in die richting;
- * De definiëring van wat in de praktijk onder ‘functie-‘ en/of ‘productdifferentiatie’ wordt verstaan loopt nogal uiteen en is strikt genomen niet altijd ‘echte’ differentiatie;
- * Voorzover er gedifferentieerd wordt, vindt dit vooral plaats in functies die met de daadwerkelijk productie van ambulancezorg te maken hebben: ambulancechauffeur en ambulanceverpleegkundige;
- * De initiatieven die in regio’s zijn genomen bewegen zich vooral op het terrein van het afzonderen van besteld en spoedeisend vervoer, op enigerlei wijze en om uiteenlopende redenen.

Conclusies naar aanleiding van deelonderzoeken naar ‘Wens en noodzaak’

- * De wens of noodzaak tot differentiatie wordt door de overgrote meerderheid der bedrijven gezien. Medewerkers staan daar iets minder uitgesproken positief tegenover;
- * De aanleiding tot differentiatie is met name gelegen in de wens tot het verbeteren van de bedrijfsorganisatie, het verhogen van de kwaliteit van de zorg en het vergroten van de kwaliteit van de arbeid. Andere redenen, zoals financiële, spelen een veel minder prominente rol;
- * Voorzover er in functies gaat worden gedifferentieerd moet dit vooral binnen de functies van ambulancechauffeur en ambulanceverpleegkundige;
- * Differentiatie aan de ‘bovenkant’, door specialistische onderdelen van het spoedeisende vervoer of specialistische delen van het besteld vervoer af te zonderen, wordt *niet of minder* wenselijk geoordeeld;
- * Wel zijn velen in de branche de mening toegedaan dat differentiatie een zekere mate van scheiding van besteld en spoedeisend vervoer zou moeten inhouden;
- * Ook zijn velen van mening dat het mogelijk moet worden om een deel van het besteld vervoer (low- of no-care) te laten uitvoeren door medewerkers die anders gekwalificeerd zijn dan de ambulanceverpleegkundige en de ambulancechauffeur;
- * Binnen het werkgebied van de ambulanceverpleegkundige moet functiedifferentiatie vooral vorm krijgen door (delen van het) besteld vervoer te laten uitvoeren door (een deel van de) ambulanceverpleegkundigen (*zittend personeel*) en/of door medewerkers die daarvoor apart worden aangesteld, maar (nog) geen ‘reguliere’ ambulanceverpleegkundige zijn (*nieuwe instroom*);
- * Dezelfde redenering valt waar te nemen als het om de functie van de ambulancechauffeur gaat;
- * Er is een grote mate van overeenstemming over de ónwenelijkheid van het afstoten van delen van de ambulancezorg naar andere (vervoers- of zorg-) sectoren;
- * Men neigt er naar opleidings- en inwerktrajecten op te delen in ‘beginnend, geoefend en ervaren’ beroepsbeoefenaren;
- * Men wenst rekening te houden met de noodzaak van een andere instroom van kandidaat-medewerkers, naar aard en niveau, dan de huidige, de consequenties die dit heeft voor de inzet op enig moment en het opleidingstraject dat moet worden afgelegd;
- * Daarbij zou een instroom van een ‘lager niveau’, specifiek voor (delen van) het besteld vervoer in principe, mogelijk moeten zijn, maar deze groep functionarissen moet wel kunnen doorstromen naar de huidige eindniveaus;
- * Voorzover er een spitsing in ‘functies’ wordt gemaakt is deze tijdelijk en/of het past in een opleidingstraject naar een en hetzelfde eindniveau en/of het past in het sociaal of personeelsbeleid;
- * Differentiatie voor het *zittend personeel* betekent een mogelijkheid tijdelijk andere of een deel van de reguliere werkzaamheden uit te voeren in het kader van:
 - a) reïntegratie na ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid;
 - b) leeftijdsbewust personeelsbeleid;
 - c) terugdringen van ziekteverzuim en uitstroom naar arbeidsongeschiktheid;

* Differentiatie voor (een deel van) de *nieuwe instroom* zou kunnen inhouden:

- andere instroomvereisten indien daartoe uit hoofde van arbeidsmarktproblemen aanleiding is (bijvoorbeeld instroom van HBO-V-ers of van basisverpleegkundigen met klinische ervaring);
- als uitvloeisel van een andere instroom dan de gangbare, een andere routing van het inwerk- en scholingstraject, bijvoorbeeld in de vorm van een opbouw in de tijd of fasering van beginnend, geoefend en ervaren beroepsbeoefenaar, met daaraan gekoppeld werkzaamheden die men in die respectievelijke fasen geacht wordt naar behoren uit te voeren;
- eventueel zouden er apart voor (delen van) het besteld vervoer specifieke functionarissen in dienst moeten kunnen komen; de functies waar zij dan voor worden aangesteld zijn deels ook geschikt voor zittend personeel die tijdelijk andere werkzaamheden gaat verrichten.

Selectiecriteria

Na het verschijnen van **“Verschil Moet Er Zijn”** is een beperkt aantal regionale initiatieven geselecteerd waarnaar uitgebreider is gekeken. Criteria voor de selectie werden ontleend aan de tussenresultaten:

1. het initiatief moest een vorm van afzondering inhouden van besteld en spoedeisend vervoer;
 2. het moest gaan om differentiatie in de functies ambulancechauffeur en/of -verpleegkundige;
- Andere criteria die werden gehanteerd sloten aan bij de beleidsdoelstellingen van de SOVAM en werden verwoord in de volgende vragen:
3. kan van het initiatief, nu of in de toekomst, een bijdrage verwacht worden aan het verkleinen van knelpunten op de arbeidsmarkt ?
 4. draagt het initiatief bij aan het terugdringen van ziekteverzuim, uitstroom naar arbeidsongeschiktheid, reïntegratie na ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid en/of aan leeftijdsbewust personeelsbeleid waarmee oudere werknemers langer voor de sector behouden blijven ?

2.1. Vragen om een oordeel

De hoofdonderzoeksvragen luiden:

- a. welke vernieuwende, arbeidsmarktbevorderende *initiatieven* in de bedrijfstak ambulancezorg zijn reeds ondernomen en/of gaande en
- b. wat zijn de *resultaten* daarvan in termen van kwaliteit, doelmatigheid, landelijke eenduidigheid en toepasbaarheid ?

Het eerste deel van de hoofdvraag is grotendeels beantwoord in de publicatie *Verschil Moet er Zijn*. Uit alle initiatieven zijn in hoofdstuk 2 van het onderhavige rapport een aantal op hoofdlijnen beschreven. Voor de selectie van de regionale initiatieven is uitgangspunt geweest:

1. het initiatief moest een vorm van scheiding inhouden van besteld en spoedeisend vervoer; er is een grote mate van overeenstemming in de sector dat afzondering van deze twee “gedaanten” van ambulancezorg noodzakelijk of wenselijk is;
2. het moest gaan om differentiatie in de functies van ambulancechauffeur en/of -verpleegkundige.

Het tweede deel van de hoofdvraag (de resultaten) is vertaald in twee deelvragen:

1. kan van het initiatief -nu of in de toekomst- een bijdrage verwacht worden aan het verkleinen van knelpunten op de *arbeidsmarkt* ?
2. draagt het initiatief bij aan het terugdringen van *ziekteverzuim*, uitstroom naar *arbeidsongeschiktheid*, *reïntegratie* na ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid en/of aan *leeftijdsbewust* personeelsbeleid waarmee oudere werknemers langer voor de sector behouden blijven ?

2.2. Belangrijke aspecten

Bij de vraag om wel of niet te differentiëren, met welke vorm en inhoud, dient men een groot aantal aspecten te betrekken:

1. **patiënten**
categorieën en hun zorgbehoeften;
2. **indicaties**
wijze van indicatiestelling en indicatie-stellers, toewijzers van vervoer/ambulancezorg;
3. **verwijzers**
of aanvragers van vervoer/ambulancezorg;
4. **ketenpartners**
consequenties voor collegavervoerders, CPA, GHOR, zieken- en verpleeghuizen etcetera;
5. **vervoersstromen**
invloed op bezettingsgraad, productiecapaciteit, wachttijden, paraatheid;
6. **financiën**
mogelijkheden tot besparingen, budget per regio en landelijk/macro;
7. **personele zaken**
arbeidsvoorwaarden, instroom, doorstroming, uitstroom, arbeidsmarkt, loopbaanbeleid, interne organisatie en communicatie, opleiding en scholinget cetera;
8. **functies**
functieindeling, functiebeschrijvingen, taakomschrijvingen;
9. **stakeholders/direct betrokkenen**
opvattingen van, consequenties voor, relaties met Inspectie Volksgezondheid, zorgverzekeraars, Patiënten-Consumenten organisaties en anderen;
10. **wet- en regelgeving**
inpasbaarheid in Wet Ambulance Vervoer, Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet BIG, maar ook in brancheregelingen Nota Verantwoorde Zorg, Certificatieschema HKZ en landelijke protocollen.

Welke aanleiding er ook is om te differentiëren of welk doel men daarmee ook nastreeft; bij de besluitvorming, de invulling en de implementatie van differentiatie moet naar al deze aspecten afzonderlijk worden gekeken, maar ook naar de onderlinge samenhangen er tussen.

2.3. Aanleiding tot differentiatie

Men dient zich tevens rekenschap geeft van het antwoord op de vraag wat de aanleiding is om differentiatie te overwegen. Er zijn namelijk vele soorten vraagstukken die differentiatie nodig of wenselijk kunnen maken. Als de aanleiding helder is dan kan men ook gericht zoeken naar oplossingen en alternatieven daarvoor.

1. **capaciteits-vraagstuk:** door te differentiëren komt er productiecapaciteit vrij ten behoeve van spoedeisende ambulancezorg: paraatheid, beschikbaarheid voor spoedeisende zorg gaat omhoog;
2. **planningsvraagstuk:** spoedeisend vervoer verdringt het bestelde vervoer waardoor patiënten (te) lang moeten wachten, of te lang in onzekerheid blijven verkeren wanneer zij worden verplaatst;
3. **financieel vraagstuk:** met minder middelen en menskracht minimaal hetzelfde produceren;
4. **efficiency vraagstuk:** men wil met dezelfde middelen en menskracht méér produceren;
5. **kwaliteitsvraagstuk:**
 - a) **kwaliteit van zorg:** is niveau en aard van personeel toegesneden op iedere patiënt; krijgt iedere patiënt wel de zorg die hij of zij verdient;
 - b) **kwaliteit van arbeid:** is samenstelling van zorgproductie voldoende motiverend voor functionarissen; worden alle taken even interessant gevonden en naar behoren uitgevoerd; zijn er voldoende loopbaanperspectieven;
6. **personeel vraagstuk:**
 - a) **zittend personeel:**
 1. **voorkomen:** ziekteverzuim, uitstroom naar arbeidsongeschiktheid tegengaan door tijdelijk mensen anders in te zetten, in minder belastende werkzaamheden;
 2. **genezen:** reïntegratie na ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid bevorderen door mensen een bepaalde tijd op minder belastende werkzaamheden in te zetten;
 - b) **nieuw personeel:**

personeel met de in de sector gebruikelijke instroomeisen zijn niet in voldoende mate te krijgen; aangepaste inwerk- en opleidingstrajecten zijn nodig waarbij wel hetzelfde eindniveau nagestreefd wordt; er wordt in ieder geval onderwijskundig onderscheid gemaakt in beginnend, geschoold en ervaren beroepsbeoefenaar tijdelijk; óf er wordt personeel geworven voor andere functies die dankzij differentiatie zijn ontstaan, náást ambulancechauffeur en ambulanceverpleegkundige.

Voor de SOVAM-beleidsdoelstellingen zijn hiervan vooral relevant:

- **kwaliteit van arbeid** (5b), in verband met het tegengaan van ziekteverzuim, verloop, uitstroom naar tijdelijke of permanente arbeidsongeschiktheid, behoud van personeel, het vergroten van de aantrekkingskracht van de sector, beroepen en functies op arbeidsmarkt;
- **personeelvraagstuk**, zowel voor zittend als nieuw personeel (6a en 6b).

In de hiernavolgende beschrijvingen van regionale initiatieven wordt gekeken naar consequenties voor de aspecten patiënten, indicatiestelling, verwijzers, ketenpartners, vervoersstromen, financiën, personele zaken, functies, ‘stakeholders’ en wet- en regelgeving.

Uit een veelheid aan initiatieven en plannen is een beperkt aantal geselecteerd. Deze regionale initiatieven zijn geanalyseerd, na bestudering van documenten en aanvullende interviews. Het gaat hier niet om de beschrijving van het initiatief als zodanig.

Veeleer gaat het om een “oordeel” of dergelijke initiatieven (kunnen) bijdragen aan het verkleinen van knelpunten op de arbeidsmarkt, bijdragen aan het terugdringen van ziekteverzuim, van uitstroom naar arbeidsongeschiktheid, reïntegratie bevorderen na ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid en/of onderdeel kunnen zijn van leeftijdsbewust personeelsbeleid. Deze doelen sluiten aan bij het beleid van de SOVAM, de opdrachtgever tot dit onderzoek.

Daarbij hebben wij niet de illusie volledig te zijn, wel dat duidelijk wordt dat een besluit tot differentiatie niet over één nacht ijs genomen mag worden.

Hoofdstuk 3.

Gedifferentieerde Instroom in de Functie van Ambulanceverpleegkundige

3.1. Beschrijving

In recente jaren bleek de werving van kandidaten voor de functie van ambulanceverpleegkundige in een aantal regio's steeds moeizamer te verlopen (met name de drie noordelijke provincies en Zeeland). Kandidaten met een verpleegkundige opleiding, aangevuld met een specialistisch verpleegkundige vervolgopleiding en klinische ervaring op een gespecialiseerde ziekenhuisafdeling dienden zich onvoldoende aan. De aanleiding was dus gelegen in "de situatie op de arbeidsmarkt".

Zowel in Noord Nederland als Zeeland zijn daarop projecten gestart (beide met subsidie van de SOVAM) waarin lagere instroomseisen werden gesteld dan die welke in de branche gebruikelijk waren. Uitgangspunt bleef wel dat deze kandidaten uiteindelijk op het niveau dat in diverse (branche- en wettelijke) regelingen is vastgelegd, terecht zouden komen (SOSA-opleiding).

In beide projecten zijn kandidaten ingestroomd met een initiële opleiding tot verpleegkundige en één of enkele jaren ervaring in een klinische setting, als 'basisverpleegkundige'. In beide gevallen ging men er vanuit dat deze opleiding en ervaring onvoldoende was om meteen in te stromen in de SOSA opleiding ambulance verpleegkundige. Er werd daarom een inwerk- en opleidingstraject ontworpen waarmee de kandidaten voorbereid werden op de functie en op het instroomniveau noodzakelijk om de SOSA-opleiding te kunnen volgen.

Kandidaten in Zeeland werden geworven uit basisverpleegkundigen werkzaam binnen het ziekenhuis waarvan ook de ambulancedienst deel uitmaakt. De geselecteerde kandidaten werden aangesteld in de functie van aspirant-verpleegkundige. De eerste zeven weken zijn besteed aan introductie binnen de ambulancedienst, overdracht van theoretische kennis en het aanleren van vaardigheden. De organisatie van het scholingstraject werd verzorgd door de Regionaal Opleidings Coördinator. Docenten en trainers kwamen zowel uit de ambulancedienst zelf, als van 'buiten'. Voor de theoretische input is gebruik gemaakt van het schriftelijk materiaal uit de SOSA-opleiding ambulanceverpleegkundige. Vervolgens werden stages gevolgd op afdelingen als intensive care, anesthesie en spoedeisende eerste hulp. Daarna nam het 12-weekse inwerktraject binnen de ambulancedienst een aanvang, twee keer zo lang als voor kandidaten met de binnen de branche gebruikelijke opleiding en ervaring. De begeleiding tijdens deze periode was in handen van ervaren ambulanceverpleegkundigen. Er werd gewerkt aan de hand van een inwerkprotocol, waarvan periodieke evaluaties deel uitmaakten. Na een halfjaar werden kandidaten geacht voldoende bagage te hebben om zonder directe begeleiding het werk op de ambulance te vervullen. Wel bleef de begeleiding door ervaren ambulanceverpleegkundigen gehandhaafd, zowel op initiatief van de begeleider als van de 'nieuwkomer'. Ook werd het oefenen van deelvaardigheden voortgezet. De kandidaten zijn bij de eerste gelegenheid nadat zij zelfstandig op de ambulance gingen werken, gestart met de SOSA-opleiding ambulanceverpleegkundige.

In Noord Nederland werd een vergelijkbaar traject ingezet. Er is gezocht binnen een groep kandidaten die bekend was bij de ambulancediensten (voormalige stagiaires, verpleegkundigen van ziekenhuisafdelingen die hun belangstelling kenbaar hadden gemaakt en eerdere open sollicitaties). De kandidaten zijn niet centraal geworven en geselecteerd, maar door de diensten afzonderlijk. De instroomseisen waren vergelijkbaar met die in Zeeland: een opleiding tot verpleegkundige en "bij voorkeur" minimaal één jaar ervaring op een "relevante werkplek". Ook dienden kandidaten meer dan gemiddelde kennis te hebben op een terrein als acute geneeskunde, traumatologie of cardiologie. Uit de evaluatie blijkt dat er ook kandidaten zijn ingestroomd die niet in alle opzichten aan deze vereisten voldeden.

Het opleidingstraject bestond de eerste vier maanden uit een introductie in de ambulancedienst en afwisselend theorie-onderwijs en stages op verschillende afdelingen in ziekenhuizen. Het theorie-onderwijs werd uitbesteed aan het opleidingsinstituut dat ook de opleiding tot ambulanceverpleegkundige in opdracht van de SOSA uitvoert. Ook hier is gebruikt gemaakt van schriftelijk materiaal uit de betreffende opleiding. De volgende twee-en-een-halve maand werkten de kandidaten, na een inwerkperiode, zelfstandig op de ambulance, maar alleen binnen het besteld vervoer. Daarnaast vonden vaardigheidstrainingen plaats, afgerond met een toets. De volgende 10 weken werd de kandidaat ingewerkt en ingezet in het spoedeisende vervoer. Na deze periode konden zij instromen in de SOSA opleiding ambulanceverpleegkundige. Gedurende de gehele opleidingsperiode, vanaf de aanstelling tot en met de afronding van de SOSA-opleiding, kreeg de kandidaat een werkbegeleider toebedeeld. De werkbegeleiding van deze instromers was intensiever en daarmee bewerklijker dan van de 'gewone' instromers (specialistisch verpleegkundigen met klinische ervaring).

In Zeeland zijn mensen in de inwerk- en (voor-) opleidingsperiode zowel in het bestelde als in het spoedeisende vervoer ingezet (overigens wel begeleid). Delen van de ambulancezorg-productie hoefden dus niet te worden afgezonderd ten behoeve van het inwerk- en opleidingstraject.

In Noord Nederland werden de functionarissen eerst uitsluitend op besteld vervoer ingezet en pas later in het opleidingstraject ook in het spoedeisende vervoer. In Zeeland was dus wel differentiatie in de instroom, maar niet in de ambulancezorg-productie gedurende de opleidingsperiode.

3.2. Overwegingen ter beoordeling

3.2.1. Arbeidsmarktproblematiek

In beide regio's vond geen open werving plaats. Een beoordeling of deze route een arbeidsmarktprobleem voor de sector ambulancezorg in betreffende regio kon oplossen en in welke mate is moeilijk te geven. Neemt men de arbeidsmarkt ruimer dan die voor de eigen branche, dan betekent vergroting van het potentieel aan instromers dat er op regionaal niveau voor andere zorgsectoren minder keus is, of dat zij (meer) medewerkers zien vertrekken naar de ambulancebranche. De arbeidsmarkt voor de zorg als geheel is er dus niet mee gediend (je vist in andermans water), wel (mogelijk) de deelarbeitsmarkt ambulancezorg. Men vergroot immers de vijver waarin gevist kan worden. Daarbij dient tegelijkertijd bedacht te worden dat het aantal vissers ook groter is: men concurreert met meer en andere vragers op de arbeidsmarkt.

Het "afnemend aanbod aan geschikte verpleegkundigen die opgeleid konden worden tot ambulanceverpleegkundige" werd niet cijfermatig onderbouwd. Die kwantificering is hoe dan ook een probleem, omdat er (landelijke én regionaal) onvoldoende inzicht bestaat in aantallen specialistisch verpleegkundigen, de onderverdeling in uiteenlopende beroepsgroepen, openstaande en onvervulbare vacatures et cetera. Een voorbeeld van een poging om de arbeidsmarkt van specialistisch verpleegkundigen (waarin de ambulancebranche als regel werft) in Groningen en Drenthe kwantitatief in kaart te brengen strandde (Brouwer, april 2002).

Voorzover er arbeidsmarktproblemen werden gesignaleerd, waren de oorzaken ervan niet altijd even doorzichtig. Maakte het ambulancebedrijf in een regio de overstap bijvoorbeeld zelf niet lastig door piketdiensten en de verhuisplicht te handhaven? Wat aanvankelijk een arbeidsmarktprobleem leek had dan kunnen worden opgelost door wijzigingen in het personeels- of organisatiebeleid.

Hoe het ook zij: in principe betekent verruiming van de mogelijkheid om de sector in te stromen (dat wil zeggen minder hoge vereisten) tevens een vergroting van het potentieel aantal kandidaten. Of dit ook feitelijk tot grotere instroom leidt moet worden afgewacht. Denkbaar is tevens dat deze instroom niet kwantitatief verandert, maar zich kwalitatief wijzigt (werft men nieuwe instromers náást instromers-volgens-oude-vereisten of in plaats van). Het is in ieder geval nodig om gericht en in kwantitatieve zin te kijken naar structuur en knelpunten in de regionale arbeidsmarkt en consequenties voor andere zorginstellingen (onder meer ketenpartners).

Ook moet worden geanalyseerd of andere instrumenten niet hetzelfde resultaat kunnen hebben en moet geëvalueerd of en zo ja in welke mate ruimere instroomen daadwerkelijk tot grotere instroom hebben geleid.

3.2.2. Personeelsbehoud

De instroom van HBO-verpleegkundigen, al dan niet in opleiding voor of gediplomeerd als specialistisch verpleegkundige, heeft op zich geen invloed op personeels*behoud*; het gaat immers om nieuw personeel. Minder strikte vereisten kunnen echter leiden tot een minder strenge selectie van ‘juiste’ kandidaten. De kans op uitval tijdens het inwerk- en opleidingstraject wordt mogelijk groter.

Men dient zich af te vragen of een andere instroom op termijn leidt tot hoger verloop. Mensen die het niveau niet blijken aan te kunnen, vertrekken wellicht weer snel uit de ambulancezorg. Of zij blijven in dienst, maar zijn zich voortdurend bewust (of worden dat gemaakt) van het feit dat de ambulancezorg die zij uitvoeren niet de volle breedte van het beroep beslaat. Dit kan leiden tot motivatieproblemen en onvrede.

3.2.3. Patiënten

Voor patiënten hoeft de aanpassing van de instroom geen gevolgen te hebben. Dat is echter wel afhankelijk van de inzetcriteria. Zet men de lagere instroom meteen in op alle categorieën ritten en patiënten dan mag de vraag gesteld worden waarom dezelfde patiënten elders met hoger gekwalificeerd personeel wordt bediend. In hoeverre is er dan nog sprake van een zorgvuldig op de zorgbehoefte afgestemd aanbod.

Wijzigingen in instroomcriteria leiden er in de praktijk toe dat kandidaten niet meteen binnen alle categorieën ritten, en dus evenmin bij alle patiënten, worden ingezet. Essentieel is dat wordt gekeken welke zorgbehoeften van welke categorieën patiënten de nieuwe medewerker op welk moment naar behoren kan vervullen. Een ‘simpele’ scheiding tussen besteld en spoedeisend vervoer lijkt daarvoor alleen niet voldoende. Er zal explicieter gekeken moeten worden naar de zorgbehoeften en de daarbij benodigde handelingen, kennis en houdingen van de ambulanceverpleegkundigen (in-de-dop). Zowel instroomcriteria als de lijn waar men de grens trekt verschillen per regio. Of de branche moet vrede hebben met dergelijke regionale verschillen, óf zij maakt landelijke regelingen voor diverse vormen van instroom.

3.2.4. Indicaties en verwijzers

Als niet iedere medewerker alle ritten (vanaf den beginne) kan en mag uitvoeren zullen er aan de toewijzing van ritten heldere indicaties ten grondslag moeten liggen. Alleen dan kan de CPA immers een “op de zorgbehoeften van de patiënt toegesneden zorgaanbod” toedelen.

Het werk van de CPA-centralist wordt ingewikkelder: niet iedere zorgverlener is op ieder moment voor alle vormen van ambulancezorg beschikbaar en inzetbaar. Logistieke en organisatorische processen op de centrale worden complexer. De praktijk heeft uitgewezen dat dit op zichzelf geen problemen hoeft op te leveren.

Waarom in regio's de inzetcriteria bij een vergelijkbare instroom, verschillen bleef onduidelijk. Die (regionale) verschillen roepen vragen op, als men zich realiseert dat beroepsopleiding en eindniveau, de voorschriften hoe te werken (protocollen), de omvang, aard en inhoud van bij- en nascholing en dergelijke branchebreed door onderlinge afspraken gelijkgetrokken zijn. Het ligt voor de hand dat er ook landelijke regelingen worden ontworpen waaraan een afwijkend instroomniveau moet voldoen en waar, hoe en waarvoor zij in welke fase van introductie en opleiding inzetbaar zijn.

3.2.5. Vervoersstromen

Alhoewel er logistiek en organisatorisch een gedeeltelijke scheiding van vervoersstromen optreedt is het eindniveau van het verpleegkundig personeel steeds hetzelfde: het niveau namelijk van de SOSA-opgeleide ambulanceverpleegkundige. De afzondering van besteld en spoedeisend vervoer geldt hier alleen voor inwerk- en opleidingsdoeleinden. Het reguliere personeel voert beide uit; voor hen geldt de scheiding dus niet (tenzij er ook andere doelstellingen met dezelfde afzondering worden nagestreefd).

Gevolg van de beperkte inzet -in ieder geval aan het begin van het inwerk- en opleidingstraject- is dat een deel van de spoedeisende capaciteit wordt ingenomen door de ambulances waarop instromers dienst doen (tenzij de capaciteit als zodanig omhoog gaat). En als er een tijdlang een ervaren medewerker als begeleider meegaat is er niet alleen een auto bezet, maar is ook een deel van het personeel op dat moment niet direct inzetbaar voor spoedeisende zorg. Zowel auto's als personeel kunnen niet worden ingeschakeld in de spoedeisende zorg of in beperkt mate. Aan de andere kant komt er bij de ambulances met ervaren krachten capaciteit vrij, omdat 'hun' deel van het besteld vervoer door nieuwkomers wordt gedaan. Of dit tegen elkaar opweegt moet per regio worden bepaald; daarvoor zijn geen rekensommen te maken die overal gelden.

Als de capaciteit, in termen van paraatheid en beschikbaarheid, aan de krappe kant is, zal het moeilijker zijn om via een herverdeling van vervoersstromen (in plaats van capaciteitsvergroting) de andere instroom van verpleegkundige mogelijk te maken.

Ook de inzetbaarheid van instromers binnen GHOR-taken zal expliciet moeten worden bekeken; wat kunnen en mogen zij wel en wat niet.

3.2.6. Financiën

Het is zeer de vraag of eventuele lagere salarislasten als gevolg van indeling in een aanloopschaal opwegen tegen bijvoorbeeld:

- 1) de kosten van het uitvoeren van een inwerkprogramma;
- 2) de kosten van de extra werkbegeleiding;
- 3) de prijs van het eigen (voor-)opleidingsprogramma (theorie en vaardigheids-trainingen);
- 4) een lange(re) periode waarop de ambulance bezet is met drie medewerkers;
- 5) de mogelijk hogere uitval omdat men het niveau niet blijkt aan te kunnen of een sneller vertrek uit de sector.

Zou iedere regio afzonderlijk een inwerk- en (voor-) opleidingstraject vormgeven, dan komen bij al deze extra kosten ook nog eens

- 6) de ontwikkelingskosten van de opleidingen.

3.2.7. Personele zaken

In de respectievelijke regio's werden afzonderlijke regelingen getroffen voor arbeidsvoorwaarden van de betreffende instromers. Dit was nodig, omdat werd afgeweken van bepalingen in de CAO voor wat betreft de aard en het niveau van de instroom. Onder de huidige omstandigheden is er -landelijk gezien- geen plek in arbeidsvoorwaarden en rechtspositieregeling. Er wordt immers niet voldaan aan de in de CAO vastgelegde instroomeisen. Totdat een en ander op landelijk niveau is geregeld moeten individuele, nieuwe, medewerkers en de werkgever in de regio onderling tot overeenstemming komen en op organisatieniveau mogelijk de Ondernemings Raad en de bedrijfsleiding.

Een belangrijke vraag is wat de werkgever regelt ten aanzien van de medewerkers die het eindniveau (SOSA-opgeleid ambulanceverpleegkundige) uiteindelijk *niet* halen. Als men deze personeelsleden in dienst houdt -specifiek voor delen van de ambulancezorg- ontstaat automatisch een tweede niveau.

Bovendien heeft dit niveau dan geen eigen, structurele, plek in de landelijke arbeidsvoorwaarden en rechtspositieregeling. Het beëindigen van een dienstverband van medewerkers die niet door (kunnen) stromen naar het in de branche gewenste niveau kan alleen als dit bijvoorbeeld in en via een arbeidscontract voor bepaalde tijd is overeengekomen.

Een aspect dat tevens aandacht verdient is dat de inzet van instromers op het B-vervoer gedurende langere tijd consequenties heeft voor het reguliere personeel. Dit personeel voert relatief minder B-vervoer uit, hetgeen meer avond, nacht- en weekenddiensten kan betekenen en een verhoging van de werkdruk.

3.2.8. Functies

Zoals een en ander nu in de sector is geregeld (in wet én brancheafspraken) kan er slechts sprake zijn van één functie voor verpleegkundigen in de ambulancezorg. De omschrijvingen zijn dusdanig dat het B-vervoer eigenlijk alleen maar tot de competentie van de volledig opgeleide ambulanceverpleegkundige behoort. Aan dit principe wordt vastgehouden als iedereen hetzelfde eindniveau moet blijven halen. Houdt men echter kandidaten die niet doorstromen in dienst en zet men ze uitsluitend in voor B-vervoer, dan zijn er ‘automatisch’ twee functieniveaus gecreëerd. De brancheafspraken moeten dan zo worden aangepast dat (a) het mogelijk wordt dát er meer dan één functie bestaat voor verpleegkundigen of (b) een precieze omschrijving hoe die functie zowel in termen van werkzaamheden als niveau er dan uitziet. Vooralsnog is hiervan geen sprake.

3.2.9. Ketenpartners en overige direct-betrokkenen

Er werd reeds aangeduid dat GHOR-taken van de nieuwe instromers nader moeten worden gedefinieerd. De betrokken overheden zullen met name beoordelen of een andere instroom in de aanvangsfase een (te) groot beslag legt op noodzakelijke capaciteit.

Zorgverzekeraars zullen akkoord moeten gaan met extra wervings-, selectie-, inwerk- en opleidingskosten, bovenop die welke reeds in het lopende budget verwerkt zijn.

3.2.10. Wet- en regelgeving

Hanteert men de beschrijvingen in de Nota Verantwoorde Zorg naar de letter, dan voeren verpleegkundigen die op het instroomniveau ‘blijven steken’ geen ambulancezorg uit conform de beschrijvingen; zij zijn niet te beschouwen als ambulanceverpleegkundige. Dus hebben zij een andere functie binnen de ambulancezorg; een functie die vooralsnog niet is omschreven binnen het kader van Verantwoorde Zorg. Ook heeft die functie (nog) geen plaats in de Wet Ambulance Vervoer. Vanzelfsprekend valt de aldus ontstane functie wel onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen en ook is de Wet BIG van toepassing (zoals voor iedereen met een diploma HBO-Verpleegkunde).

Het vraagstuk van ‘bevoegdheid en bekwaamheid’ kende regionale verschillen. Nieuwe instromers zijn in ieder geval niet *bevoegd* tot handelingen die op grond van wettelijke regelingen voorbehouden zijn aan ambulanceverpleegkundigen die het SOSA-diploma hebben behaald. In de ene regio worden nieuwe instromers in den beginne niet *bekwaam* geacht tot handelingen zoals die aan initieel opgeleide verpleegkundigen voorbehouden zijn (op grond van de Wet BIG), in andere regio op een gegeven moment wel. In de ene regio werden nieuwe instromers -al dan niet na extra vaardigheidstraining en scholing- wel bekwaam genoeg geacht om vanaf het begin zowel besteld vervoer als spoedeisende ritten uit te voeren; in de andere regio pas op het moment dat zij instromen in de SOSA-opleiding. Alhoewel alle initieel opgeleide verpleegkundigen voldoen aan dezelfde eindtermen en er ook veel overeenkomsten zijn in de uitstroomvereisten voor specialistisch verpleegkundige vervolgoopleidingen zijn er verschillen in beoordelingen van bekwaamheid. De beoordelingen verschillen echter niet binnen een regio (dat zou kunnen als er vooral gekeken zou worden naar de bekwaamheid van specifieke individuen), maar tussen regio.

4.1. Beschrijving

Een aantal ambulancebedrijven zag zich geconfronteerd met de vraag vanuit de huisartsenzorg naar het faciliteren van chauffeurs/assistenten, voertuigen en materialen ten behoeve van reguliere en spoedvisites tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten. De RAV IJssel-Vecht, Ambulancedienst Engelen (nu onderdeel van de RAV Noord Limburg) en de RAV Midden Brabant participeerden in een door SOVAM gesubsidieerd 'Opstaptraject aspirant ambulancechauffeurs'. Functionarissen stroomden in als chauffeur huisartsenpost, met de mogelijkheid door te stromen naar een functie als ambulancechauffeur. De aanleiding tot deze vorm van 'differentiatie' was dus gelegen in ontwikkelingen in een deel van de keten van zorg.

Er zijn tijdens het opstaptraject twee vormen gerealiseerd:

- men nam een aantal mensen aan voor de functie van ambulancechauffeur, gecombineerd met de functie van chauffeur huisartsenpost, en/of zittend personeel werd gevraagd deze combinatie-functie te vervullen;
- andere kandidaten werden aangesteld als 'aspirant-ambulancechauffeur'; deze groep volgde een intern scholingstraject voor het werk als chauffeur huisartsenpost, met de mogelijkheid in de toekomst te solliciteren naar functies als ambulancechauffeur en dan ook als zodanig te worden opgeleid.

Aanvankelijk was het de bedoeling de werkzaamheden te laten verrichten door ambulancechauffeurs die eventueel meedraaiden in het ambulancerooster. Op de langere termijn bleek dat moeilijk realiseerbaar. Eén van de redenen daarvoor was dat ambulancechauffeurs het werk minder in overeenstemming vonden met de functie waarvoor zij waren aangesteld en geschoold. De combinatie van ambulanceritten en het werk ten behoeve van huisartsen maakte dat het onderhouden van vaardigheden ten behoeve van spoedeisende traumatologische hulpverlening relatief moeilijker werd (in minder tijd of ritten). Ook bijvoorbeeld de relatieve toename van avond-, nacht- en weekenddiensten werd als een bezwaar gezien. Daarop koos men er voor om voor deze functie apart mensen te werven en/of ambulancemedewerkers daarvoor aan te stellen, op basis van vrijwilligheid.

In een aantal regio's verzorgen centrale huisartsendiensten het vervoer van de huisarts zelf of zij hebben dit uitbesteed aan een bedrijf gespecialiseerd in personenvervoer. Binnen het 'opstaptraject' werd het uitgangspunt gehanteerd dat de zorgverlening alleen goed kan geschieden als de chauffeur een 'voorrangsvoertuig' kan en mag besturen, met toestemming van de CPA, en bovendien de huisarts een vorm van assistentie kan verlenen. Een dergelijke functie vergde een apart opleidingstraject, zowel voor het rijdende gedeelte als voor het assisterende deel. Men was van mening dat onderdelen van de functie van ambulancechauffeur ook van toepassing waren op de functie van chauffeur huisartsenpost. Het lag daarom ook in de rede een en ander zo te organiseren dat doorstroming naar de ambulancezorg mogelijk werd. Competenties, taken, eindtermen, leerdoelen en de inhoud van de scholingstrajecten werden mede ontleend aan omschrijvingen en programma's voor de ambulancechauffeur en deels nieuw ontwikkeld voor deze specifieke functie.

In andere regio's wordt de arts van de centrale huisartsendienst verplaatst door een 'vervoerder'. In dat geval is sprake van personenvervoer en geen assistentie in de zin zoals hiervoor bedoeld. De vervoerder zou wettelijk gezien geen spoedeisende rit met de huisarts mogen verzorgen; de chauffeur mag immers geen voorrangsvoertuig in de zin van de wet besturen en zal dus ook geen toestemming krijgen van de CPA. De vraag die landelijk gezien niet beantwoord is luidt dan ook: is deze vorm van dienstverlening *personen*-vervoer of (ambulance-) zorg.

Het antwoord bepaalt in hoge mate of dit een (deel-) product is voor een ambulancezorg- bedrijf en, als het dat niet is, of een ambulancezorgbedrijf ook andere producten dan ambulancezorg mag en kan leveren.

Het introduceren van de functie van chauffeur huisartsenpost houdt geen differentiatie binnen de 'reguliere' ambulancezorg in, maar betekent feitelijk **productverbreding**. Het is een antwoord op ontwikkelingen in de keten van zorg, waarvan de ambulancezorg deel uitmaakt. Een ambulancebedrijf gaat een voor haar **nieuw product** in de markt zetten; het vervoeren en assisteren van huisartsen in diens zorg voor de patiënt. Het product ambulancezorg, zoals door de branche omschreven, heeft de namelijk de patiënt zelf tot klant, niet een andere zorgverlener. Deze vorm van dienstverlening past als zodanig op dit moment niet in de definitie van Verantwoorde Zorg.

4.2. Overwegingen ter beoordeling

4.2.1. Arbeidsmarktproblematiek

Alhoewel de aanleiding tot instaptrajecten ambulancechauffeur in de drie regio's niet was gelegen in de situatie op de arbeidsmarkt, kan een wijziging van instroomvereisten en het aangepaste inwerk- en vooropleidingstraject eventuele knelpunten te zijner tijd verkleinen. Het argument van het vergroten van de vijver waarin wordt gevist geldt namelijk ook hier.

De functie van huisartsenchauffeur heeft voldoende wervende kracht; er is ruime belangstelling op de arbeidsmarkt van potentiële kandidaten. Een aantal wil op voorhand doorstromen naar de functie van ambulancechauffeur, voor anderen is het de bedoelde eindfunctie. Ook voor de functie van ambulancechauffeur zijn heden ten dage voldoende kandidaten op de arbeidsmarkt. Op dit moment is het instaptraject vanuit de (landelijke) arbeidsmarkt bekeken (nog) niet noodzakelijk.

4.2.2. Personeelsbehoud

Vanuit de doelstelling personeelsbehoud is er evenmin aanleiding tot dergelijke projecten, behalve daar waar het mogelijkheden biedt tot demotie- of reïntegratiebeleid voor huidige ambulancechauffeurs (of zelfs ambulanceverpleegkundigen). Door het zittend personeel op basis van vrijwilligheid de kans te bieden minder belastende werkzaamheden uit te voeren blijven zij behouden voor het ambulancebedrijf.

Het combineren van de functie van ambulancechauffeur met die van chauffeur huisartsdienst leidt tot een relatieve toename van onregelmatige diensten en werk buiten kantooruren. Dit verzwaart de functie, hetgeen mogelijk negatief inwerkt op personeelsbehoud.

De mogelijkheden tot doorstroming naar de functie van ambulancechauffeur betekent carrièreperspectief; dit draagt bij aan de doelstelling van behoud van personeel. Als het doorstroomperspectief in de werving wordt benadrukt en dit blijkt naderhand niet realiseerbaar zal een personeelslid mogelijk vertrekken.

4.2.3. Patiënten

De directe aanleiding tot het instaptraject was gelegen in een vraag van huisartsen naar vervoer tijdens spoedeisende ritten en (mogelijk) assistentie van de arts, in het kader van diens relatie met de patiënt, maar ook in de omgang met naasten van de patiënt. Vergelijkt men de situatie waarin de chauffeur van de huisarts naast het vervoer van personen (al dan niet met een voorrangvoertuig) ook (mede) zorg levert met die waarin het rijden van de huisarts uitsluitend personenvervoer is, dan is de eerste situatie naar verwachting beter voor de patiënt. Of dit ook daadwerkelijk het geval is valt moeilijk te onderbouwen.

4.2.4. Indicaties

Als de huisartsenchauffeur geacht wordt te rijden met een voorrangvoertuig, in de zin van de wet, moeten heldere procedures en indicaties ontwikkeld zijn op grond waarvan en hoe de CPA kan bepalen dat betreffende chauffeur daadwerkelijk met 'toeters en bellen' mag rijden. Dat vergt goede afspraken tussen huisartsen en de CPA wie uitmaakt welke omstandigheden bij de patiënt een spoedeisend karakter hebben. In de praktijk waren er -in ieder geval in één regio- verhoudingsgewijs een zeer beperkt aantal situaties waarin een rit volgens de CPA spoedeisend was. De indicaties die de CPA gebruikt moeten zo zijn geformuleerd dat het voor de centralist mogelijk is te bepalen of de juiste zorgverlener voor een patiënt een huisarts is of een ambulanceteam.

4.2.5. Verwijzers

Daar waar de chauffeur naast personenvervoer ook ritten met een voorrangvoertuig mag of moet uitvoeren en de huisarts assisteert ligt het voor de hand dat alle meldingen/aanvragen van patiënten in de avonden, nachten en weekenden via de CPA lopen. Als het 'personenvervoer' is, kan de huisartsdienst een eigen centrale exploiteren. Het is de vraag of dit bedrijfsmatig gezien verstandig.

4.2.6. Ketenpartners

Het instaptraject betekende een antwoord van de ambulancesector op een vraag van een ketenpartner in de zorg: de huisartsen(-diensten). Op de keeper beschouwd vindt er een zekere verschuiving plaats van huisartsen- naar ambulancezorg. Men zou in een regio ook kunnen overwegen géén gehoor te geven aan de vraag. Dat zou bijvoorbeeld kunnen op grond van gebrek aan spoedeisende capaciteit buiten de kantooruren, of omdat men de mening is toegedaan dat deze vorm van dienstverlening strikt genomen geen ambulancezorg is. Het antwoord staat of valt ondermeer met de definiëring van wat het product ambulancezorg is. Voegt men het vervoeren en assisteren van de huisarts toe én vindt men dit ambulancezorg, dan moeten de omschrijvingen in de Nota Verantwoorde Ambulancezorg worden aangepast. Als men het geen ambulancezorg vindt, maar toch wil uitvoeren, dan kan een ambulancezorgbedrijf blijkbaar anderssoortige zorg- en vervoerproducten dan de kernactiviteit (ambulancezorg) leveren.

4.2.7. Vervoersstromen

In regio's waar huisartsen zich door 'vervoerders' laten rijden is de kans groot, dat patiënten die voorheen in spoedeisende situaties door een huisarts werden bediend, in toenemende mate direct worden doorgesluisd naar de ambulancezorg, zonder dat daar capaciteitsvergroting tegenover staat. Dergelijke verschuivingen in patiëntenstromen worden alleen zichtbaar indien de sector voortdurend over informatie kan beschikken over patiëntcategorieën en hun uiteenlopende zorgbehoeften. Bovendien moet er inzicht zijn in de vraag welke zorgverlener daar op welk moment het best voor toegen uitgerust is.

4.2.8. Financiën

Wat voor de instroomtrajecten verpleegkundigen gold is ook hier van toepassing: de instroom van (potentiële) ambulancechauffeurs die eerst gaan functioneren als huisartsenchauffeur vergt extra kosten van inwerk- en (voor-) opleidingstraject. Deze extra kosten moeten op de een of andere wijze tot uitdrukking komen in de prijs van de dienstverlening aan de huisartsen.

De genoemde kosten werden in de drie regio's deels gefinancierd met een subsidie van het sectorfonds. Bedrijfseconomisch gezien is het onwenselijk dat iedere regio opnieuw het wiel uitvindt en telkenmale geconfronteerd wordt met deze ontwikkelkosten.

Het ligt voor de hand dat er op brancheniveau afspraken gemaakt worden over de wijze waarop de functie van huisartsenchauffeur een opstap kan zijn naar ambulancechauffeur en hoe het inwerk- en opleidingstraject er dan uit moet zien. Tegelijkertijd dient men zich te buigen over de vraag of dit product als zodanig tot ambulancezorg behoort óf dat ambulancebedrijven ook andere diensten dan ambulancezorg in strikte zin mogen/kunnen leveren.

De dienstverlening aan huisartsen kan een extra inkomstenbron betekenen voor het ambulancebedrijf. Dit stelt toenemende eisen aan het boekhoudkundig systeem en ook dienen zowel intern als extern sluitende afspraken gemaakt te worden over de toerekening van kosten, over de bestemming van winsten en over het dragen van verliezen.

4.2.9. Personele zaken

De praktijk heeft uitgewezen dat een combinatiefunctie huisartsenchauffeur en ambulancechauffeur voornamelijk niet voor de hand ligt; het verzwaart de functie en betrokken chauffeurs waarden vervoer en assistentie van de huisarts lager dan het werk op de ambulance. Een opzet waarin sprake kan zijn van doorstroming van huisartsenchauffeur naar ambulancechauffeur is meer aanvaardbaar. Op individueel niveau is de omgekeerde route op basis van vrijwilligheid een goede mogelijkheid (in het kader van leeftijdbewust personeelsbeleid, reïntegratie, demotiebeleid).

Men dient plaats en functie te regelen van degenen die huisartsenchauffeur blijven, dus niet doorstromen. Ook moet van te voren worden doordacht of huisartsenchauffeurs altijd (kunnen) doorstromen of dat zij moeten wachten tot er een functie vrijkomt: komen zij daarvoor -bij gebleken geschiktheid- zonder sollicitatie in aanmerking of moeten zij in een wervingsprocedure concurreren met reguliere instromers of zelfs met gediplomeerde ambulancechauffeurs.

4.2.10. Functies

Op het moment dat huisartsenchauffeurs niet (kunnen) doorstromen bestaan er binnen het bedrijf (structureel) twee chauffeursfuncties. Door regionale verschillen is er op dit moment geen eenduidig landelijk arbeidsvoorwaardenbeleid. In de ene regio wordt de functie beschouwd als vervoer, elders als (voortraject voor) ambulancezorg. Maar ook daar waar sprake is van de chauffeur huisartsenzorg als functie binnen een ambulancebedrijf is er geen landelijke eenduidigheid. Men laat die ofwel bestaan, ofwel geeft de dienstverlening en daarmee ook de functie een aparte plaats binnen de zorgverlening.

4.2.11. Direct betrokkenen/stakeholders

Een punt van overweging is onder welke voorwaarden (inhoudelijke, administratieve en budgettaire) zorgverzekeraars akkoord gaan met de uitbreiding van de dienstverlening.

Een onbeantwoorde vraag is of en zo ja hoe het eventueel is in te passen in een gewijzigde financieringssysteem (niet langer op basis van ritten, maar op grond van beschikbaarheid).

Belangrijk is tevens hoe de overige ketenpartners staan tegenover de dienstverlening aan de huisartsen. Uit het recente advies ten aanzien van de acute zorg (RVZ, 2003) blijkt dat er een hoge mate van samenhang is of moet komen tussen de diverse zorgverleners. In een aantal regio's wenst een ziekenhuis wellicht de spoedeisende hulpafdeling zo vorm te geven dat daarin ook een deel van de huisartsenzorg zou kunnen passen. De introductie van dit deelproduct binnen de ambulancezorg vergt overleg binnen en met de gehele keten.

4.2.12. Wet- en regelgeving

Het is schrijver onbekend of het besturen van een voorrangvoertuig juridisch voorbehouden is aan ambulancechauffeurs tijdens of na hun SOSA-opleiding of dat de CPA een besluit kan nemen dat ook anderen daartoe gerechtigd zijn. Indien het eerste geldt, dan mogen huisartsenchauffeurs die niet

doorstromen naar de functie van ambulancechauffeur geen voorrangvoertuigen besturen en komt een deel van de dienstverlening daarmee in gevaar. Evenmin staat het de schrijver helder voor ogen of de auto die wordt ingezet als voorrangvoertuig er op een bepaalde -voorgeschreven- wijze uit dient te zien.

Een ander heikel punt lijkt de regeling van de aansprakelijkheid: in wiens opdracht handelt de huisartsenchauffeur ? Handelt hij/zij in opdracht van het ambulancebedrijf, van de CPA of de huisartsendienst; wie is in dezen verantwoordelijk op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen ?

De dienstverlening aan huisartsencentrales speelt geen rol in de Nota Verantwoorde Zorg. Hier wreekt zich het feit dat die Nota steeds een beetje achter de werkelijkheid aanloopt en ook geen beschrijving is van wenselijkheden. Alhoewel veel ambulancebedrijven ondertussen diensten verlenen aan huisartsencentrales wordt dit product niet als zodanig in Verantwoorde Zorg omschreven. Wil men dat wel dan zijn er twee mogelijkheden:

- a. men breidt de omschrijvingen van 'ambulancezorg' zo uit dat het vervoeren en assisteren van huisartsen tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten en/of in spoedeisende situaties daar onder gaat vallen óf
- b. men formuleert expliciet dat ambulancezorgbedrijven ook andere (zorg-)diensten kunnen gaan leveren dan ambulancezorg.

In het eerste geval rekt men de definitie van ambulancezorg op. In het tweede geval is sprake van productverbreding; een ambulancezorgbedrijf voegt nieuwe producten toe aan het assortiment en wordt meer en meer 'zorgbedrijf'.

5.1. Beschrijving

Een derde ‘vorm van differentiatie’ is die waarin een deel van de ambulances wordt gereserveerd voor B-vervoer en de overige óf uitsluitend spoedeisende ritten uitvoeren óf daarnaast ook nog B-vervoer voor hun rekening nemen. Deze vorm van differentiatie komt op veel plekken in Nederland voor. Vele bedrijven wensen een dergelijke afzondering en overwegen dit ook daadwerkelijk in te voeren (zie *Vershil Moet Er Zijn*; Brouwer, 2003); de aanleidingen ertoe zijn divers. In een aantal gevallen trekt men de grens niet bij ‘besteld versus spoedeisend’, maar bij ALS en BLS. Elders (zie volgende hoofdstuk) differentieert men vergaand *binnen* het B-vervoer.

Als voorbeeld van een regio waar de ervaringen inmiddels intern zijn geëvalueerd kan de RAV Zuid Holland Zuid dienen. De directe aanleiding tot de afzondering van ambulances als “B-wagen” was een toename van het besteld vervoer en een afname van het A2-vervoer. Geconstateerd werd dat patiënten voor B-vervoer té vaak té lang moesten wachten op verplaatsing, als gevolg van de voorrang die de spoedeisende ambulancezorg kreeg. Bovendien had men geconcludeerd dat hooggeschoold ambulancepersoneel werd ingezet op zorg die met anders gekwalificeerde krachten naar behoren kon worden uitgevoerd. Die capaciteit was dan een tijd niet inzetbaar in de spoedeisende zorg. In sommige regio’s is de aanleiding tot afzondering van B-vervoer gelegen in de wenselijkheid dat personeel tijdelijk op minder belastende werkzaamheden in te zetten, of -zoals in het instroomproject HBO-V-ers- het feit dat personeel nog niet capabel genoeg is tot het zelfstandig uitvoeren van spoedeisende ritten, maar al wel toegerust is voor besteld vervoer.

In de regio Zuid Holland Zuid ging men er vanuit dat de B-wagen een volledig ingerichte ambulance moest zijn, zoals alle andere. Daarmee kon deze auto ook ingezet worden in buitengewone en/of spoedeisende omstandigheden.

Criteria voor de inzet van de B-wagen werden geformuleerd; de CPA verzorgde de indicatiestelling en de toewijzing. In de praktijk werd slechts een deel van het B-vervoer toegewezen, namelijk het vervoer waarbij geen voorbehouden handelingen in de zin van de Wet BIG werden verwacht.

Gekozen is voor de werving van verpleegkundigen die minimaal opgeleid waren op niveau 4 en die daarna een specialistisch verpleegkundige opleiding volgden of hadden afgerond. De werkzaamheden op de B-wagen werden in deeltijd uitgevoerd. In andere regio’s wordt geen apart personeel voor het afgezonderde besteld vervoer geworven, maar wordt de B-ambulance bemant door zittend personeel dat tijdelijk een deel van een functie uitoefent (bijvoorbeeld in verband met reïntegratie na ziekte, of personeel dat aan het eind van de loopbaan minder belastend werk wenst).

De chauffeurs op de B-wagen werden geworven uit de chauffeurs van de huisartsendiensten. Zij hadden daarna de mogelijkheid door te stromen naar opleiding en functie van ambulancechauffeur.

Het verpleegkundig personeel dat de B-wagen bemante kende minder ‘bevoegdheden en bekwaamheden’ dan de reguliere ambulanceverpleegkundigen. Zij waren niet opgeleid tot ambulanceverpleegkundigen met een SOSA-diploma. Sterker nog: de verpleegkundigen op de B-wagen mochten überhaupt geen voorbehouden handelingen verrichten. De RAV had hen op die terreinen van de beroepsuitoefening (nog) niet voorzien van een bekwaamheidsverklaring.

Met de introductie van de B-wagen kwam extra capaciteit voor het B-vervoer beschikbaar. Ook vervielen een deel van de B-ritten bij de overige ambulances, waarmee hun beschikbaarheid voor het spoedeisend vervoer in principe werd vergroot.

Alle verpleegkundigen voor de B-wagen kregen een intern introductietraject. Dit traject kende omschreven leerdoelen en duurde tussen de 6 weken en 3 maanden, vóórdat men zelfstandig de B-auto kon bemannen.

Bij vacatures voor een functie binnen de ambulancezorg hadden deze verpleegkundigen -als interne kandidaten- een voorkeurspositie. Bij een overstap werden zij aangemeld voor de SOSA-opleiding. Gebleken is dat het ambitieniveau van de verpleegkundigen -na een relatief korte periode zelfstandig te hebben gefunctioneerd- reikt tot verpleegkundige op de A-ambulance. De dienst kan niet steeds aan die wens voldoen, zodat sommigen omzien naar mogelijkheden elders.

In de werving is het uitgangspunt dat voor ongeveer de helft van de kandidaten het functioneren op de B-wagen het uiteindelijke functieniveau zal zijn.

Chauffeurs werden geworven vanuit de chauffeurs voor de huisartsendiensten. Het rijden op de B-wagen biedt al enig carrièreperspectief; de overgang naar de ambulance die ook spoedeisend vervoer verzorgt is een verdere stap, maar niet voor iedereen weggelegd.

5.2. Overwegingen ter beoordeling

5.2.1. Arbeidsmarkt

De situatie op de arbeidsmarkt heeft geen rol gespeeld in het besluit deze vorm van differentiatie in te voeren. Het verloop onder ambulanceverpleegkundigen is gering en er zijn voldoende kandidaten voor dergelijke functies: de extra instroom is nog niet nodig voor de personeelsvoorziening.

Toch biedt dit traject, daar waar krapte ontstaat, de mogelijkheid het arsenaal aan kandidaten te vergroten, of men nu wel of niet doorstroomt naar de functie van ambulanceverpleegkundige. Stroomt men door, dan is er een groter aantal kandidaten waarbinnen geworven kan worden voor de functie van ambulanceverpleegkundige. Indien mensen niet doorstromen wordt een deel van het werk van ambulanceverpleegkundigen uitgevoerd door anders-opgeleiden. En dus kan mogelijk het aantal full time eenheden bij ambulanceverpleegkundigen kleiner zijn dan wanneer zij ook de taken/diensten van de B-wagen voor hun rekening moesten nemen.

Gebleken is dat veel van degenen die men voor de functies op de B-wagen werft, op de reguliere ambulances willen werken. De doorstroming binnen het bedrijf is echter beperkt. Het verloop onder het B-wagen personeel is daarom misschien groter dan gewenst. Feitelijk betekent het dat men -gerelateerd aan het aanbod op de arbeidsmarkt- 'te hoog gekwalificeerden' (mensen met meer potentie en een hoger ambitieniveau) laat instromen. Wellicht vraagt dit bij gelijkblijvende arbeidsmarkt en vergelijkbare verloopcijfers om een aanpassing van de instroomcriteria. Dit zou aanleiding kunnen zijn tot veranderingen in de grens tussen B-vervoer en spoedeisend vervoer. Een optie is de grens voor de B-wagen *binnen* het B-vervoer te trekken, dus een kleiner deel van het B-vervoer door deze auto te laten uitvoeren.

5.2.2. Personeelsbehoud

De B-wagen kan een middel zijn in leeftijdbewust personeelsbeleid en een rol spelen in reïntegratie van het huidige ambulancepersoneel. Indien nodig kan men tijdelijk minder belastend werk op deze auto uitvoeren. Aldus voorkomt men ziekteverzuim, dringt men mogelijk uitstroom naar arbeidsongeschiktheid terug en is het bedrijf in staat om arbeidsongeschikten op een andere functie binnen de eigen organisatie te reïntegreren.

5.2.3. Patiënten

Blijkbaar kunnen niet-SOSA-opgeleide verpleegkundigen structureel (dus niet als onderdeel van een inwerk- en opleidingstraject, zoals bij de instroomtrajecten HBO-verpleegkundigen) een deel van het ambulancevervoer voor hun rekening nemen, zónder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van zorg. De dienstverlening aan een categorie patiënten wordt zelf beter, onder meer doordat de wachttijden korter worden en spoedeisende ritten in veel mindere mate B-ritten verdringen.

5.2.4. Indicaties

Gebleken is dat verpleegkundigen op de B-wagen, tegen de bedoelingen in, tijdens de ritten bepaalde medicatie gebruiken en voorbehouden handelingen uit de Wet BIG uitvoeren. Dat roept vragen op naar de helderheid van de indicatiestelling en/of het op juiste toewijzen van ‘een op de zorgbehoefte toegesneden zorgaanbod’ door de CPA. Immers: als de verpleegkundige op de B-wagen niet bekwaam wordt gevonden tot dergelijke handelingen, zou de CPA geen ritten mogen toewijzen waarbij deze handelingen -op grond van professionele standaarden- noodzakelijk zijn. Een andere mogelijkheid is dat de CPA uit capaciteitsoverwegingen (beschikbaarheid/paraatheid) soms besluit tot de inzet van deze categorie van het personeel, terwijl men weet dat deze voor die zorgverlening eigenlijk niet toegerust is (‘nood breekt wet’).

Het betreffende personeel is zelf van mening dat zij wel in staat is dergelijke voorbehouden handelingen in alle zorgvuldigheid uit te voeren. Hier ‘wreekt zich’ wellicht het feit dat er verpleegkundigen voor de B-wagen worden aangenomen die volgens de wet bevoegd (kunnen) zijn, maar door het bedrijf nog niet *bekwaam* worden geacht. Een deel van de betreffende verpleegkundigen is in opleiding (of is gediplomeerd) voor een specialistisch verpleegkundig beroep. Zij hebben in ieder geval ervaring in de klinische zorg en voerden, voordat zij in dienst kwamen bij het ambulancebedrijf, al uiteenlopende voorbehouden handelingen uit. In de regio waar een verdergaande scheiding binnen het B-vervoer is gemaakt (Den Haag) ligt de grens daar waar verzorgende, verplegende en/of medische handelingen beginnen. Deze criteria blijken in de praktijk minder aanleiding tot ‘grensoverschrijdingen’ te geven, temeer daar in betreffende regio geen personeel wordt aangenomen dat opgeleid is of ervaring heeft met dergelijke handelingen, vóórdat men in de ambulancebranche instroomt.

5.2.5. Verwijzers

De meldingen en het toewijzen van het gedifferentieerde B-vervoer geschiedt via/door de CPA. Zij bepaalt dus welk soort zorgverlening past bij de melding. Er verandert wat dat betreft niets ten opzichte van de oorspronkelijke situatie waarin geen sprake was van gedifferentieerd vervoer. Wel wordt het werk van de CPA er iets complexer op: men moet na de melding bepalen of een bepaald ambulanceteam in staat is een rit uit te voeren.

5.2.6. Ketenpartners

De evaluatie van de B-wagen omvatte niet de ervaringen en meningen van ketenpartners. Hoe zij dus staan ten opzichte van het gedifferentieerde vervoer blijft onbekend.

Doordat de keus is gemaakt om het B-vervoer door een volledig ingerichte ambulance te laten uitvoeren kwam de capaciteit voor spoedeisend vervoer en inzet in het kader van de GHOR (in termen van beschikbare auto’s) niet in gevaar, integendeel: dit werd qua vervoermiddelen uitgebreid.

5.2.7. Vervoersstromen

In Zuid Holland Zuid kwam de B-wagen bovenop het bestaande aantal ambulances. Dat hield dus een capaciteitsuitbreiding in. Elders wordt de beschikbare capaciteit anders ingedeeld en is dus sprake van capaciteitsherverdeling.

Voordat men tot scheiding van B-vervoer (waar men dan ook de grens trekt) en spoedvervoer overgaat zullen de consequenties voor paraatheid en beschikbaarheid moeten worden doorgerekend. Tevens moeten de gevolgen voor GHOR-capaciteit worden verkend.

5.2.8. Financiën

De uitbreiding van de ambulancecapaciteit met een aparte B-wagen kon in deze regio worden gefinancierd, daar het aantal B-ritten in absolute zin, aantoonbaar, was toegenomen.

De salariskosten liggen lager dan van SOSA-opgeleid personeel. Ook de inwerk-/opleidingskosten zijn lager dan die van SOSA-opgeleid personeel. Maar een relatief groter verloop van verpleegkundigen in het B-vervoer leidt mogelijk tot hogere (want frequentere) wervings- en selectiekosten. Over de vraag of en hoeveel men hiermee bespaart, bestaat geen uitsluitel.

De vervoermiddelen zijn even duur: het is immers een volledig, volgens de landelijke voorschriften ingerichte, ambulance.

Ook de kosten van de afhandeling van meldingen zijn even hoog als in de reguliere ambulancezorg: het wordt namelijk verzorgd door de CPA, in tegenstelling tot het gedifferentieerde vervoer in Den Haag (waarover in het volgende hoofdstuk).

5.2.9. Personele zaken

In de regio Zuid Holland Zuid is het instroomniveau voor de B-wagen (en dus een deel van het B-vervoer) vergelijkbaar met de instroom in de functie van ambulanceverpleegkundige zoals die in andere regio's wordt gehanteerd (verpleegkundige met ervaringen en een al dan niet al afgeronde specialistische vervolgopleiding). Het is zelfs hoger dan de instroomcriteria die de SOSA formeel voor haar opleiding hanteert. Bekijkt men het vanuit de branche als geheel (met zijn landelijke regelingen en afspraken) dan kan men de vraag stellen waarom in de ene regio een dergelijke kandidaat wel bekwaam is tot voorbehouden handelingen en in een andere niet, waarom in de ene regio dergelijke instromers zowel in het bestelde als in het spoedeisende vervoer worden ingezet (al dan niet na een inwerktraject) en in de andere slechts gedeeltelijk binnen het bestelde vervoer worden ingezet. Blijkbaar geven instroomeisen aanleiding tot uiteenlopende oordelen over competenties van personeelsleden.

5.2.10. Functies

Het personeel voor de B-wagen wordt specifiek voor deze dienstverlening geworven en aangesteld. In het functiegebouw van het bedrijf bestaat dus een tweede functie, buiten die van de ambulanceverpleegkundige. Weliswaar kán men in principe doorstromen, maar voor een aantal mensen zal het ook de eindfunctie zijn. Niet alleen is het een tweede functie, het is ook -structureel- een tweede niveau.

Voor chauffeurs binnen de RAV zijn er inmiddels drie functies (en niveaus): chauffeur huisartsendienst, chauffeur B-wagen en ambulancechauffeur. Ook hier geldt dat ieder der functies het eindstation kan zijn voor de betreffende personeelsleden. Niet iedereen kan (en wil) doorstromen naar de enige twee functies die in wet- en regelgeving (ook die van de branche zelf) landelijk zijn geformaliseerd, qua arbeidsvoorwaarden, opleiding en bij- en nascholing en dergelijke.

5.2.11. Direct betrokkenen

Daar afzondering van B-vervoer gevolgen kan hebben voor paraatheid en beschikbaarheid, en moet worden ingepast in het Regionaal Ambulance Plan, zal de introductie ervan met de stakeholders moeten worden overlegd (gemeenten, provincie, zorgverzekeraars). Ook met de Inspectie Volksgezondheid moet het een en ander geregeld worden, zoals ten aanzien van de kwaliteitsbewaking.

5.2.12. Wet- en regelgeving

In betreffende regio wordt deze groep verpleegkundige instromers niet bekwaam geacht om de voorbehouden handelingen zoals omschreven in de Wet BIG uit te voeren. In Drenthe beschouwt men de HBO-V instroom -na interne scholing en training- wél bekwaam tot deze handelingen binnen het besteld vervoer. De verklaring waarom het nieuw ingestroomde personeel in Zuid Holland Zuid (in een aantal gevallen hoger opgeleid en met meer klinische werkervaring) niet en personeel in Drenthe wel bekwaam wordt geacht blijft hier achterwege. Duidelijk is dat daar door bedrijven zeer verschillend over wordt gedacht.

6.1. Beschrijving

Al meer dan 10 jaar bestaat in de Haagse regio een aparte voorziening voor een categorie patiënten die weliswaar liggend vervoerd moeten worden, maar waarvoor volledig ingerichte ambulances en regulier geschoold ambulancepersoneel niet noodzakelijk geacht werden. Het maakt deel uit van het geheel van ambulancevoorzieningen (ook wettelijk) en wordt als zodanig gefinancierd.

Er waren een aantal overwegingen om deze vorm van ambulancezorg te introduceren. Het niet-spoedeisend ambulancevervoer moest regelmatig wijken voor spoedeisend vervoer, met alle gevolgen van dien (lange wachttijden en onzekerheid over tijdstip van vervoer). Daarnaast bestond de idee dat de zorgverlening, mits anders georganiseerd en uitgevoerd, goedkoper zou kunnen. Er waren derhalve zowel kwalitatieve als financiële motieven.

De voorziening werd en wordt aangeduid met 'hulpambulances'; deze worden ingezet in het kader van het 'besteld vervoer'. Zij verzorgen echter slechts een déél daarvan en vervullen géén rol in de spoedeisende ambulancezorg en zijn daarvoor ook niet ingericht.

De hulpambulance wordt door twee functionarissen bemand. De hulpambulancebegeleider heeft een opleiding tot en ervaring als ziekenverzorgende. De auto wordt gereden door een intern geschoold chauffeur; tot op heden zijn allen geworven uit de chauffeurs van het rolstoelbusvervoer, onderdeel van hetzelfde concern. De hulpambulancechauffeur assisteert de hulpambulancebegeleider in de omgang met de patiënt. Zowel chauffeur als begeleider kunnen doorstromen naar een functie als ambulancechauffeur, hetgeen ook veelvuldig voorkomt.

De behandelend arts stelt zelf vast dat een patiënt per hulpambulance mag of kan worden vervoerd. Daarvoor zijn heldere, ondubbelzinnige, indicatiecriteria vastgelegd. De categorie patiënten die per hulpambulance wordt vervoerd, moet liggend worden verplaatst, maar behoeft tijdens de rit geen verplegende, verpleegkundige en/of medische zorg. Ook verwacht de arts niet dat de gezondheidstoestand door het vervoer negatief beïnvloed wordt.

Hulpambulancezorg wordt gezien als (ambulance-)zorg; uitdrukkelijk niet als personenvervoer. Overall élders in het land wordt de betreffende categorie patiënten verplaatst met behulp van volledig ingerichte ambulances en met personeel dat is opgeleid volgens de standaarden die in de branche gelden.

De melding voor vervoer geschiedt niet via de CPA, maar -logistiek en operationeel- direct bij de meldkamer van de vervoerder die de hulpambulances exploiteert.

Voor een uitgebreide beschrijving, analyse en oordeel over de bruikbaarheid van dit concept van product- en functiedifferentiatie wordt verwezen naar het onderzoek getiteld *Zorg Gelijk Vervoer ?* (Brouwer, 2003). Daaruit is in ieder geval gebleken dat deze Haagse vorm van differentiatie binnen het bestelde vervoer mógelijk is, maar wel onder bepaalde randvoorwaarden (waaronder de geografische omvang, het aantal ritten in een regio, maar ook wijziging in de wetgeving en in regelingen die de branche zelf heeft opgesteld).

In deze regio is sprake van productdifferentiatie binnen de ambulancezorg, gekoppeld aan permanent te onderscheiden functies. Deze functies kunnen in principe deel uitmaken van het functiegebouw binnen de ambulancezorg, maar doen dat vooralsnog niet. Ook is er sprake van twee soorten ambulance-voertuigen. De dienstverlening aan betreffende categorie patiënten wordt overal elders met 'gewone' ambulances en 'regulier' opgeleid personeel uitgevoerd.

6.2. Overwegingen ter beoordeling

6.2.1. Arbeidsmarkt

De aanleiding tot de invoering van een hulpambulance waren tweërlei: kwalitatieve en financiële overwegingen.

Zoekt men in de ambulancebranche oplossingen voor problemen op de arbeidsmarkt dan betekent productdifferentiatie gekoppeld aan functiedifferentiatie, een middel om die knelpunten te lijf te gaan. Men kan anders-gekwalificeerd personeel in de branche laten instromen. Zij vervullen functies waarin zij een deel van het werk en de taken van regulier ambulance-personeel voor hun rekening nemen. De druk op de arbeidsmarkt voor die groepen neemt dan af.

Hulpambulancebegeleiders en hulpambulancechauffeurs kunnen doorstromen naar de functie van ambulancechauffeur; dat vergroot het potentieel aantal kandidaten voor die functie.

6.2.2. Personeelsbehoud

Afzondering van (deel-) producten binnen de ambulancezorg kan wenselijk zijn in verband met leeftijdbewust personeelsbeleid, het terugdringen van ziekteverzuim en het tegengaan van uitstroom naar arbeidsongeschiktheid, de reïntegratie na ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid en het verlengen van de arbeidzame periode.

Wenst men een personeelsbeleid waarin carrièrestappen zijn ingebouwd, dan is afzondering van delen van de ambulancezorg-productie in andere functies dan die van het reguliere ambulancepersoneel een mogelijkheid. Via een in- of extern scholingsbeleid kan men functionarissen die op het ene niveau (of voor het ene product) instromen uiteindelijk door laten stromen naar een ander niveau of product.

Deze afzondering kan ook worden gemaakt om redenen van sociaal beleid: terugdringen van ziekteverzuim en verloop, reïntegratie na ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid, tegengaan van uitstroom naar arbeidsongeschiktheid, leeftijdbewust personeelsbeleid en demotiebeleid. Beperkt men het hiertoe, dan zijn de productiekosten in hoge mate hetzelfde als die van de 'reguliere ambulancezorg'. Immers de reguliere ambulancezorgverleners voeren dan de afgezonderde producten uit met dezelfde (vervoer-) middelen;

6.2.3. Patiënten

Blijkens onderzoek naar de tevredenheid van patiënten (INTRAVAL/Brouwer, 2003) en van verwijzers/ketenpartners (Brouwer, 2003) sluit hulpambulancezorg goed aan op de zorgbehoeften van de vervoerde patiënten, die overal elders met reguliere ambulances en personeel worden verplaatst.

Deze categorie patiënten wordt niet achtergesteld bij patiënten voor wie spoedeisend vervoer noodzakelijk is. Wachttijden, in de zin van verschil tussen tijd waarop men zegt dat vervoer zal komen en tijdstip waarop dit daadwerkelijk arriveert, zijn tot een absoluut minimum beperkt.

Degenen die met hulpambulancezorg worden verplaatst, zijn ziek én moeten liggend vervoerd worden. Dit maakt hulpambulancezorg tot (gezondheids-)zorg. De zorgbehoeften van deze categorie patiënten reiken niet zover dat *verplegende, verpleegkundige of medische* handelingen noodzakelijk zijn om iemand te kunnen vervoeren.

6.2.4. Indicaties

De Haagse indicatiecriteria zijn dermate onderscheidend dat er zelden of nooit een misverstand is over de vraag of een patiënt met een hulpambulance of met een reguliere ambulance moet worden vervoerd. De indicatiestelling voor deze categorie patiënten verloopt via de behandelend arts. Dit blijkt voldoende waarborgen te bieden voor goede zorg.

Indien men de indicatiestelling toch zou willen onderbrengen bij de CPA, dan hoeft dit niet per definitie te betekenen dat a) de CPA feitelijk de meldingen afhandelt, b) in alle individuele gevallen daadwerkelijk de indicatie stelt, c) de logistiek van het vervoer regelt en d) de afzonderlijke ritten plant en toewijst. Een verantwoordelijkheid van de CPA voor ‘indicatiestelling’ kan ook indirect vorm krijgen: de CPA stelt na overleg de criteria op en bewaakt dat deze door anderen (vervoerder en/of behandelend arts) juist worden toegepast.

6.2.5. Verwijzers

De organisatie en logistiek van de hulpambulancetzorg in Den Haag wordt buiten de CPA verzorgd. Het geschiedt wel onder de eindverantwoordelijkheid van een ‘gezondheidszorginstelling’ (het ambulancebedrijf van hetzelfde concern).

Bij het bepalen van de plek, instantie of beroepsbeoefenaar waar de “verwijzing/indicatiestelling” moet plaatsvinden kan onderscheid gemaakt worden in niveaus: er is sprake van een indicatie op:

1. *micro*-niveau (mag/moet deze concrete patiënt volgens de geldende criteria deze vorm van zorg krijgen);
2. *meso*-niveau (welk deel van de organisatie en welke organisatie ziet er op toe dat de indicatiestelling op microniveau conform de afspraken wordt uitgevoerd);
3. *macro*-niveau (wie stelt de indicatiecriteria op, wie beslist dat zij aldus moeten worden ingevoerd en ziet toe op coördinatie en afstemming met andere vormen van zorg).

Voor een goede, verantwoorde, indicatiestelling is het niet per definitie noodzakelijk dat de drie niveaus bij één functionaris, één deel van een organisatie, of zelfs bij één organisatie worden gelegd;

6.2.6. Ketenpartners

Bij de introductie van hulpambulances en afhandeling van aanvragen buiten de CPA verandert de aard van de meldingen bij de CPA; deze bestaan vanaf dat moment uit spoedeisende meldingen en aanvragen voor high- en medium-care besteld vervoer. Dit zet mogelijk meer ‘druk’ op centralisten.

De hulpambulances Den Haag vervullen (nog) geen rol in het kader van de GHOR. Wel is de beschikbaarheid van de reguliere ambulances voor dat doel voldoende om die taken naar behoren te vervullen. Ook in andere regio’s moet bij invoering gekeken worden naar de gevolgen voor de capaciteit in opgeschaalde situaties.

De zorginstellingen die als bestemming of vertrekpunt gelden voor patiënten die met de hulpambulance worden verplaatst zijn ingenomen met deze dienstverlening, onder meer omdat patiëntenstromen beter te plannen zijn (men weet wanneer iemand komt en/of vertrekt). Ook familieleden achten dit een groot goed, zowel voor de patiënt als voor henzelf.

6.2.7. Vervoersstromen

Hulpambulanceritten vormen plusminus 17 procent van het totaal aantal ambulanceritten. Vertaalt men dit naar Nederland, dan verrijden ambulances meer dan 145.000 ritten die, conform de Haagse criteria, met een hulpambulance kunnen worden gereden.

Het omzetten van ambulancecapaciteit in hulpambulanc capaciteit betekent niet alleen “verlies van” ambulancecapaciteit. Deze capaciteit neemt toe, doordat een deel van de patiënten vanaf dat moment met hulpambulances wordt verplaatst. Als men uitgaat van tijden en dagen waarop de Haagse hulpambulances inzetbaar zijn (7-22 uur) dan verrijdt iedere gewone ambulance in Nederland bij ongedifferentieerd vervoer rond de 350 ‘hulpambulanceritten’ per jaar.

Voordat wordt beslist om een voorziening zoals hulpambulances te introduceren moet onderzoek gedaan worden naar omvang en aard van de zorgvraag van categorieën patiënten, overige zorgvoorzieningen, ketenpartners en (mogelijke) verwijzers en dergelijke (marktonderzoek). Uit het rapport **Zorg Gelijk Vervoer ?** komt naar voren dat deze vorm van differentiatie niet in alle regio’s bedrijfseconomisch verantwoord kan worden ingevoerd, gezien het totaal aan potentiële hulpambulanceritten.

6.2.8. Financiën

Onder bepaalde omstandigheden zijn financiële voordelen te behalen door een deel van het bestelde vervoer af te zonderen van de spoedeisende ambulancezorg en het high- en medium-care bestelde vervoer. De financiële voordelen zijn vooral te realiseren bij:

- a) de kosten van de afhandeling van aanvragen voor hulpambulancezorg-vervoer (meldkamer) (in Den Haag de helft van de financiële voordelen);
- b) anders gekwalificeerd personeel dan dat in de reguliere ambulances (een derde);
- c) in anders ingerichte vervoermiddelen dan de reguliere ambulances (plusminus een zesde);

Als men de afhandeling van het hulpambulancevervoer onderbrengt buiten de CPA, dan zal het moeilijk blijken deze ritten te laten meetellen in de budgettoewijzing voor deze CPA. Laat men echter de ritten daarin wel volledig meetellen dan vervalt de helft van de mogelijke financiële voordelen van de invoering van het “Haagse model” voor hulpambulancevervoer.

Deze financiële voordelen zijn door de bank genomen alleen te behalen als een deel van de ambulancecapaciteit wordt omgezet in hulpambulance-capaciteit. Indien bij invoering van hulpambulancezorg geen ambulancecapaciteit wordt omgezet in hulpambulancecapaciteit, dan stijgen de kosten van ambulancezorg in de regio en daalt de bezettingsgraad van ambulances, omdat een deel van het vervoer met andere middelen wordt gedaan.

6.2.9. Personele zaken

Het onderbrengen van hulpambulancepersoneel in een andere CAO dan die voor het ambulancevervoer (in Den Haag kent het personeel bedrijfsgebonden arbeidsvoorwaarden) is naar alle waarschijnlijkheid alleen mogelijk indien men het hulpambulancevervoer formeel juridisch, arbeidsrechtelijk, onderbrengt in een organisatie los van het ambulancevervoer. Een degelijke constructie is ook gevolgd bij een der regio die deelnamen aan het instaptraject ambulancechauffeur: de dienstverlening aan de huisartsen centrale is ondergebracht in een besloten vennootschap los van het ambulancezorg-bedrijf.

Aangezien hulpambulancezorg voor wat betreft rijdende en begeleidende taken van de chauffeur, naast verschillen, overeenkomsten vertoont met (een deel van de taken) van de chauffeur in de ambulancezorg kan eventueel ook binnen de systematiek van de CAO en Salarisregeling Ambulancezorg een plaats voor de hulpambulance-chauffeur worden gezocht c.q. geschapen;

De benodigde kwalificaties voor hulpambulancepersoneel worden in hoge mate beïnvloed door de gestelde indicatiecriteria; in de Haagse situatie sluiten die criteria uit dat de als ziekenverzorgende opgeleide hulpambulancebegeleider de kernactiviteiten van het beroep waarvoor zij zijn opgeleid kunnen en mogen uitvoeren. Dit kan gevolgen hebben voor de motivatie, in- en uitstroom.

Men dient zich er rekenschap van te geven dat aard en samenstelling van werkzaamheden van ambulancepersoneel met de introductie van hulpambulances verandert; er valt een deel van de patiëntcategorieën af en verhoudingsgewijs vindt er meer spoedeisend en high- en medium care besteld vervoer plaats; ook zijn veranderingen in roostering, piket- en/of parate diensten denkbaar.

6.2.10. Functies

De functie van hulpambulancebegeleider is een gezondheidszorgberoep of -functie. Van de hulpambulancechauffeur worden -naast rijtechnische vaardigheden voor niet-spoedeisend vervoer- dusdanige vaardigheden verlangd, dat de functionaris de hulpambulancebegeleider kan assisteren bij de zorg voor en de omgang met de patiënt en diens naasten; de functie behelst derhalve meer dan het vervoeren van (gezonde of zieke) personen van A naar B.

Beide functionarissen moeten gekwalificeerd zijn om dergelijke (zorg- en begeleidings-) taken naar behoren te vervullen.

Daar hulpambulances voornamelijk rijden op doordeweekse dagen en weinig onregelmatige werkdagen kennen zouden de functies van zowel begeleider als chauffeur goed te combineren zijn met deelfuncties als chauffeur/assistent huisartscentrale. In Den Haag zijn het vooralsnog full time functies; de combinatie met een huisartscentrale komt (nog) niet voor. Ook de auto zou met een aantal aanpassingen wellicht gecombineerd kunnen worden.

6.2.11. Direct betrokkenen/stakeholders

Een belangrijke randvoorwaarde bij de invoering van hulpambulancezorg is dat spreiding en paraatheid op een aanvaardbaar niveau blijven of komen. Een andere voorwaarde is dat de GHOR-capaciteit voldoende blijft. Aan beide wordt in de Haagse regio voldaan.

In regio's waar knelpunten zijn in de paraatheid kan men overwegen het probleem (deels) op te lossen niet door toevoeging van reguliere ambulances, maar door toevoeging van hulpambulances. Er ontstaat ruimte, doordat ambulances een deel van het besteld vervoer 'overdragen' aan de hulpambulance; deze capaciteit kan worden benut voor verbeteringen in paraatheid spoedeisend vervoer.

In regio's waar de paraatheid voldoende is kan -gegeven de beperkte middelen- niet worden volstaan met de introductie van de hulpambulance; er zal ambulancecapaciteit moeten worden omgezet in hulpambulancecapaciteit, maar niet in die mate dat de spreiding, paraatheid en de GHOR-capaciteit in gevaar komt.

6.2.12. Wet- en regelgeving

Op dit moment is invoering van hulpambulancezorg zoals in Den Haag vormgegeven wettelijk elders niet mogelijk. In de huidige WAV is expliciet een uitzondering gemaakt voor betreffende regio. In **Zorg Gelijk Vervoer ?** is aanbevolen dat de nieuwe wet zo moet worden vormgegeven dat iedere RAV de vrijheid moet hebben om ook andere dan de reguliere vormen van (ambulance-) zorg en zorgvervoer te introduceren. Die vrijheid moet zijn ingebed in randvoorwaarden en kwaliteitseisen zoals overeenstemming met zorgverzekeraar, patiëntenorganisaties, ketenpartners en verwijzers, voldoende paraatheid en een goede spreiding, voldoende GHOR-capaciteit, toepassing Kwaliteitswet Zorginstellingen, certificering conform de HKZ-systematiek en protocolering volgens de systematiek van de ambulancezorg. De wetgever zou uitsluitend deze vrijheid-in-gebondenheid moeten regelen en geen gedetailleerde voorschriften voor indicering, organisatorische plek et cetera in de nieuwe WAV moeten opnemen. Voordeel daarvan is eenvoud in wetgeving en het leggen van verantwoordelijkheden voor de inrichting van de zorgverlening waar deze hoort te liggen.

De wetgever kan 'de' hulpambulance tot een vorm van ambulancezorg maken door al het medisch geïndiceerde vervoer waarbij patiënten liggend moeten worden vervoerd, tot de ambulancezorg te rekenen, lós van de vraag met welk voertuig dit geschiedt, de wijze waarop dat voertuig is ingericht, het personeel dat een en ander uitvoert en de vraag wie de medische verantwoordelijkheid draagt voor de indicatie dat iemand liggend moet worden vervoerd.

Op grond van de huidige wet- en regelgeving beschikt de Inspectie Gezondheidszorg over mogelijkheden toe te zien op de uitvoering van die wet en regelgeving; zij zou van die mogelijkheden gebruik moeten maken. Tot de wetten waarop zij in de Haagse situatie en eventueel elders kan toezien behoren in ieder geval de Wet Ambulance Vervoer en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

In de definiëring van 'ambulancezorg' door de sector zelf zouden minder strikte eisen moeten worden gesteld aan de aard van het voertuig, het personeel dat kan worden ingezet en dergelijk. Men moet 'ambulancezorg' beschouwen als *productgroep*; dat wil zeggen een geheel van uiteenlopende, maar wel verwante, producten die ieder zijn toegesneden op een categorie patiënten en hun zorgbehoeften.

Wenst men een grotere sturende rol voor de zorgverzekeraars dan is er alle aanleiding om de precieze organisatorische en operationele vormgeving -binnen kaders en randvoorwaarden- over te laten aan de regionale betrokkenen: zorgverzekeraar, patiëntenorganisaties, vervoerder(s), vergunninghouder, ketenpartners en dergelijke.

7.1. Beschrijving

In veel ambulanceregio's wordt onderscheid aangebracht tussen uitvoerings- en staftaken. Tot de eerste rekt men de werkzaamheden die centraal staan in de specifieke beroepsdomeinen van ambulance-chauffeur en -verpleegkundige. De andere taken kunnen weliswaar tot de functie behoren, maar zijn van een andere orde dan deze kerntaken van uitvoerenden. De aard van de werkzaamheden maakt dat zij ook door anderen, al dan niet gespecialiseerde krachten, kunnen worden uitgevoerd; in grotere organisaties is dat ook vaak het geval. Staftaken worden dan niet verdeeld, maar juist gegroepeerd tot een nieuwe functie.

Men verdeelt staftaken over uitvoerend personeel, in plaats van die taken te concentreren bij speciaal daarvoor aangesteld personeel. Een chauffeur of verpleegkundige krijgt er nieuwe taken bij. Voorbeelden daarvan zijn: GHOR-taken, ICT-beheer-taken, lid van een Bedrijfs Opvang Team, taken in het beheer van het wagenpark, werkbegeleider, trainer in het kader van regionale bijscholingen, lid van een organisatiebreed projectteam et cetera. In andere gevallen krijgen uitvoerende medewerkers coördinerende of leidinggevende taken naast het uitvoerend werk (bijvoorbeeld teamleider of locatie-manager). Vanzelfsprekend komt het ook voor dat er fulltime staffuncties worden geschapen die worden ingevuld door medewerkers die voorheen uitvoerend werk verrichten..

Eén van de overwegingen waarom staf- en/of coördinerende c.q. leidinggevende taken worden toegevoegd aan uitvoerende werkzaamheden is dat daarmee de aantrekkelijkheid van de functie wordt vergroot. Zo zou er bijvoorbeeld meer loopbaanperspectief worden geschapen. Dit perspectief ontstaat ook als er full- of parttime staffuncties worden geformeerd, waarvoor uitvoerend personeel in aanmerking komt.

Volgens de "letter van de wet" is het toevoegen van staftaken aan uitvoerend werk geen differentiatie, maar **taakverbreding**. In de meeste beroepen komen dergelijke taken standaard voor in het beroepsprofiel. Daar waar ambulancebedrijven zeggen te differentiëren komt het vaak neer op dit type functietoedeling.

In de regio Oostelijk Zuid-Limburg is een tweetal jaren geleden een concept-notitie tot stand gekomen waarin het scheppen van loopbaanperspectief werd gekoppeld aan de toedeling van staf- en andere, niet-uitvoerende, taken.

Dat perspectief kan al beginnen bij de instroom; zowel chauffeurs als verpleegkundigen worden aangenomen in een aanloopschaal en komen in een fase die werd aangeduid met "**Intrede in de ambulancehulpverlening**". In deze fase zouden chauffeurs en verpleegkundigen uitsluitend worden ingezet in de huisartsdienst of in het besteld ambulancevervoer. Indien daartoe noodzaak bestaat lopen zij stages om in aanmerking te komen voor doorstroming naar functies in de ambulancehulpverlening. In deze fase volgen de medewerkers de SOSA-opleiding, indien zij daarvoor in aanmerking komen.

Na diplomering kan men doorstromen naar de fase die wordt geduid met "**AHV basis**". Medewerkers functioneren in een team zelfstandig op de ambulance en krijgen alle soorten ritten toegedeeld. Zij werken volgens de landelijke protocollen en voldoen aan de bij- en nascholingsregelingen en het systeem van profchecks. Ook kunnen zij worden ingezet in het Mobiel Medisch Team.

De organisatie biedt aan ervaren AHV-basis medewerkers de mogelijkheid om naast het uitvoerend werk staf- en anderssoortige werkzaamheden te verrichten. Honorering vindt plaats door middel van toeslagen. De fase wordt aangeduid met "**AHV-plus**".

Medewerkers die een tijdlang in de "AHV-plus-fase" hebben verkeer, wordt gevraagd over de stappen naar een functie waarin zij niet langer op de ambulance werkzaam zijn, maar zich volledig richten op anderssoortige taken. De aanleiding voor de overstap kan velerlei zijn: de medewerker ziet het zelf als een belangrijke fase in zijn/haar loopbaan, men wil minder belastend of heel ander werk. Deze fase werd aangeduid met "**Specialisatie-fase**".

Aan de functie kan een andere inschaling gekoppeld zijn. Deze specialisatie-fase is niet voor alle medewerkers weggelegd, maar dat geldt ook voor de AHV-plus-fase.

Deze fasering biedt in principe mogelijkheden om medewerkers desgewenst weer werkzaamheden in een *vorige* fase te laten uitvoeren, al dan niet tijdelijk. Dat zou bijvoorbeeld kunnen als onderdeel van leeftijdsbewust personeelsbeleid, of als fase in een reïntegratietraject na ziekte of tijdelijke arbeidsongeschiktheid.

Een aantal medewerkers zou wel doorstromen naar het niveau van SOSA-geïndiceerd beroepsbeoefenaar, maar anderen blijven functioneren op het “intrede-niveau” en worden blijvend ingezet ten behoeve van huisartsencentrales of binnen het besteld ambulancevervoer.

Zo ontstaan twee niveaus van ambulancepersoneel; zij die een deel van de ambulancezorg uitvoeren en zij die in de volle breedte inzetbaar zijn. Of en op welke wijze het personeel op het ‘intrede-niveau’ kan worden ingezet in de spoedeisende ambulancezorg bleef in de conceptnotitie onuitgewerkt.

7.2. Overwegingen ter beoordeling

7.2.1. Arbeidsmarkt

Alhoewel de directe aanleiding tot het ontwikkelen van de ideeën niet direct gelegen was in de situatie op de arbeidsmarkt, zou een dergelijke opzet wel het arsenaal aan kandidaten kunnen vergroten. Men werft immers ook personeel dat niet volledig en meteen aan de instroomeisen voor functies in de reguliere ambulancezorg voldoet: een deel is werkzaam ten behoeve van een huisartsendienst, een deel in het besteld vervoer. Een aantal personeelsleden in de ‘intrededefase’ loopt stages zodat zij gaan voldoen aan de vereisten voor deelname aan de SOSA-opleiding en waarmee zij in aanmerking komen voor doorstroming naar de ambulancezorg.

7.2.2. Personeelsbehoud

Expliciet wordt de mogelijkheid opengehouden dat personeelsleden in iedere fase naar een eerdere fase ‘terug’stromen. Dit kan een bijdrage zijn aan behoud van personeel. Zij zouden wellicht anders in de ziektewet raken, arbeidsongeschikt worden, ‘te vroeg’ met pensioen gaan of op zoek naar een baan buiten de ambulancezorg.

7.2.3. Patiënten

Het standpunt dat instromers een tijdlang uitsluitend op B-vervoer worden ingezet duidt aan dat men ook hier dacht aan het afzonderen van B-vervoer en spoedeisend vervoer. De voordelen daarvan voor de patiënt werden al eerder benoemd: kortere of geen wachttijden, niet langer de kans lopen dat een afgesproken rit pas later wordt uitgevoerd.

7.2.4. Indicaties

Over de grens waarlangs men B-vervoer van spoedeisend vervoer afzondert, is hiervoor al het een en ander gezegd: ligt die grens precies tussen spoedeisend en besteld, of -zoals in Zuid Holland Zuid- bij voorbehouden handelingen voor initieel opgeleide verpleegkundigen uit de Wet BIG, of tussen ALS en BLS, of -zoals in Den Haag- al die situaties waar geen verplegende, verzorgende en/of medische handelingen noodzakelijk zijn. De afgrenzing moet geen aanleiding geven tot interpretatieverschillen tussen CPA centralisten onderling of tussen centralisten en ambulancebemanningen.

7.2.5. Verwijzers en ketenpartners

De CPA behoudt in de conceptnotitie haar rol in indicatiestelling, verwijzing en rittoedeling.

Voor de partners in de keten van zorg hoeft de voorgestelde fasering geen knelpunten op te leveren, indien de beschikbaarheid van de ambulancezorg dezelfde blijft als voorheen, of zelfs verbetert.

7.2.6. Vervoersstromen

Wat bij andere initiatieven werd gezegd over eventuele voor- en nadelen van de afzondering van (delen van) het besteld en het spoedeisend vervoer geldt ook hier.

7.2.7. Financiën

Financieel gezien lijken er niet meteen voordelen te behalen met de invoering van deze fasering in een loopbaan binnen het ambulancebedrijf, behoudens als gevolg van efficiencyverbeteringen, lager ziekteverzuim, minder uitstroom naar arbeidsongeschiktheid, lager wervings- en selectiekosten door kleiner verloop en dergelijke. Afzondering van besteld en spoedeisend vervoer betekent een hogere bezettingsgraad voor B-wagens. Dit compenseert, geheel of deels, een lagere bezettingsgraad van het spoedeisend vervoer.

7.2.8. Personele zaken

Het personeel wordt gedurende de “intrede-fase” ingedeeld in een aanloopschaal. Voor zover het gaat om tijdelijke functies, als voortraject naar de reguliere functies in de ambulancezorg, is dat in de CAO voor de sector inpasbaar.

Als personeel niet doorstroomt naar een volgende fase zal er iets anders moeten worden overeengekomen. Het voorkomen van structurele functies die geen onderdeel uitmaken van de landelijke arbeidsvoorwaarden en rechtspositieregeling dwingt organisaties tot het treffen van bedrijfsgebonden of individueel overeengekomen regelingen. Daarmee ontstaat de situatie dat een deel van het personeel wel onder de CAO voor de ambulancezorg valt en een ander deel een eigen regeling kent. Bovendien kunnen verschillen tussen regio's ontstaan.

7.2.9. Functies

Uitgangspunt in de conceptnotitie was dat iedereen in principe in aanmerking moet kunnen komen voor doorstroming naar functies als ambulancechauffeur en -verpleegkundige. Toch wijzen de ideeën in de richting van het ontstaan van meer functies dan uitsluitend deze twee. Het is namelijk mogelijk dat iemand in de “intrededefase” werkzaam blijft en niet doorstroomt (eigen keus of niet geschikt geacht).

Er ontbreekt mogelijk een element in de ideeënvorming. De “specialisatiefase” zou ook kunnen bestaan uit:

- a) een vorm van specialisatie binnen de beroepsuitoefening van ambulancezorgverleners zelf of
- b) in nieuwe zorgtaken buiten de directe ambulancezorg.

Voorbeelden zijn:

- ad. a. specialisatie in het vervoer van neonaten (‘babyance’, Amsterdam);
- ad. a. specialisatie in bepaalde vormen van intensive care vervoer (‘MICU’, Amsterdam);
- ad. b. doorstroming naar de functie van nurse practitioner, in het kader van uitbreiding van de dienstverlening aan huisartsen in een regio;
- ad. b. verpleegtechnische assistentie in de thuiszorg, bij de cliënten thuis, op verzoek van de thuiszorginstelling.

In deze gevallen is sprake van *verdieping* in de functieuitoefening en het eigen vakgebied. Men blijft binnen het beroep (verpleegkundige) en binnen (ambulance) zorgtaken. Het verbreden van het assortiment aan producten die ambulancezorgbedrijven (kunnen) leveren vergroot deze mogelijkheden voor het personeel.

7.2.10. Stakeholders

Betrokkenen als de Inspectie voor de Gezondheidszorg, gemeentelijke en provinciale overheden, Patiënten- en Consumenten Federatie, zorgverzekeraars en dergelijke kunnen, waar nodig, naar alle waarschijnlijk overtuigd worden van de wenselijkheid van een dergelijke fasering van loopbanen binnen ambulancezorgbedrijven en het feit dat dit voor patiënt, zorg en vervoer geen negatieve consequenties zal hebben.

7.2.11. Wet- en regelgeving

Tot de juridische voetangels en klemmen behoort de vraag of men volgens de huidige wet- en regelgeving (waartoe hier ook steeds die van de branche zelf worden gerekend) een niet-SOSA opgeleide verpleegkundige of chauffeur wel B-vervoer mag laten uitvoeren. In de huidige Wet Ambulance Vervoer en de daaraan gekoppelde overige regelingen wordt voor het functioneren op de ambulance nadrukkelijk verwezen naar SOSA-opgeleid personeel. Binnen de regelingen die de branche zelf heeft opgesteld wordt voorgeschreven dat de zorgverlening uitsluitend door chauffeurs en verpleegkundigen met een dergelijk diploma mag worden uitgevoerd. Er wordt daarbij géén onderscheid gemaakt tussen B-vervoer en spoedeisend vervoer, tussen ALS en BLS en ook niet tussen het liggend vervoeren van patiënten voor wie tijdens het vervoer geen verplegende, verpleegkundige en/of medische handelingen noodzakelijk zijn en andere klanten van de ambulancezorg.

Tot op heden is het dus ‘niet legaal of gelegitimeerd’ om een deel van de ambulancezorg structureel door anderen te laten uitvoeren dan personeel met een SOSA-diploma of dat daarvoor in opleiding is (behalve in Den Haag). Dat is hoe dan ook een rem op de mogelijkheid tot differentiatie, een rem bovendien die er in vele regio’s al vanaf gehaald is.

In dit hoofdstuk worden de beschreven initiatieven gelegd langs de “meetlat” van SOVAM beleidsdoelstellingen.

De criteria voor een oordeel zijn ontleend aan de onderzoeksvragen:

1. levert het initiatief een bijdrage aan verkleining van knelpunten op de *arbeidsmarkt* ?
2. blijft de *kwaliteit van zorg en arbeid* op zijn minst op het huidige niveau gehandhaafd en waar mogelijk bevorderd ?
3. is het initiatief *doelmatig*, ofwel worden de beoogde doelstellingen op die wijze gehaald ?
4. is de vormgeving van de differentiatie *ondubbelzinnig*, dus slechts voor één uitleg vatbaar ?
5. is de beschreven vorm van differentiatie *landelijk toepasbaar* ?

8.1. Verkleining knelpunten arbeidsmarkt

De regionale projecten die betrekking hadden op *gedifferentieerde instroom* in de functie van *ambulanceverpleegkundige* leverden een bijdrage aan het verkleinen van knelpunten op de arbeidsmarkt. Het aantal potentiële kandidaten dat in de sector kon instromen werd vergroot door minder hoge eisen aan het begin van een carrière te stellen.

Alhoewel de aanleiding niet gelegen was in knelpunten op de arbeidsmarkt, kan een zelfde oordeel gelden voor de *opstaptrajecten voor de ambulancechauffeur*.

Afzondering van B-vervoer en spoedeisend vervoer draagt niet zonder meer bij aan oplossing van arbeidsmarktproblemen, tenzij men de instroomeisen van personeel wijzigt en/of nieuwe functies introduceert voor deelproducten.

Differentiatie binnen het besteld vervoer in de vorm van hulpambulances draagt bij aan verkleining van de problematiek op de arbeidsmarkt, indien dit initiatief gekoppeld is aan functiedifferentiatie: de functie op de hulpambulance wordt met ander personeel ingevuld dan dat in de ‘gewone’ ambulancezorg.

De onderscheiding van *staf-, coördinerende en uitvoeringstaken* kan indirect een bijdrage betekenen aan verkleining van arbeidsmarktproblematiek. Als het doel personeelsbehoud wordt gehaald is er minder uitstroom, dat moet worden vervangen.

8.2. Kwaliteit van zorg en arbeid

Gedifferentieerde instroom in de functie van *ambulanceverpleegkundige* hoeft geen gevolgen te hebben voor de kwaliteit van de zorgverlening, mits de inzet van het nieuw ingestroomde personeel zorgvuldig wordt gepland, op grond van heldere inzetcriteria en op voorwaarde dat daaraan de hand wordt gehouden. De kwaliteit van arbeid is mogelijk in het geding als werkzaamheden van het zittend personeel qua aard en samenstelling veranderen; nieuw personeel is niet (meteen) op alle taken inzetbaar. De taken die zij niet kunnen uitvoeren worden extra toebedeeld aan zittend personeel en kunnen voor hen leiden tot verhoging van de werkdruk.

Op het moment dat instromers niet kunnen doorgroeien naar het reguliere eindniveau ontstaan twee functies binnen de ambulancezorg. Dat veronderstelt dat een lager geschoold personeelslid kwalitatief goede zorg kan leveren aan de categorie patiënten die aan hem/haar wordt toegedeeld. Of de kwaliteit van arbeid in de nieuw functie voldoende is om deze personeelsleden te behouden blijkt pas op termijn. Dat is vooral afhankelijk wie men laat instromen met welke vooropleiding.

De *gedifferentieerde instroom* in de functie van *ambulancechauffeur* (eerst als chauffeur huisartsendienst en later -als carrièrestap- doorstroming naar de functie van ambulancechauffeur) betekent in principe evenmin dat de kwaliteit van zorg geweld wordt aangedaan. De mogelijkheid tot doorstroming draagt bij aan de kwaliteit van arbeid; een knelpunt is dat niet iedere kandidaat die stap kan maken. Dat is afhankelijk van het aantal vacatures in de vervolgfunctie ambulancechauffeur. Kan men de stap niet zetten, maar blijft men in de beginfunctie werkzaam dan is een tweede functieniveau ontstaan.

De kwaliteit van zorg wordt bevorderd door differentiatie in de vorm van *afzondering van B-vervoer*; voornamelijk voor de categorie patiënten die met dit ‘besteld vervoer’ wordt verplaatst. Het vervoer hoeft niet langer te wijken voor spoedeisende ritten, onzekerheid over wachttijden is er niet (op voorwaarde dat de planning goed is geregeld). De kwaliteit van arbeid is vooralsnog een vraagteken. Dat geldt niet voor de nieuw-instromers die weten dat het exclusief uitvoeren van B-vervoer onderdeel vormt van het inwerk- en (voor-)opleidingstraject; wel voor medewerkers voor wie B-vervoer de eindfunctie zal blijken te zijn.

De *differentiatie* binnen het besteld vervoer naar ‘*Haags model*’ blijkt tot volle tevredenheid van patiënten, verwijzers en ketenpartners te worden uitgevoerd; de kwaliteit staat niet ter discussie. Wachttijden zijn nihil; de bejegening door het personeel wordt als positief ervaren. Kijkt men naar de kwaliteit van arbeid dan blijkt deze voor de hulpambulancechauffeur in orde; voor de instromers is de functie een carrièrestap. Bovendien bestaat de mogelijkheid door te stromen naar de functie van ambulancechauffeur. Voor een deel van de hulpambulancebegeleiders die zijn opgeleid als ziekenverzorgende bleek de functie niet geheel aan de verwachtingen te voldoen, omdat het werk geen ‘verzorgende en verplegende’ elementen bevatte. Zij stroomden de sector uit.

Differentiatie door het onderscheiden en combineren van *staf-, coördinerende en uitvoeringstaken* draagt niet direct bij aan de kwaliteit van zorg; wel kan het de kwaliteit van arbeid vergroten. Er wordt meer loopbaanperspectief geschapen; mensen blijven daarmee behouden voor het bedrijf en de ambulancezorg als sector.

8.3. Doelmatigheid

De vraag naar ‘doelmatigheid’ is de vraag of men met de ingezette middelen ook daadwerkelijk het vooropgezette doel bereikt of kan bereiken.

De regio’s waar *gedifferentieerd* is in *instroom van ambulanceverpleegkundigen* (hoofdstuk 3) hadden een probleem om kandidaten te vinden voor de functie van ambulanceverpleegkundige. Door andere dan de reguliere instroomeisen te formuleren meldden zich wel voldoende kandidaten. Belangrijke vraag is of datzelfde doel niet ook langs een andere weg had kunnen worden bereikt. Vooronderstelling was namelijk dat een te beperkte groep kan voldoen aan de eisen die men normaal gesproken stelt; een probleem op de arbeidsmarkt. Daarvoor zijn echter geen ‘harde bewijzen’. Dat zich ‘onvoldoende kandidaten’ melden kan *bijvoorbeeld* te maken hebben met de onaantrekkelijkheid van een werkgever; als onaantrekkelijk beoordeelde randvoorwaarden zoals verhuisplicht in combinatie met piketdiensten; toeslagen bovenop CAO-salaris voor groepen specialistisch verpleegkundigen die schaars zijn, door collega-zorginstellingen; door het beperken van wervingsactiviteiten tot open sollicitaties en/of tot de wervingsactiviteiten van personeelsleden in eigen familie-, vrienden- en kennissenkring. Indien één van deze redenen leidt tot een te kleine instroom dan is verruiming van de instroomeisen niet per definitie een goede oplossing. Noodzakelijk is daarom een goede regionale analyse van dat deel van de arbeidsmarkt waarop de ambulancezorg zich richt.

Eenzelfde redenering geldt voor al die regio’s waar in de toekomst problemen ontstaan op de arbeidsmarkt voor *ambulancechauffeurs* (overigens zijn daar op dit moment geen aanwijzingen voor).

De differentiatie in de vorm van *afzondering van B-vervoer*, zoals besproken in hoofdstuk vijf, werd ingegeven door de toename van het aantal B-ritten en door de wens de toenemende wachttijden binnen dat vervoer terug te dringen. Beide doelstellingen kunnen door de afzondering van (een deel van) het B-vervoer naderbij gebracht worden. Ook hier geldt dat dezelfde doelstellingen wellicht ook anders zijn te bereiken, bijvoorbeeld door de reguliere ambulancezorg navenant uit te breiden: meer 'gewone' ambulances, meer 'gewoon' ambulancepersoneel. De keus die men maakt moet gestoeld zijn op een goede analyse van de productie, plus het naast elkaar leggen van verschillende scenarios.

De introductie van *hulpambulances* kende twee hoofdredenen: de kwaliteit van zorg en vervoer voor een bepaalde categorie patiënten verbeteren (met name de te lange en onzekere wachttijden) en financiële voordelen behalen. Uit het onderzoek *Zorg Gelijk Vervoer ?* (Brouwer, 2003) is komen vast te staan dat deze doelstellingen gehaald zijn.

Het belangrijkste doel dat men kan bereiken met differentiatie in de vorm van onderscheiding van *staf-, coördinerende en uitvoeringstaken* (hoofdstuk zeven) is verbetering in de kwaliteit van arbeid (door toegenomen loopbaanmogelijkheden) leidend tot behoud van zittend personeel. De functies worden bovendien interessanter voor kandidaten uit andere (zorg-) sectoren waar doorstroming minder goed mogelijk is. In de in hoofdstuk 7 beschreven opzet is geopperd dat personeel naar een vorige 'fase' teruggaat, bijvoorbeeld als onderdeel van demotie-beleid of van reïntegratie na ziekte of arbeidsongeschiktheid. In de praktijk zal blijken dat 'een stap terug' niet eenvoudig wordt gezet. Allereerst is daar het vraagstuk van de arbeidsvoorwaarden: behoudt men de 'oude' rechten volledig. Veel belangrijker lijken niet-materiële aspecten als: wordt het door de persoon in kwestie ervaren als 'degradatie' en hoe oordelen collegae over de stap.

8.4. Ondubbelzinnigheid

Initiatieven met *gedifferentieerde instroom* in de functie van *ambulanceverpleegkundige* geven aanleiding tot vragen. De eisen die gesteld worden variëren, zonder dat altijd inzichtelijk is wat daarvan de redenen zijn. Blijkbaar zijn er onduidelijkheden wat de kandidaten aan bruikbare kennis, vaardigheden en houding op enig moment in huis hebben. Dezelfde instroomeisen leidden niet overal tot dezelfde keuzes op welke onderdelen van zorg en vervoer medewerkers kunnen worden ingezet. Kandidaten met dezelfde uitgangspositie qua initiële en/of vervolgopleiding en/of ervaring worden in de ene regio wel en in een andere regio niet bekwaam geacht tot bepaalde voorbehouden handelingen. Wil men andere instroomeisen dan de huidige dan leidt dit niet tot ondubbelzinnige antwoorden, integendeel zou men mogen zeggen.

Dit noopt tot een diepgaander verkenning, bijvoorbeeld van de vraag over welke -in de ambulancezorg bruikbare- kennis, vaardigheden en houdingen (competenties zo u wilt) iemand die de HBO-V heeft doorlopen al beschikt en welke hij/zij 'dus' nog dient te verwerven. Een deel daarvan zou men kunnen opdoen in functies van en opleidingen tot specialistisch verpleegkundige, zoals Spoedeisende Hulp of Intensive Care. Vervolgens blijven er onderwerpen en onderdelen over die aangeleerd moeten worden in de opleiding Ambulance verpleegkundige. Indien er hiaten zijn tussen de instroomvereisten voor de opleiding Ambulance verpleegkundige en het uitstroomniveau van HBO-V en/of specialistisch verpleegkundige vervolgopleiding moet ófwel de opleiding ambulanceverpleegkundige worden aangepast, óf er moet een inwerk- en vooropleidingstraject worden ontworpen en uitgevoerd voor instromers in de ambulancezorg. Deze verkenning gaat veel verder dan een vergelijking van eindtermen en instroomvereisten. Het is nodig veel gedetailleerder te formuleren wat een ambulanceverpleegkundige moet "kennen, kunnen en zijn" en welke van die vereisten reeds elders (kunnen) worden verworven. Dat is zelfs zo als men de huidige instroomeisen zou handhaven. Ook in de huidige vereisten zitten incongruenties: zo zijn de formele eisen van de SOSA niet precies dezelfde als die in de CAO, stelt men niet in alle regio's dezelfde specialistisch verpleegkundige vervolgopleiding als eis, hanteert men naar alle waarschijnlijkheid een verschillend aantal jaren voor wat betreft ervaring.

Ook is duidelijk geworden dat regio's zich gedwongen voelen de formele eisen in benedenwaartse richting bij te stellen. Gegeven dit feit zijn er drie mogelijkheden:

- a. men formaliseert deze regionale verschillen, hetgeen een afwijking is van de gangbare praktijk waarin de sector over dit soort aangelegenheden landelijke afspraken maakt;
- b. men formuleert nieuwe landelijke instroomeisen, aangepast aan de gegroeide praktijk;
- c. men ontwerpt één of meer gestandaardiseerde inwerk- en introductietrajecten tussen de instroom in de sector en de instroom in de opleiding ambulanceverpleegkundige.

Ten aanzien van de *gedifferentieerde instroom* in de functie van *ambulancechauffeur* is evenmin sprake van 'ondubbelzinnigheid'. In de ene regio is de functie van chauffeur huisartsdienst een zelfstandige functie naast die van de ambulancechauffeur, elders is het (in ieder geval voorlopig) een combinatiefunctie met die van ambulancechauffeur. In een derde regio is de functie bedoeld als voortraject op de functie van ambulancechauffeur. De laatste is vergelijkbaar met de instroomtrajecten voor verpleegkundigen; lagere dan de 'gewone' instroomeisen, gecombineerd met een inwerk- en introductie-traject ter voorbereiding op de instroom in de functie van en opleiding tot ambulancechauffeur. 'Instroomtrajecten' variëren onder meer, omdat de functie waarvoor men instroomt al of niet een eindfunctie is. Het veranderen van de instroomcriteria kan ook betekenen dat men in de praktijk de huidige instroomeisen voor de functie van ambulancechauffeur 'oprekt'. Het zal lastig zijn om eindkwalificaties van dit soort instroomtrajecten objectief te vergelijken met de gangbare instroomvereisten (zoals in CAO en in SOSA eisen voor de opleiding) voor de functie van ambulancechauffeur.

De inhoud, vorm en lengte van de inwerk- en introductietrajecten waren niet in alle regio dezelfde. Ook hiervoor geldt dat één vraag tot meer dan één antwoord leidde.

Een belangrijke vraag is of vervoer en assistentie van huisartsen in de 'ware zin van het woord' *ambulancezorg* genoemd moet worden (dus bijvoorbeeld in alle opzichten voldoet aan de Nota Verantwoorde Zorg) óf dat deze dienstverlening andersoortig vervoer en zorg betekent. Is er sprake van ambulancezorg dan kan chauffeur huisartsenzorg geen aparte functie zijn, naast die van de ambulancechauffeur. Ook zijn bijvoorbeeld de Landelijke Protocolen van toepassing, stromen de kandidaten uiteindelijk allemaal in de opleiding ambulancechauffeur en komen zij terecht in de functie van ambulancechauffeur. Sterker nog: als het ambulancezorg is zullen uiteindelijk aan de functie van de chauffeur huisartsdienst precies dezelfde eisen gesteld worden als aan de ambulancechauffeur (tenzij men allerlei brancheregelingen en -afspraken aanpast).

Als de dienstverlening geen ambulancezorg is, dan kan het naar de mening van de ambulancesector waarschijnlijk door andere functionarissen dan ambulancechauffeurs uitgevoerd worden. Een aanvullende vraag is of deze dienstverlening 'per definitie' thuishoort in een ambulancezorgbedrijf of wellicht door andere zorgverleners (of zelfs vervoerders) geleverd zou kunnen worden. Ook hierop is voorlopig geen antwoord te geven dat voor maar één uitleg vatbaar is.

Vergelijkt men de regio's waar differentiatie in de vorm van *afzondering van B-vervoer* voorkomt (in combinatie met instroomtrajecten, of als bijdrage aan oplossingen voor knelpunten in omvang en samenstelling van ritten) dan is evenmin sprake van één invulling, zelfs niet als het personeel aan dezelfde kwalificaties voldoet. Een kandidaat zou in de ene regio wel vanaf den beginne op B- én spoedeisend vervoer worden ingezet, maar in een andere alleen op B-vervoer. In de ene regio wordt iemand op B-vervoer in de volle breedte ingezet, in andere regio op delen ervan. In de ene regio mag een initieel opgeleide verpleegkundige met klinische ervaring wel voorbehouden handelingen uit de Wet BIG uitvoeren, in een andere niet.

De inzetcriteria in de regio waar aparte B-wagens zijn geïntroduceerd zijn dusdanig dat personeel geen voorbehouden handelingen mag verrichten; desondanks gebeurt het in de praktijk wel. Of dat nu ligt aan de indicaties, de toewijzing, de indicatiesteller of aan het professionele oordeel van het uitvoerend personeel blijft hier in het midden. Wel kan afgedongen worden op de eenduidigheid van de inzetcriteria en de toewijzing van ritten en daarmee categorieën patiënten: het blijkt aanleiding tot verschillende interpretaties.

In de ene regio wordt de grens tussen B-vervoer en spoedeisend vervoer precies op deze scheidslijn gelegd, in andere zondert men B-vervoer en spoedvervoer af bij de grens 'wel of geen voorbehouden handelingen conform de Wet BIG'. In weer andere regio slaat men piketpaaltjes die door de verdeling A- en B-vervoer heenlopen te weten Advanced Life Support en Basic Life Support. Beide kunnen in zowel B- als A-vervoer voorkomen. Hier wreekt zich dat niet gedetailleerd omschreven is welke competenties een medewerker moet hebben ten aanzien van categorieën patiënten waarvan de zorgbehoefte goed gedefinieerd zijn. Gekoppeld aan onduidelijkheden wat initieel HBO-opgeleide verpleegkundigen en specialistische verpleegkundigen per deelgebied kunnen, wordt 'de' afzondering van delen van het vervoer uiteenlopend vormgegeven.

De scheidslijn tussen 'hulpambulances' en de overige ambulances zijn slechts voor één uitleg vatbaar en daarmee ondubbelzinnig, zo is uit het onderzoek *Zorg Gelijk Vervoer ?* (Brouwer, 2003) gebleken. Daarin is geconcludeerd dat er zelden tot nooit misverstanden of onduidelijkheden ontstaan over de vraag wanneer een patiënt vervoerd kan worden met een hulpambulance of met een 'gewone' ambulance dient te worden verplaatst.

Differentiatie dat gebruik maakt van het *onderscheid in staf-, coördinerende en uitvoeringstaken* en tegelijkertijd differentieert in instroom- en inwerktrajecten (zie hoofdstuk zeven) kan leiden tot uiteenlopende praktijken. De verschillen in vormgeving zullen zich vooral voordoen aan de instroomkant en komen in essentie op hetzelfde neer als bij de instroomtrajecten verpleegkundigen en chauffeurs: de vereisten die aan de instroom worden gesteld en de werkzaamheden die men deze medewerkers in de verschillende fasen laat verrichten, waartoe men hen in staat en capabel acht. In de regio waar de ideeën in concept aan het papier waren toevertrouwd viel een hiaat te constateren. In de fase AHV-basis hebben medewerkers al een SOSA-diploma. De fase daaraan voorafgaand (Instroom) bestaat uit twee deelfasen: de periode die voorafgaat aan de instroom in de SOSA opleiding en de fase waarin zij én werken én de opleiding volgen. In de notitie bleef onduidelijk op grond waarvan medewerkers aan de opleiding kunnen beginnen, wat zij van de totale ambulancehulpverlening wel en niet, al dan niet zelfstandig, mogen uitvoeren. Deze onduidelijkheid doet zich overigens in alle regio's voor, ook daar waar geen sprake is van differentiatie: wat medewerkers wel en niet kunnen en mogen tijdens de opleidingsperiode is niet overal gelijk. Inwerk- en begeleidingstrajecten zijn niet overal op dezelfde wijze vormgegeven.

8.5. Toepasbaarheid

Er bestaan grote verschillen tussen regio's waar het gaat om (plannen voor) *gedifferentieerde instroom* in de functie van *ambulanceverpleegkundigen*. Kenmerkend voor de ambulancesector is dat er landelijke eisen zijn ontwikkeld waaraan iemand moet voldoen om in de sector en de beroepsopleiding te kunnen instromen en om het beroep te mogen uitoefenen. Op dit moment zijn allerlei regionale initiatieven ontstaan waarbinnen uiteenlopende eisen worden gesteld en waar verschillende trajecten worden uitgevoerd, zonder dat altijd objectief en door derden toetsbaar is of men nog steeds aan die branche-eisen kan voldoen.

In principe is elk der regionale initiatieven overal elders toepasbaar. Wel is het zo dat, door de wijze waarop een en ander is uitgewerkt, iedere regio bijna als vanzelfsprekend de ontwikkeling van gewijzigde instroom-, inwerk- en vooropleidingstrajecten zelf (en dus opnieuw) doet. Er bestaan geen programma's die op landelijk niveau zijn uitgekristalliseerd en die men 'van de plank kan halen' op het moment dat een dergelijke aanpak aan de orde is.

Een andere 'toepasbaarheidsvraag' is die of dit type trajecten zijn in te passen in de (huidige en de toekomstige) Wet Ambulance Vervoer, in de Kwaliteitswet Zorginstellingen, in de actuele Nota Verantwoorde Zorg, in het HKZ-Certificeringschema, in de Landelijke Protocolen en in het landelijke bij- en nascholingsbeleid. Die vraag blijft hier onbeantwoord; kort en simpel te beantwoorden is hij niet. Dat zet op voorhand vraagtekens bij de toepasbaarheid binnen de huidige regelgeving, zowel de wettelijke als die welke de branche zelf heeft opgesteld.

Daar waar een instroomfunctie tegelijkertijd de eindfunctie is moet men zich afvragen of de (landelijke) arbeidsvoorwaardenregeling niet behoort te worden aangepast aan de situatie dat er in de praktijk twee (of meer) functies voor verpleegkundigen binnen de ambulancezorg zijn ontstaan. Nu wordt dit opgelost door per individu en/of per bedrijf een specifieke regeling in te voeren. Resultante is dat er voor een deel van het personeel wel en voor een ander deel geen landelijke regelingen geldig zijn. Arbeidsvoorwaarden kunnen dus per regio verschillend worden ingevuld.

In principe is *gedifferentieerde instroom in de functie van ambulancechauffeur* zoals die in de pilotregio's heeft plaatsgevonden ook elders te implementeren. Maar hiervoor gelden dezelfde vraagtekens als voor de instroomtrajecten ambulanceverpleegkundige, zowel voor wat betreft het steeds opnieuw uitvinden van het wiel, als de regelingen die de branche zichzelf heeft opgelegd en de arbeidsvoorwaardenregelingen.

Afzondering van (delen van) het besteld vervoer wordt al veel toegepast, ook buiten de hier beschreven regio's. In een groot aantal gevallen vindt het afzonderen van B-vervoer plaats in het kader van doelstellingen als reïntegratie na ziekte en arbeidsongeschiktheid en in het kader van demotiebeleid. Afzondering blijkt dus goed mogelijk en heeft ook de bedoelde effecten. De vraag is en blijft echter waar men de grenzen trekt: die variëren namelijk.

In het onderzoek naar de bruikbaarheid van *hulpambulances* in andere regio's is geconcludeerd dat invoering een bepaalde omvang van het aantal ritten volgens de indicatiecriteria hulpambulance vergt. In gebieden met een gering aantal van dergelijke ritten is invoering bedrijfseconomisch niet verantwoord en organisatorisch ongewenst. Ook is geconcludeerd dat één van de doelen (financiële besparingen) die in de Haagse regio wel kon worden gehaald, elders alleen maar in dezelfde mate realiseerbaar is, als een en ander op dezelfde wijze vorm krijgt:

- a. indicatiestelling door de behandeld arts, gekoppeld aan afhandeling en planning van de ritten in logistieke en organisatorisch opzicht door de meldkamer van de hulpambulancedienst;
- b. de inzet van anders gekwalificeerd personeel;
- c. een anders ingerichte ambulance dan de reguliere.

Organiseert men dit op een andere wijze dan zijn alleen besparingen te behalen als gevolg van efficiency-verbeteringen. Wel zijn de kwalitatieve doelstellingen (verkleining van wachttijden) bij een andere vormgeving nog steeds haalbaar.

Volgens de huidige Wet Ambulance Vervoer is het niet mogelijk dat een vergelijkbare vorm van differentiatie elders wordt ingevoerd; de regelgeving daaromtrent is expliciet van toepassing op de regio Den Haag. In *Zorg Gelijk Vervoer ?* is aanbevolen dat afzonderlijke regio in de nieuwe wet meer vrijheden krijgen om de ambulancezorgverlening vorm te geven zoals voor betreffende regio wenselijk is, in overleg met ketenpartners, zorgverzekeraars en lokale c.q. regionale overheden. Deze beleidsvrijheid moet zijn ingebed in kwalitatieve en kwantitatieve randvoorwaarden.

Vormen van differentiatie waarbij het onderscheid wordt gehanteerd in *staf-, coördinerende en uitvoeringstaken* worden op relatief ruime schaal in de sector toegepast. De praktijk heeft dus al uitgewezen dat het goed mogelijk is. Alhoewel het geen differentiatie in de strikte zin van het woord is (er is eerder sprake van taakverbreding) kan het wel bijdragen aan de gestelde doelen, met name die welke gerelateerd zijn aan behoud van zittend personeel. Voorzover aan dergelijke initiatieven ook differentiatie in de instroom van verpleegkundigen en/of chauffeurs is gekoppeld is toepasbaarheid iets minder vanzelfsprekend, zoals hiervoor al is gebleken.

Om weloverwogen te kunnen differentiëren is het onder meer nodig om:

1. de kenmerken van het hoofdproduct en de deelproducten daarbinnen helder te hebben (*kenmerken van de vraag*), maar tevens om
2. de karakteristieken van het aanbod dat daarop past, goed voor ogen te hebben (*kenmerken van het aanbod*).
3. Een derde aspect is hoe men er voor zorgt dat de verschillende aanbieders (functionarissen) het diverse aanbod ook naar behoren kunnen (gaan) leveren. Daartoe behoren introductie-, inwerk-, interne scholings- en begeleidingstrajecten en opleidingen (theoretisch deel en praktisch deel).

De praktijk van differentiatie die in dit rapport is besproken, laat zien dat daarin het een en ander te verbeteren valt. In dit hoofdstuk wordt getracht bouwstenen voor de verdere ontwikkeling aan te reiken. Tot die bouwstenen kunnen ook de indeling in *aanleidingen* tot differentiatie (hoofdstuk 2.3) en de *aspecten* die een rol spelen in de besluitvorming (hoofdstuk 2.2) worden gerekend.

9.1. Ingedeeld

In de sector is een tweeledige ontwikkeling zichtbaar:

1. differentiatie binnen de ambulancezorg; in de instroom, in de opbouw van een loopbaan en in uitstroom (leeftijd bewust personeelsbeleid) of terugstroom (reïntegratiebeleid);
2. verbreding van het productenaanbod en daaraan gekoppeld nieuwe functies, ook voor anderen dan ambulancechauffeurs, ambulanceverpleegkundigen en/of CPA-verpleegkundigen (onderdeel van marketingstrategieën).

De in dit rapport beschreven initiatieven kennen een belangrijk gemeenschappelijk element, namelijk afzondering van (delen van het) B-vervoer van het spoedeisend vervoer. Deze afzondering kent twee hoofdaanleidingen:

1. personeelsbeleid (in ruime zin);
2. kwalitatieve en kwantitatieve signalen ten aanzien van de zorgverlening
 - a. binnen de ambulancezorg als zodanig;
 - b. ontwikkelingen in de keten van zorg.

Met de afzondering van B- en spoedvervoer slaat men meer vliegen in één klap, waaronder:

- doorstroom- of terugstroom-functies chauffeur huisartsenzorg met ambulancechauffeur worden mogelijk;
- doorstroomfuncties van hulpambulancechauffeur naar ambulancechauffeur;
- een combinatiefunctie hulpambulancechauffeur - chauffeur huisartsenzorg;
- doorstroomfunctie hulpambulancebegeleider - ambulancechauffeur;
- vergroting van aantal potentiële instromers voor functie ambulancechauffeur;
- vergroting van aantal potentiële instromers voor functie ambulanceverpleegkundige;
- terugdringing van verloop, van ziekteverzuim en uitstroom naar arbeidsongeschiktheid;
- terugstroom ambulanceverpleegkundigen en chauffeurs naar minder belastend werk;
- reïntegratie binnen het bedrijf na ziekte of arbeidsongeschiktheid;
- verbetering kwaliteit van zorgverlening en vervoer van de categorie patiënten die met de betreffende vorm van B-vervoer verplaatst wordt;
- verbetering kwaliteit van zorgverlening voor ketenpartners, met name voor de ontvangende partij van B-vervoer: men weet beter en zekerder wanneer patiënt arriveert;
- vrijkomen van deel van ambulancecapaciteit voor spoedeisend vervoer; beschikbaar van de auto's die niet langer ook B-vervoer moeten verrijden neemt toe;
- financiële besparingen als gevolg van efficiencyverbeteringen of door lagere kosten.

Men kan 'differentiatie-initiatieven' die zich in de sector voordoen als volgt indelen.

Differentiatie-initiatieven ingedeeld

1. *instroom*

- a. *instroomverbreding voor (reguliere) ambulancezorg-functies:*
 1. ambulance-verpleegkundige (in opleiding)
 2. ambulance-chauffeur (in opleiding)
- b. *instroom in overige zorgfuncties of structurele, gedifferentieerde, ambulancezorgfuncties:*
 1. verpleegkundige B-wagen
 2. hulpambulancebegeleider
 3. hulpambulancechauffeur
 4. chauffeur huisartsdienst

2. *doorstroom*

- a. *van aanloop- naar vervolgfuncties:*
 1. van startfuncties voor ambulancezorgverleners naar ambulancezorgfuncties
(kandidaten die niet voldoen aan formele vereisten voor instroom in functie en/of opleiding)
 2. *van overige zorgfuncties naar ambulancezorgfuncties*
(voorbeelden: van hulpambulancechauffeur of -begeleider naar ambulancechauffeur van van hulpambulancechauffeur of -begeleider naar chauffeur/assistent huisartsdienst van chauffeur huisartsdienst naar ambulancechauffeur)
- b. *taakverbreding of professionele verbreding:*
 1. AHV-uitvoering en Staftaken
 2. AHV-uitvoering en Beheertaken
 3. AHV-uitvoering en Leidinggevende taken
- c. *vakinhoudelijke verdieping*
 1. binnen ambulancezorgfuncties:
 1. horizontale taakspecialisatie (nevenschikkend)
 2. verticale taakspecialisatie (boven- en onderschikkend)
 2. *vakinhoudelijke doorgroei*
naar functies buiten de ambulancezorg (bijvoorbeeld nurse practitioner)
- d. *carrièreswitch*
 1. naar fulltime staffunctie
 2. naar fulltime managementfunctie

3. *terugstroom*

- a. *gedurende de loopbaan:*
 1. ter voorkoming van verzuim en uitval
 2. reïntegratie na ziekte of arbeidsongeschiktheid
 3. demotiebeleid
- b. *aan het eind van een loopbaan*
ouderenbeleid, leeftijdsbewust personeelsbeleid.

Naast initiatieven die met personeelsbeleid van doen hebben, werden een tweetal projecten besproken waarbij kwaliteit en/of kwantiteit van de zorgverlening de directe aanleiding vormde. De ambulancezorg wordt in deelproducten onderscheiden. Deze *productdifferentiatie* wordt gekoppeld aan (structureel) méér dan één functie binnen de ambulancezorg. Beide initiatieven kennen elementen die betrekking hebben op personeelsbeleid. De initiatieven zijn daarom in de indeling hiervoor te vatten. Ook initiatieven zoals de motorambulance kunnen een plek krijgen in de categorisering.

9.2. Tijdelijk of structureel

Een belangrijke dimensie is: tijdelijk versus structureel. Instroomtrajecten voor verpleegkundigen gingen uit van één eindniveau, namelijk medewerkers die uiteindelijk een SOSA-diploma halen. In het opstaptraject ambulancechauffeurs was de chauffeur huisartsdienst oorspronkelijk een voorstadium voor de functie van ambulancechauffeur (tijdelijk derhalve); nu lijkt het zich meer en meer tot een functie met een eigenstandige, structurele, plek in het functiegebouw binnen ambulancezorgbedrijven te ontwikkelen; men kan namelijk ook chauffeur huisartsdienst blijven.

Wanneer medewerkers na een periode van ziekte of arbeidsongeschiktheid eerst een tijdlang een deel van de werkzaamheden uitvoeren, of aan het eind van hun loopbaan op delen van hun oorspronkelijke taken worden ingezet, is in het 'functiegebouw' sprake van één functie. Op het moment dat instromers echter permanent op een deel van de ambulancezorgproductie kunnen worden ingezet is sprake van 'echte' *functiedifferentiatie*. In de praktijk komt met name *tijdelijke* differentiatie voor. In dit rapport is dat *taakdifferentiatie* genoemd; de medewerker voert tijdelijk een deel van de taken die tot zijn functie behoren niet uit, andere taken wel. Men zou dat ook tijdelijke taakversmalling kunnen noemen.

9.3. Partieel of integraal

De afzondering van (delen van het) B- en spoedeisend vervoer gaat niet overal even ver. Soms trekt men de scheiding door de gehele productie van het ambulancebedrijf; soms is er sprake van gedeeltelijke afzondering (dus niet alle B-vervoer, maar één auto/team of enkele). Hoe verstrekkend deze afzondering moet zijn, is ondermeer afhankelijk van de aanleiding en de doelen.

Is de aanleiding 'behoud van personeel' dan kan men meestal volstaan met één of enkele teams die bovendien in de tijd van samenstelling kunnen wisselen.

Wanneer ook kandidaten die niet aan de 'gewone' eisen voldoen, de branche instromen, is partiële differentiatie in de meeste gevallen voldoende, maar wordt wel al iets verder doorgevoerd (differentiatie beslaat een groter deel van de gehele productie).

Dat is ook zo als loopbaanperspectief geschapen moet worden via het instrument van differentiatie.

Wil men het als instrument gebruiken voor kwalitatieve verbeteringen in de zorg dan ontkomt men er niet aan om de afzondering door de gehele productie heen vorm te geven. De scheiding hoeft niet zover te gaan dat er structureel meer dan één functie-niveau wordt ingevoerd. Men kan de verschillende deelproducten in principe nog steeds met hetzelfde type auto's, op dezelfde wijze uitgerust en hetzelfde personeel uitvoeren. De differentiatie is in dit geval vooral een organisatorisch en logistiek vraagstuk. Men differentieert wel in de productie, maar niet in de productiemiddelen en de functies.

De differentiatie die noodzakelijk is als financiële doelstellingen een rol spelen gaat het verst. Het onderzoek naar de hulpambulances *Zorg Gelijk Vervoer ?* heeft uitgewezen dat omvangrijke besparingen alleen te realiseren zijn als de afhandeling van meldingen anders wordt georganiseerd dan meestal het geval is (scheiding van aan de ene kant intake/indicatie en aan de andere kant logistiek en planning), er bovendien met anders gekwalificeerd en ingeschaald personeel wordt gewerkt en er andere vervoermiddelen worden gebruikt. De differentiatie is *integraal*: in de gehele productie, de wijze van produceren, in de organisatie en logistiek per deelproduct én in de functies.

9.4. Indelingen en grenzen

Welke criteria men gebruikt om indelingen in B-vervoer en spoedeisend vervoer te maken en waar men de grenzen trekt, varieert. Bij dergelijke indelingen staat niet de patiënt en zijn behoefte (*de vraag*) centraal, maar de *input*, het *aanbod* van zorg en vervoer. Kenmerken van dit aanbod bepalen tot welk deelproduct iets behoort (B-vervoer hoeft niet 'op stel en sprong'; spoedeisend vervoer moet binnen 15 minuten).

Dat vooral *input*-categorieën worden gebruikt bij de indeling in deelproducten blijkt ook uit de verschillende grenzen die worden gehanteerd:

1. liggend ambulancevervoer en -zorg waarbij geen verplegende, verpleegkundige of medische handelingen nodig zijn en het overige bestelde vervoer;
2. B-vervoer waarbij geen voorbehouden handelingen mogen worden verricht en B-vervoer waarbij dat wel het geval is;
3. alle B-vervoer versus spoedeisend vervoer;
4. naast deze indelingen in (onderdelen van het) B-vervoer en overig, spoedeisend vervoer wordt in een aantal regio's onderscheid aangebracht in ALS- en BLS-vervoer. Een deel van het personeel wordt op het een, een ander deel op het ander ingezet.

Deze indelingen kunnen niet goed worden gecombineerd tot een sluitend systeem. Zo loopt een indeling in ALS en BLS door de afzondering van spoed- en B-vervoer heen. Voorbehouden handelingen volgens de Wet BIG komen zowel voor in B-vervoer als in spoedvervoer. De aan SOSA-opgeleide ambulanceverpleegkundigen voorbehouden handelingen kunnen in beide vormen van vervoer voorkomen. Feitelijk is er sprake van een indeling met drie dimensies (zie illustratie 9.1).

Een ander indelingsprobleem vloeit voort uit het feit dat zij met name gebaseerd zijn op de taken van de verpleegkundige, niet tegelijkertijd en zonder meer op de werkzaamheden van chauffeurs. Een stellingname dat deze taken in alle gedifferentieerde situaties vergelijkbaar zijn, valt moeilijk te verdedigen, met name waar het gaat om het medisch-assisterende deel. Bovendien zullen de rijdende taken in een aantal gevallen van een andere orde zijn.

Zijn de meest gebruikelijke indelingen die tussen B- en spoedeisend of binnen het B-vervoer (en varianten daarop), ook afzonderingen aan de 'bovenkant' van de ambulancezorg (dus binnen het spoedeisend vervoer) zijn mogelijk en worden soms al doorgevoerd (voorbeelden: 'babylance', 'MICU'). In het onderzoek naar hulpambulances, is het liggend vervoer onderscheiden in a) hulpambulancezorg, b) low care besteld, c) medium care besteld, d) high care besteld en e) spoedeisende zorg (*Zorg Gelijk Vervoer ?*, pagina 13). In een artikel in Medisch Contact wordt ambulancezorg beschouwd als verzamelnaam voor drie soorten dienstverlening: a) behandeling, hulp en bewaakt transport bij acute medische problemen in de openbare ruimte en de privé-omgeving, b) hulp en bewaakt transport van ernstig zieke patiënten van, naar en tussen zorginstellingen en c) transport van hulpbehoevende patiënten van, naar en tussen zorginstellingen (De Nooij, 2003).

Duidelijk mag zijn dat er behoefte is aan een bruikbare indeling van ambulancezorg in deelproducten (ambulancezorg is niet één product) en tegelijkertijd een goede afbakening van andere vormen van zorg en vervoer. Essentieel, zeker wanneer men wil differentiëren in product en functie, is een sluitende afbakening van de deelproducten ten opzichte van elkaar. Die 'sluitende afbakening' is nog niet voorhanden; welke indelingen en grenzen de 'beste' of de 'meest bruikbare' zijn, valt op dit moment niet goed uit te maken. Daarvoor is gedetailleerder inzicht nodig in *zorgbehoeften* (dus de vraag van de klant). Als deze in kaart zijn gebracht, kunnen *categorieën* patiënten en/of zorgbehoeften worden gedefinieerd. Een derde stap is te bepalen welk vervoermiddel met welke specificaties nodig is voor welke categorie en van welke hulpmiddelen het dan moet zijn voorzien. Daarna omschrijft men per zorgbehoefte of categorie welke handelingen, kennis en houdingen (ook wel competenties te noemen) vereist zijn van de zorgverleners. Tot slot beziet men de consequenties van een en ander voor scholing en opleiding en dergelijke en voor de mogelijkheid uiteenlopend personeel in te zetten op deelproducten.

9.5. Instroom-, inwerk- en interne opleidingsroutes

Niet alleen indelingen en grenzen variëren; er zijn tevens verschillen geconstateerd in oordelen wat een medewerker op enig moment kan en mag produceren: wel of geen verpleegkundige handelingen, wel of geen voorbehouden handelingen conform de Wet BIG, wel of niet zelfstandig uitvoeren van B-vervoer, wel of geen spoedeisend vervoer voorafgaand aan de start met de SOSA-opleiding et cetera. Ook het oordeel wat iemand móet kunnen, voordat hij of zij in de SOSA-opleiding in kan stromen geeft verschillen te zien; inhoud, lengte, vormgeving en fasering van inwerk- en interne scholingstrajecten variëren. In illustratie 9.2 zijn de routes die bestaan (of kunnen worden geschapen) op weg naar een functie als ambulancechauffeur ingetekend. Illustratie 9.3 is een schematische weergave van de verschillende wegen voor de ambulanceverpleegkundige.

Vragen of al die routes wenselijk zijn, weloverwogen zijn genomen, inhoudelijk gedegen uitgewerkt en binnen goede randvoorwaarden, kunnen niet worden beantwoord. Als de kenmerken van de vraag en de karakteristieken van het aanbod niet goed en gedetailleerd zijn beschreven is het moeilijk een oordeel te vellen.

In een sector waarin op vele terreinen afspraken tussen aanbieders zijn gemaakt over bijvoorbeeld kwaliteitsbewaking, -bevordering en opleiding begint de praktijk op regionaal niveau er steeds diverser uit te zien.

Zwart-wit geformuleerd lijkt er op dit moment sprake van 'wildgroei' van instroom-, inwerk- en interne opleidingstrajecten. De schema's 9.2. en 9.3 zeggen wat dat betreft meer dan woorden.

Het theoretische gedeelte van de SOSA-opleidingen is centraal vastgelegd en gereguleerd; voor het praktijkdeel dat in de bedrijven plaatsvindt is dat in veel mindere mate het geval. Ook daarin zijn verschillen te zien.

De praktijk is er dus een waarin in afzonderlijke regio's van alles gebeurt, maar er op een groot aantal vlakken geen gemeenschappelijk standpunt wordt ingenomen of en hoe dit is in te passen in bestaande onderlinge regelingen en afspraken binnen de branche of in nieuwe wetgeving. Laat men het op zijn beloop, dan bestaat gerede kans dat de dagelijkse realiteit veel van wat centraal aan het papier is toevertrouwd en men dacht 'geregeld' te hebben, achterhaalt.

9.6. Doorstroomtrajecten

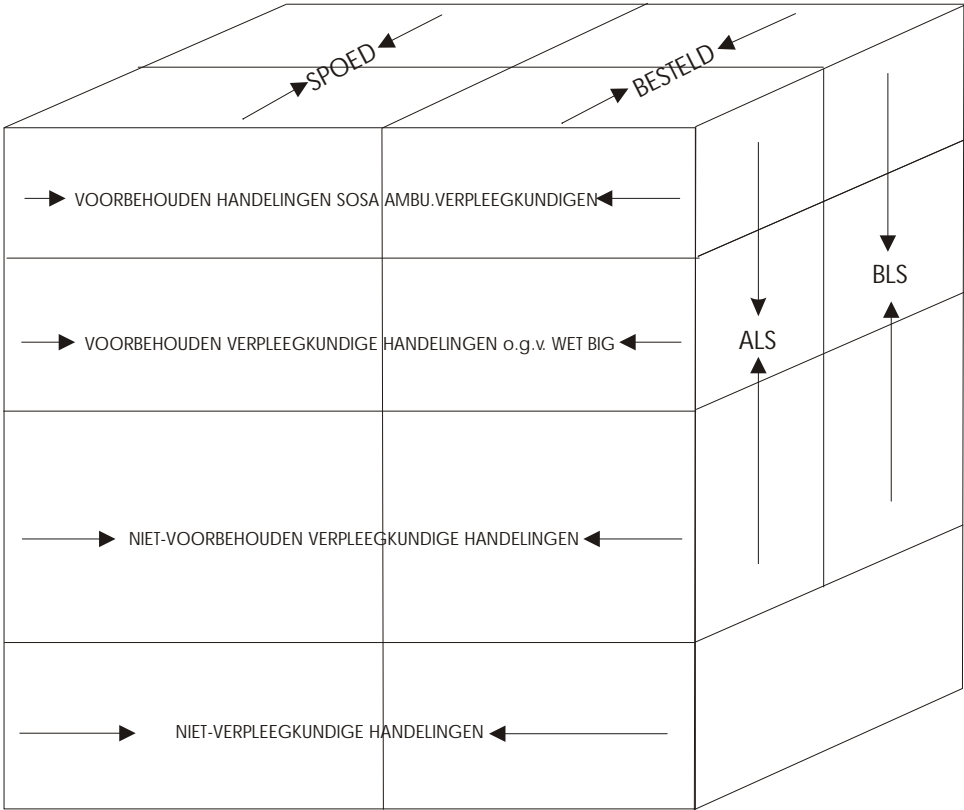
Initiatieven die gericht zijn op loopbaanbeleid, het scheppen van carrièreperspectief vallen in twee groepen uiteen:

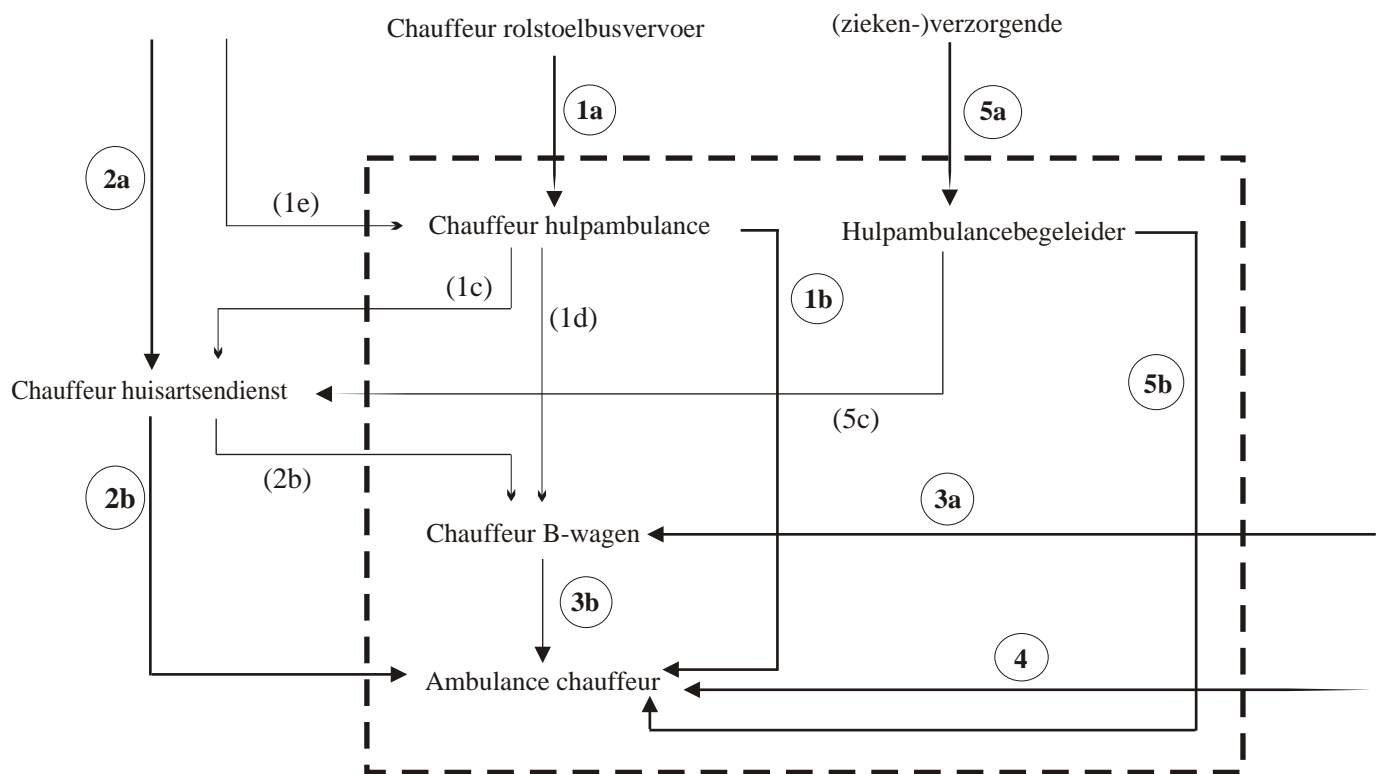
1. initiatieven die variatie brengen in de mogelijkheden om de sector in te stromen, door gebruik te maken van de indeling in ambulancezorg-deelproducten (in paragraaf 9.1. werd dit Doorstroom van aanloop- naar vervolgfuncties genoemd). Hiermee creëert men (naast een doelstelling als verkleining knelpunten arbeidsmarkt) bijvoorbeeld carrièreperspectief voor nieuwe personeelsleden en voor medewerkers die aan het begin van een loopbaan staan;
2. initiatieven die mogelijkheden scheppen voor medewerkers om -nadat zij een tijdlang in de uitvoerende ambulancezorg werkzaam zijn geweest- een verdere of andere stap te zetten.

Trajecten gericht op reïntegratie, of die in het kader van demotie- of ouderenbeleid (*terugstroom*) zijn vooral te vatten in de eerste categorie, alleen dan in omgekeerde richting. Initiatieven uit categorie 1 zijn hiervoor aan de orde geweest.

In illustraties 9.4 en 9.5 zijn bestaande initiatieven en ideeën van de tweede 'soort' schematisch weergegeven voor respectievelijk de ambulancechauffeur en de ambulanceverpleegkundige. Zij sluiten aan op de schema's 9.2 en 9.3.

Illustratie 9.1.

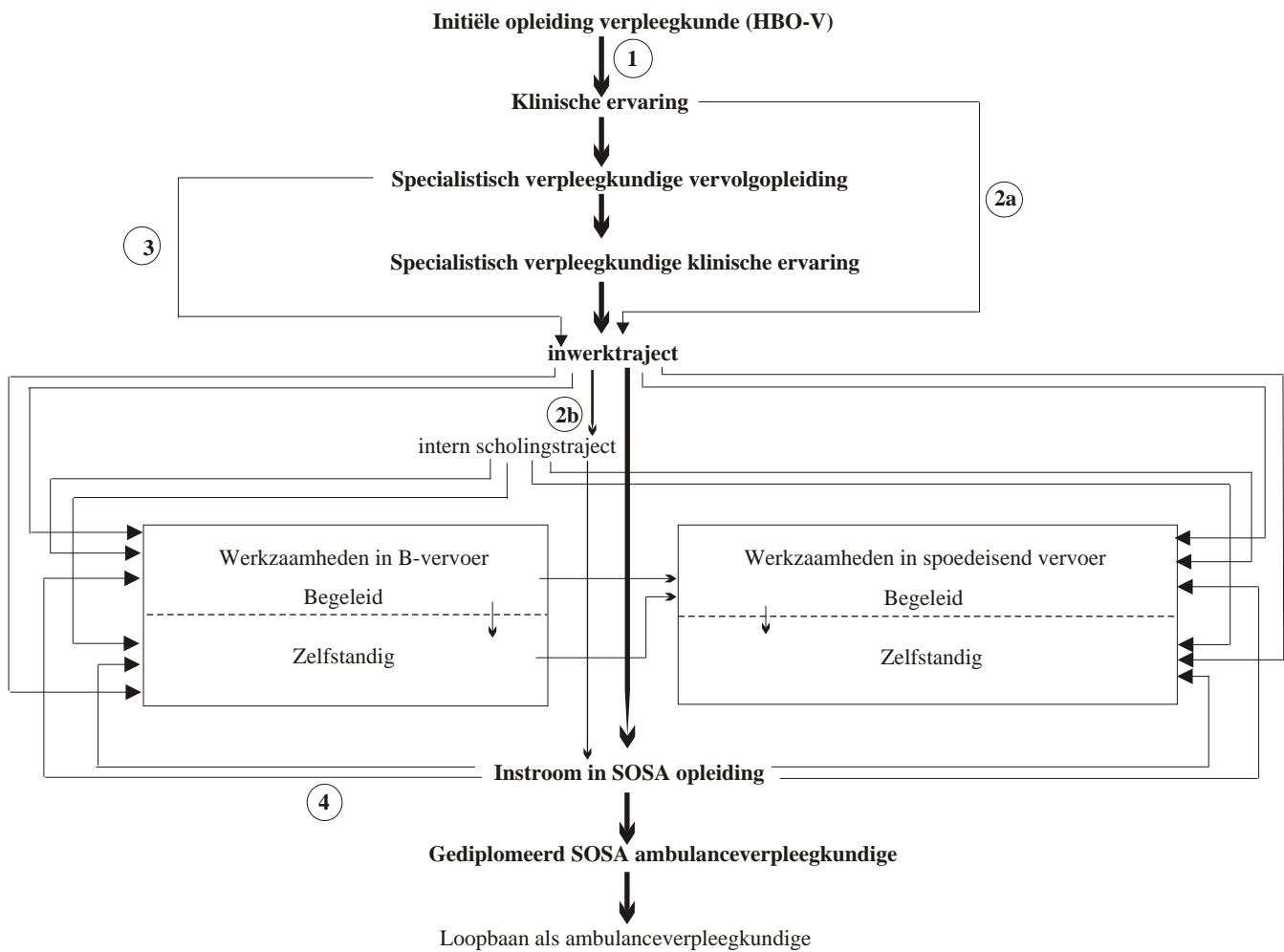




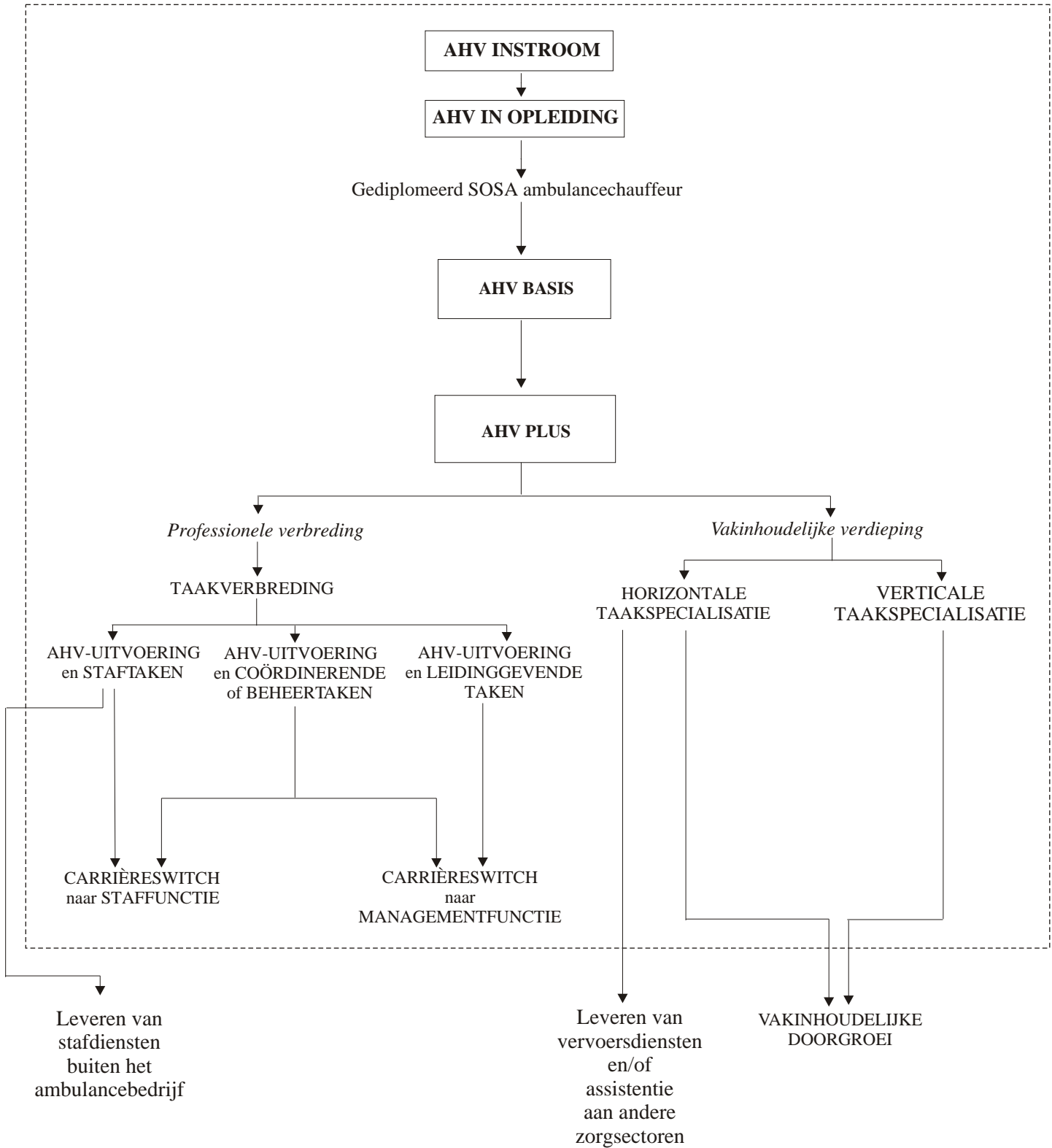
- 1a en 1b. In- en doorstroom chauffeur hulpambulancezorg
- 2a en 2b. In- en doorstroom chauffeur huisartsendienst
- 3a en 3b. In- en doorstroom in B-wagen project
- 4. Reguliere instroom in functies als ambulancechauffeur
- 5a en 5b. In- en doorstroom hulpambulancebegeleider

De lijnen aangeduid met een cijfer tussen haakjes kunnen als in- en doorstroomroutes worden ontwikkeld.

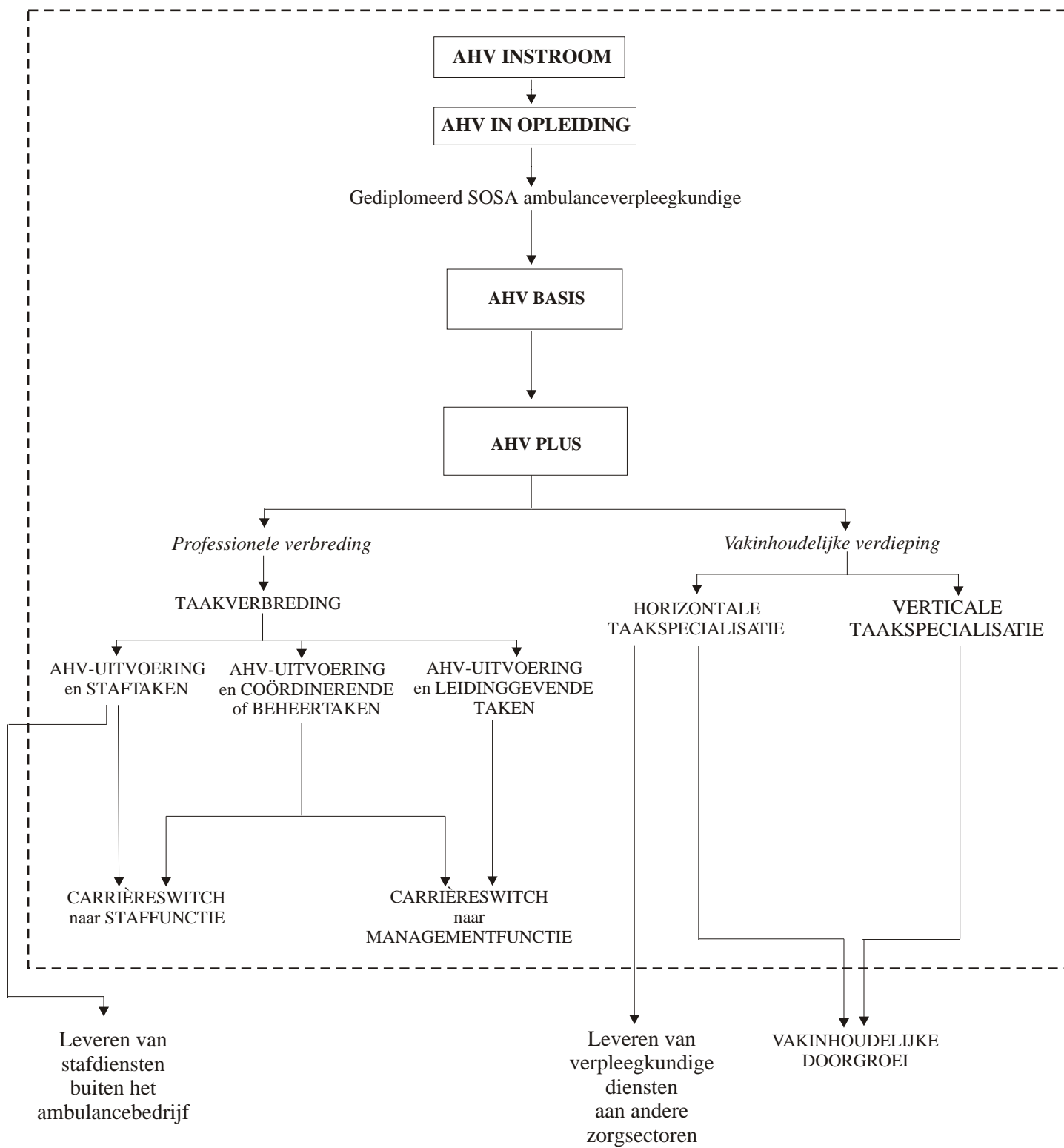
Het deel van het schema dat is omgeven met de stippellijn behelst *ambulancezorg*.
Daarbuiten is sprake van andere vormen van zorg en/of vervoer



1. Gangbare instroom in de sector, functie, opleiding en beroep. Het is aangeduid met een dikke lijn
- 2a en 2b. De route die gevolgd is in instroomtrajecten voor HBO-V-ers
3. Instroom verpleegkundigen voor B-wagen
4. Nadat kandidaten ingestroomd zijn in de SOSA-opleiding zijn er verschillende (praktijkopleidings-) trajecten. Variabelen daarin zijn Begeleid of Zelfstandig en B-voervoer of (ook) Spoedeisend Vervoer.



Binnen de stippellijn: ambulancezorg/-bedrijf



Binnen de stippellijn: ambulancezorg/-bedrijf

De besproken initiatieven staan ‘model’ voor pogingen in de sector om door “differentiatie” uiteenlopende doelstellingen te bereiken. Het betrof initiatieven op het vlak van:

- gewijzigde instroomeisen voor ambulancechauffeurs of ambulanceverpleegkundigen, veelal in combinatie met aanloopfuncties;
- taakverbreding door toevoeging van staf-, coördinerende of leidinggevende taken, in samenhang met instroomfuncties;
- afzondering van een deel van het B-vervoer, gecombineerd met nieuwe, niet-verpleegkundige, functies binnen de ambulancezorg
- afzondering van B-vervoer, in combinatie met een tweede verpleegkundige functie binnen de ambulancezorg.

Centraal in de differentiatie-initiatieven staan vormen van afzondering van B-vervoer en spoedeisend vervoer. De initiatieven kunnen bijdragen aan verkleining van problemen op de regionale arbeidsmarkt, dragen mogelijk bij aan terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, bevorderen reïntegratie na ziekte en arbeidsongeschiktheid, bevorderen de kwaliteit van zorg en van arbeid en/of scheppen loopbaanperspectieven. Soms werd één van deze doelstellingen nagestreefd, soms doelen in combinatie met andere.

In voorgaande hoofdstukken is een oordeel op hoofdlijnen gegeven. Belangrijke conclusie moet zijn dat initiatieven vooral *in potentie* de gestelde doelen volledig kunnen halen. Tevens is geconcludeerd dat er belemmeringen zijn in de overdraagbaarheid van initiatieven naar andere regio's en in de landelijke toepasbaarheid. Er valt nog veel te doen om differentiatie in de sector tot een volwaardig en bruikbaar instrument te maken. Hierna volgen een aantal knelpunten, conclusies en/of aanbevelingen.

Afbakening

- er moeten duidelijke grenzen tussen ambulancezorg en andere vormen van vervoer en zorg worden geformuleerd (*externe afbakening*);
- het is gewenst heldere grenzen tussen deelproducten binnen de ambulancezorg te trekken (*interne afbakening*);
- de bestaande afgrenzingen zijn vooral geformuleerd in termen van *input*. Wat ontbreekt is een inventarisatie van zorgbehoeften van patiënten. Ook ontbreekt een categorisering van groepen patiënten met vergelijkbare zorgbehoeften die kan dienen als basis voor een indeling van deelproducten (*kenmerken van de vraag*);
- daardoor is het evenmin mogelijk om de *kenmerken van het aanbod* precies te omschrijven: wat wordt er van de aanbieder verwacht om aan de behoeften tegemoet te komen in termen van handelingen, vervoermiddelen, uitrusting et cetera, uitgesplitst naar categorieën patiënten en hun respectievelijke zorgbehoeften;
- dit ontbrekend inzicht maakt het moeilijk om sluitende indicatiecriteria te formuleren voor toewijzing van de verschillende vormen van gedifferentieerd vervoer en/of om te bepalen wat een medewerker binnen dat gedifferentieerde vervoer wel en niet kan of mag;

Nieuwe producten

- ‘het product’ ambulancezorg, zoals door de branche omschreven, heeft de patiënt zélf als klant, niet een andere zorgverlener. Nieuwe producten, zoals het vervoeren en assisteren van huisartsen, vallen (nog) niet onder ‘ambulancezorg’, want zij passen als zodanig niet in de huidige definitie van Verantwoorde Zorg;
- de vraag of *ambulancezorg*-bedrijven ook andere vormen van zorg en vervoer ‘mogen’ leveren staat nog open;

- introductie van producten die niet onder de omschrijvingen van ambulancezorg vallen, vergt afstemming met de verschillende ketenpartners; een goede afbakening van de productgroep ambulancezorg ten opzichte van andersoortig vervoer en zorg is daarvoor één der instrumenten;

Instroomeisen en -trajecten

- alhoewel initieel opgeleide verpleegkundigen voldoen aan dezelfde eindtermen en er veel overeenkomsten zijn in uitstroomvereisten van specialistisch verpleegkundige vervolgopleidingen zijn er verschillen in beoordelingen van bekwaamheid en dergelijke; inzetcriteria komen niet overeen;
- de verschillen doen zich niet alleen voor in de bijzondere instroomtrajecten, maar ook bij de reguliere instroom in sector, opleiding en beroep. Blijkbaar bestaat er onvoldoende inzicht in de vraag over welke kennis, vaardigheden en houding initieel opgeleide verpleegkundigen en verpleegkundigen met een specifieke specialistische vervolgopleiding reeds beschikken. Een verkenning van die vraag is nodig om te kunnen bepalen wat iemand nog aan competenties moet verwerven op het moment dat hij/zij de branche en de opleiding instroomt;
- de instroomeisen die de SOSA zelf hanteert zijn anders dan die welke in de CAO staan of die meestal in de praktijk worden gehanteerd; men stelt niet in alle regio's dezelfde specialistische vervolgopleiding als eis; zelfs in de reguliere opleidingseisen wordt dus 'gedifferentieerd';
- criteria voor de instroom van personeel zijn niet overal gelijk; kandidaten met dezelfde vooropleiding en ervaring worden uiteenlopend beoordeeld op geschiktheid voor functie, opleiding en beroep;
- de fasering van de inzet van instromers loopt uiteen (soms eerst alleen B-vervoer, soms uitsluitend vervoer zonder voorbehouden handelingen, in een aantal gevallen vanaf het begin spoedeisend en besteld vervoer en dergelijke);
- inwerk-, introductie-, en interne scholingstrajecten voor andere dan de gebruikelijke instroom verschillen sterk, zowel naar lengte als naar inhoud;
- iedere regio ontwikkelt zelf inwerk-, introductie-, en interne scholingstrajecten; indien men in staat is categorisering aan te brengen in groepen instromers dan moet het mogelijk zijn op landelijk niveau uiteenlopende instroomtrajecten te ontwikkelen waaruit een regio kan kiezen;
- de verschillende inwerk-, introductie- en interne scholingstrajecten moeten aansluiten bij de SOSA opleidingen;

Door- en terugstroom-trajecten

- het tijdelijk inzetten van medewerkers op een deel van de werkzaamheden uit hun functieomschrijving komt regelmatig voor; één van de belemmeringen voor uitbreiding van mogelijkheden om dit instrument voor reïntegratie, demotie- of ouderenbeleid te gebruiken is gelegen in een eventuele achteruitgang in arbeidsvoorwaarden;
- gebleken is dat zich verschillende carrièreroutes ontwikkelen, zowel aan de instroomkant als aan het begin van een loopbaan, tijdens de carrière en aan het eind van het 'werkzame leven'. Op diverse terreinen bestaan landelijke afspraken en brancheregelingen om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Over deze uiteenlopende routes zijn tot op heden landelijk geen uitspraken gedaan (wenselijkheid, aansluiting op de SOSA-opleidingen en landelijke bij- & nascholingsprogramma's, combinatiefuncties met producten die niet tot de ambulancezorg in engere zin behoren et cetera);

Arbeidsmarkt

- inzicht in de regionale arbeidsmarkt en de deelmarkt waaruit de ambulancezorg haar instroom put, is noodzakelijk om de juiste maatregelen te kunnen treffen; dat inzicht is maar spaarzaam voorhanden;
- als de instroom te klein is dient er gekeken te worden naar de oorzaken; wat in eerste instantie een arbeidsmarkt vraagstuk lijkt kan namelijk veroorzaakt worden door onderdelen van het personeelsbeleid van de organisatie, door het imago van de werkgever, wervingsmethoden et cetera;

Wetgeving en brancheafspraken

- de wetgeving is onvoldoende aangepast aan product- en functiedifferentiatie in de sector;
- brancheregelingen, als Nota Verantwoorde Zorg, het HKZ-Certificatieschema, Landelijke Protocolen, inrichtings- en uitrustings-eisen, zijn niet toegesneden op het bestaan van meer dan één deelproduct binnen de ambulancezorg. Ambulancezorg wordt voortdurend beschreven als één product in plaats van als product*groep*. Neemt men brancheregelingen en wettelijke voorschriften naar de letter dan is er maara één ‘soort’ verpleegkundige en één ‘type’ chauffeur mogelijk in de ambulancezorg, zelfs voor B-vervoer. De realiteit is een andere;
- de werkelijkheid leert dat het goed mogelijk is bepaalde delen van de ambulancezorg verantwoord uit te laten voeren door medewerkers die niet SOSA-opgeleid zijn, maar langs een andere weg worden geschoold (intern en/of via een vooropleiding elders);

Arbeidsvoorwaarden

- functiebeschrijvingen en arbeidsvoorwaarden voor gedifferentieerde functies moeten nu individueel of per bedrijf geregeld worden; er is nog geen structurele plek geschapen voor dergelijke functies in landelijke arbeidsvoorwaardenregelingen.

Literatuur

onderzoek in de ambulancebranche naar functie- en productdifferentiatie

* **Zorg Gelijk Vervoer ?**

Onderzoek naar bruikbaarheid van productdifferentiatie in de vorm van hulpambulances in de regio Den Haag, voor ambulanceregio's elders in Nederland, plus bijlagen in katem: Deelrapportages

Brouwer, drs.K;

Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling & Advies, Groningen, juni 2003

* **Vershil Moet Er Zijn**

Functie- en productdifferentiatie in de ambulancezorg; een eerste inventarisatie van initiatieven en meningen.

Brouwer, drs.K;

Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling & Advies, Groningen, mei 2003

* **Hulpambulance Gewaardeerd**

Tevredenheidsonderzoek cliënten hulpambulance Witte Kruis in de regio Den Haag

Kruize, A en B. Bieleman;

INTRAVAL en Brouwer O, O & A, Groningen, februari 2003

* **Vraagontwikkeling ambulancedienstverlening en arbeidsmarkt**

Dijk, prof.dr.J.K. van, drs. J.E. Grunveld en drs. O.J.Ros;

Prismant, Utrecht april 2000

* **Functiedifferentiatie binnen het verpleegkundig beroep: te beperkt voor de ambulancesector.**

Grunveld, drs.J.E; drs. H.W.Kanters, mw.drs. E.van der Schee en drs. G.D.J. van der Speld,

Prismant, Utrecht, april 2001

instroomprojecten verpleegkundigen

* **Eindrapportage project Instroom Aspirant Ambulanceverpleegkundige RAV Zeeland i.o.**

Ambulancedienst Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen, maart 2003

* **Werkplan Instroom Basisverpleegkundigen**

RAV Drenthe, RAV Groningen, RAV Friesland

* **Evaluatie Instroom Opleiding tot Basisverpleegkundigen**

RAV Noord (Drenthe), RAV Groningen, januari 2002

* **Monitorverslag SOSA. Opleidingsprogramma basisverpleegkundigen RAV Noord**

SOSA, Zwolle: Moes, Wim, maart 2002

instroomtrajecten ambulancechauffeur

* **Rapportage Opstaptraject aspirant ambulancechauffeurs**

GGD Hart voor Brabant, RAV Limburg Noord, RAV IJssel-Vecht

Rijn-Klappe, C.G.M. van; Zwolle, maart 2003

afzondering B-vervoer

* **Zorg Op Maat ... ? "B-wagen project!"**

Verduijn, Astrid; augustus 2003, eindverslag afstudeeropdracht HBO-V Hogeschool Zeeland in opdracht van Regionale Ambulance Voorziening ZHZ, Dordrecht

divers

* **Ligtaxi of gillende sirene.**

Nooij, J. de, Medisch Contact, Jaargang 58, nr.44, 31 oktober 2003

* **Acute Zorg**

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2003

* **Regionale Arbeidsmarkt Specialistisch Verpleegkundigen**

Eindrapportage onderzoek. Verantwoording project.

Brouwer, drs.K; Groningen, april 2002. in opdracht van Zorgplein Noord