

170

Besluit van 14 juni 2024, houdende wijziging van het Besluit functionele zelfstandigheid inzake het wijzigen van de urennorm voor de opleiding tot ambulanceverpleegkundige

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister voor Medische Zorg van 29 april 2024, kenmerk 3808699-1064626-WJZ;

Gelet op artikel 39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 29 mei 2024, no. W13.24.00097/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister voor Medische Zorg van 14 juni 2024, kenmerk 3842707-1064626- WJZ;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit functionele zelfstandigheid wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 3a, tweede lid, onder 3°, komt te luiden:

3°. de opleiding zowel theoretisch als praktisch onderwijs omvat en erop gericht is dat betrokkene de competenties, bedoeld in artikel 3aa, verwerft behorend tot het gebied van deskundigheid als bedoeld in artikel 3.

B

Na artikel 3a wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3aa

1. De competenties, bedoeld in artikel 3a, tweede lid, onder 3°, zijn:

- a. vakinhoudelijk handelen;
- b. communicatie;
- c. samenwerking;
- d. kennis en wetenschap;
- e. maatschappelijk handelen;

- f. leiderschap;
 - g. professionaliteit.
2. De competentie vakinhoudelijk handelen omvat de bekwaamheid om:
- a. zich in voorspelbare en onvoorspelbare situaties op basis van de anamnese of heteroanamnese een gedetailleerd beeld van de al dan niet levensbedreigende gezondheidsproblematiek van de patiënt te vormen en de verpleegkundige diagnose te formuleren;
 - b. op systematische wijze de zorg te plannen voor de laag-, midden- en hoogcomplexere zorg en prioriteiten te stellen in verpleegkundige interventies;
 - c. op verantwoorde en doeltreffende wijze de verpleegkundige laag-, midden- en hoogcomplexere zorg uit te voeren, ook als geen standaarden of behandelingsvoorschriften voorhanden zijn en zorg te verlenen aan de instabiele patiënt;
 - d. gezondheidsbedreigende symptomen op fysiek, psychisch en sociaal gebied bij de patiënt te observeren, te signaleren en te bewaken en op basis van deze signalen voorzorgsmaatregelen te nemen om gezondheidsbedreigingen en complicaties te voorkomen of te beperken;
 - e. technische handelingen uit te voeren ten behoeve van bewaking, ondersteuning of overname van een of meerdere vitale functies;
 - f. de laag-, midden- en hoogcomplexere zorg rond de patiënt en diens naasten te organiseren en te coördineren en waar nodig tijdig hulp van andere zorgverleners in te schakelen bij risicovolle situaties om de continuïteit van zorg te waarborgen;
 - g. de patiënt voor te bereiden op transport en de bewaking van de vitale functies en de zorg tijdens het transport te continueren;
 - h. op systematische wijze patiëntgegevens te evalueren, rapporteren en over te dragen.
3. De competentie communicatie omvat de bekwaamheid om doelmatig en effectief te communiceren met de patiënt, diens naasten, zorgverleners, en functionarissen van betrokken organisaties, waaronder de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio, bedoeld in artikel 1 van de Wet veiligheidsregio's, rekening houdend met diversiteit en culturele achtergronden en rekening houdend met verschillende verantwoordelijkheden van functionarissen op diverse niveaus.
4. De competentie samenwerking omvat de bekwaamheid om:
- a. doelmatig en effectief samen te werken met alle betrokkenen, inclusief de patiënt, diens naasten, zorgverleners, en andere hulpdiensten;
 - b. samen te werken op verschillende niveaus: monodisciplinair, multidisciplinair en interprofessioneel.
5. De competentie kennis en wetenschap omvat de bekwaamheid om:
- a. over vakkennis te beschikken en deze toe te passen, op wetenschappelijk bewijs gebaseerd en volgens de beste praktijken in de dagelijkse beroepspraktijk;
 - b. aan de hand van de methodische kwaliteitscyclus een concrete probleem- of vraagstelling te formuleren om de beroepspraktijk te verbeteren;
 - c. bij te dragen aan kwaliteitszorg, verantwoording af te leggen aan beroepsgenoten over het eigen professioneel handelen, en uitleg en werkinstructie te geven aan studenten of zorgverleners;
 - d. bij te dragen aan de uitvoering van taken in onderzoeksprojecten of ontwikkel- en verbeterplannen.
6. De competentie maatschappelijk handelen omvat de bekwaamheid om:
- a. voorlichting te geven en waar nodig preventieve maatregelen te nemen;

b. bij signalen van kindermishandeling en huiselijk geweld te signaleren en te handelen overeenkomstig de meldcode, bedoeld in artikel 1, onderdeel a, van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, en hierbij oog te hebben voor de invloed van het sociale netwerk van de patiënt.

7. De competentie leiderschap omvat de bekwaamheid om:

a. inhoud te geven aan professioneel persoonlijk leiderschap passend bij de dagelijkse beroepspraktijk en daarbij invloed uit te oefenen op de operationele werksetting en het eigen functioneren daarin;

b. persoonlijk leiderschap, besluitvaardigheid en overwicht te tonen in onveilige situaties, en in samenwerking met andere hulpdiensten in opgeschaalde crisissituaties;

c. als medewerker bij te dragen aan de continuïteit van de zorgorganisatie.

8. De competentie professionaliteit omvat de bekwaamheid om:

a. verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen professionele ontwikkeling en werkzaamheden uit te voeren op integrale, professionele en betrokken wijze;

b. het signaleren en het aan de zorgorganisatie melden van incidenten of dreigende incidenten en meedenken over oplossingen om deze in de toekomst te voorkomen;

c. het op duurzame wijze omgaan met materialen en apparatuur volgens het beleid van de zorgorganisatie;

d. effectief en doelmatig te werken als professionele zorgverlener in de arbeidssituatie en de gehele keten van zorg-, hulp-, en dienstverlening;

e. knelpunten te signaleren in de zorgverlening op afdelings- en organisatieniveau en binnen de keten;

f. de beschikbare tijd en medische hulpmiddelen en apparatuur verantwoord te besteden, rekening houdend met kwaliteit en kostenbeheersing.

ARTIKEL II

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 14 juni 2024

Willem-Alexander

De Minister voor Medische Zorg,
P.A. Dijkstra

Uitgegeven de *negentiende* juni 2024

De Minister van Justitie en Veiligheid,
D. Yeşilgöz-Zegerius

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) biedt met artikel 39 de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur vast te leggen dat (categorieën van) beroepsbeoefenaren beschikken over specifieke deskundigheid om zonder toezicht door of tussenkomst van de opdrachtgever bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren (de zogenoemde functioneel zelfstandige bevoegdheid). In het Besluit functionele zelfstandigheid (hierna: Besluit) zijn drie categorieën beroepsbeoefenaren aangewezen aan wie een functionele zelfstandigheid is toegekend, waaronder de ambulanceverpleegkundige. Die functionele zelfstandigheid is voor de ambulanceverpleegkundige noodzakelijk vanwege de bijzondere omstandigheden waarin de ambulanceverpleegkundige voorbehouden handelingen verricht. Deze omstandigheden hebben betrekking op het in spoedeisende situaties snel en doelgericht levensreddende voorbehouden handelingen uit te voeren zonder toezicht en tussenkomst van een arts, en bovendien op het feit dat de ambulanceverpleegkundige zelf moet bepalen of en zo ja welke voorbehouden handeling moet worden uitgevoerd. Het werk van de ambulanceverpleegkundige onderscheidt zich hiermee van bijvoorbeeld de BIG-geregistreerde verpleegkundigen die werkzaam zijn in ziekenhuizen op een intensive care afdeling of op de afdeling spoedeisende hulp. Laatstgenoemden kunnen zich zo nodig verzekeren van tussenkomst en toezicht van een arts bij het in opdracht uitvoeren van voorbehouden handelingen.

In het Besluit geldt daarom sinds 1 december 1997 dat ambulanceverpleegkundigen de functioneel zelfstandige bevoegdheid hebben voor een vijftal voorbehouden handelingen genoemd in artikel 3 van het Besluit, namelijk:

- a. het toepassen van electieve cardioversie (artikel 36, negende lid, Wet BIG); het door middel van een stroomstoot beëindigen van fibrilleren van een ventrikel,
- b. het toepassen van defibrillatie (artikel 36, tiende lid, Wet BIG),
- c. het in- en extuberen van de luchtpijp met een orale of nasale tube; het via de mond of via de neus in de luchtpijp inbrengen of uit de luchtpijp verwijderen van een buis. Deze handeling valt onder de categorie «catheterisaties uitvoeren» als bedoeld in artikel 36, vierde lid, Wet BIG,
- d. het toepassen van drainagepunctie bij een spanningspneumothorax; het inbrengen van een holle naald in de borst bij een klaplong teneinde lucht te doen ontsnappen. Ook deze handeling valt onder de categorie «catheterisaties uitvoeren» als bedoeld in artikel 36, vierde lid, Wet BIG, en
- e. het verrichten van een coniotomie; het vrijmaken van de ademweg door middel van het creëren van een opening in het strottenhoofd via een dwarse insnijding tussen schild- en ringkraakbeen. Deze handeling valt onder de categorie «heelkundige handelingen» als bedoeld in artikel 36, eerste lid, Wet BIG.

De opdracht voor het uitvoeren van deze handelingen is in de ambulancetzorg zeer geprotocolleerd vastgelegd. Samenstelling en vaststelling van de protocollen bij de ambulancedienst gebeurt onder verantwoordelijkheid van artsen verbonden aan die ambulancedienst. Aan de hand van de protocollen bepalen de ambulanceverpleegkundigen welke handelingen vereist zijn.

Om over de vereiste deskundigheid te beschikken tot het functioneel zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen, dient de ambulanceverpleegkundige na de initiële opleiding tot verpleegkundige¹ een vervolgopleiding te volgen. In artikel 3a, tweede lid, van het Besluit is een aantal eisen opgenomen waaraan deze vervolgopleiding moet voldoen. Twee van deze eisen zijn:

(i) De opleiding is door Stichting College Zorg Opleidingen (CZO) erkend, en

(ii) De opleiding heeft een studielast van tenminste 1109 uren bestaande uit tenminste 928 praktijkuren en 184 theorie-uren.

Het CZO is een non-profit organisatie die in 2003 is ontstaan uit een samenwerkingsverband tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Het CZO ziet toe op het behoud van kwaliteit van de zorgopleidingen die onder haar ressorteren. De opleidingen worden op uniforme wijze getoetst waarna, bij goed resultaat, het CZO de opleiding erkent. Daarnaast verstrekt het CZO eenduidige diploma's en registreert deze landelijk.

De kwantitatieve norm van 1109 uren in het Besluit is vastgesteld op basis van door het CZO ingeschatte gemiddelde van de benodigde uren theorie- en praktijkonderwijs om als ambulanceverpleegkundige functioneel zelfstandig voorbehouden handelingen te kunnen verrichten.

In het onderhavige wijzigingsbesluit wordt deze kwantitatieve urennorm vervangen door een alternatieve kwalitatieve norm gebaseerd op de systematiek van de Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS) toegepast op de ambulanceverpleegkundige. De CanMEDS systematiek is in Canada ontwikkeld voor artsen in opleiding. Inmiddels wordt het systeem wereldwijd gebruikt, en ook in Nederland. Reden voor deze wijziging die door Ambulance Zorg Nederland (AZN) is voorgesteld is dat de huidige kwantitatieve urennorm niet meer aansluit bij de nieuwe didactische principes van de CZO-opleidingen, waaronder de vervolgopleiding tot ambulanceverpleegkundige. Hiernaast is het omwille van een toekomstbestendige arbeidsmarkt belangrijk dat opleidingen flexibel en op maat zijn ingericht en kunnen voorzien in de behoeften van de zorgsector.

In de navolgende paragraaf wordt dit nader toegelicht.

2. Vervanging kwantitatieve urennorm door een kwalitatieve norm

a. Gewijzigde didactische principes (kwalitatieve norm)

In 2022 zijn er door het CZO wijzigingen doorgevoerd in de CZO-erkende vervolgopleidingen voor verpleegkundigen, zoals ambulanceverpleegkundigen, en voor bijvoorbeeld medisch ondersteunend personeel, zoals operatieassistenten, anesthesiemedewerkers en sedatiepraktijkspecialisten. Deze wijzigingen hebben alleen betrekking op de didactische principes van de opleiding en niet op *wat* er wordt geleerd. De eindtermen van de opleidingen blijven hetzelfde. Dit betekent dat de inhoudelijke vereisten waaraan beginnende beroepsbeoefenaren, zoals ambulanceverpleegkundigen, moeten voldoen na het voltooien van de opleiding niet zijn veranderd.

¹ Het gaat hier om BIG-geregistreerde verpleegkundigen, artikel 3 van de Wet BIG.

Het doel van deze wijzigingen is om de opleidingen flexibeler te maken en beter af te stemmen op de behoeften van de zorgsector en de wensen van zorgverleners en zorginstellingen. Hierdoor kunnen de opleidingen beter inspelen op veranderende zorgbehoeften en de vereiste functies, kennis, vaardigheden en ervaring.

De nieuwe didactische principes houden in dat het door CZO erkende vervolgonderwijs opgebouwd is uit Entrustable Professional Activities (EPA's). EPA's zijn de professionele activiteiten of taken die aan een zorgverlener kunnen worden toevertrouwd na supervisie door diens praktijkbegeleider. Dit betekent dat de zorgverlener heeft laten zien aan diens begeleider dat die bekwaam is om specifieke taken uit te voeren. De opleiding tot ambulanceverpleegkundige bevat alle EPA's die nodig zijn om het werk als ambulanceverpleegkundige goed uit te kunnen voeren. EPA's zijn inhoudelijk gebaseerd op de CanMEDS competenties. Het CanMEDS model is een methodiek om scholing voor beroepsbeoefenaren in de zorg te kwalificeren in termen van competenties en wordt in verschillende (vervolg)opleidingen voor beroepsbeoefenaren in de zorg toegepast.² Voor de ambulanceverpleegkundige zijn zeven competentiedomeinen gedefinieerd, en binnen elk van deze competentiedomeinen dient de ambulanceverpleegkundige te beschikken over bepaalde competenties: een set aan kennis, vaardigheden en houding. De zeven CanMEDS competenties van de ambulanceverpleegkundige bestaan uit: vakinhoudelijk handelen (waaronder ook het uitvoeren van voorbehouden handelingen wordt verstaan), communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, leiderschap en professionaliteit. Alle CanMEDS competentiegebieden zijn geïntegreerd en geoperationaliseerd in de EPA's.

Een voorbeeld van een EPA is «Zorg verlenen aan een volwassen patiënt met een (dreigend) cardiorespiratoir arrest» (hartstilstand). Deze EPA omvat alle competenties die nodig zijn om zorg te kunnen bieden aan patiënten met een (dreigende) hartstilstand. Om deze EPA toevertrouwd te krijgen dient de ambulanceverpleegkundige onder andere aantoonbaar bekwaam te zijn in het toepassen van een defibrillatie, één van de vijf voorbehouden handelingen die in de vervolgonderwijs tot ambulanceverpleegkundige wordt aangeleerd (onderdeel van de CanMEDS-competentie vakinhoudelijk handelen) en aantoonbaar bekwaam te zijn op het gebied van samenwerken met andere disciplines (CanMEDS-competentie samenwerking).

Aanvullend op de EPA's moeten ook zogenaamde EPA-overstijgende leeractiviteiten (EOL) worden afgerond. Dat zijn activiteiten die niet geschikt zijn om enkel na supervisie van een begeleider toe te vertrouwen. Een voorbeeld hiervan is het uitvoeren van onderzoek. In dit geval wordt niet in de praktijk beoordeeld, maar wordt het opgeleverde onderzoek (product) door de begeleider beoordeeld volgens het beoordelingsformulier van het CZO³.

Elke EPA en EOL heeft CZO-credits (vergelijkbaar met studiepunten in het hoger onderwijs), die de waarde van de leerresultaten vertegenwoordigen. Een getuigschrift wordt uitgereikt door het CZO wanneer alle vereiste EPA's en de EOL's zijn afgerond en de bijbehorende CZO-credits zijn behaald.

² Zoals de operatieassistent, anesthesiemedewerker, intensivaceverpleegkundige of spoedeisendehulpverpleegkundige (zie: De EPA's per cluster en opleiding - CZO Flex Level). Zie bijvoorbeeld ook het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant.

³ Begeleiden, toetsen en bekwaam verklaren - CZO Flex Level.

b. Noodzaak vervanging urennorm door een kwalitatieve norm

Vanaf 1 januari 2023 worden ambulanceverpleegkundigen volgens de nieuwe didactische principes opgeleid. Door het hanteren van EPA's en het feit dat een begeleider een zorgverlener in opleiding pas professionele activiteiten toevertrouwt op het moment dat de zorgverlener heeft laten zien daarin voldoende bekwaam te zijn, is de duur van de opleiding afhankelijk van de snelheid van de ontwikkeling van de zorgverlener.

Door de huidige vereiste kwantitatieve urennorm is het echter niet mogelijk om de opleidingsduur aan de ontwikkeling van de student aan te passen. De huidige urennorm in het Besluit beperkt de mogelijkheden om een zorgverlener bevoegd en bekwaam te verklaren die – bijvoorbeeld door eerder opgedane kennis, kunde of ervaring – in minder dan 1109 uren de benodigde EPA's en EOL's krijgt toevertrouwd en de bijhorende CZO-credits heeft behaald. Het gevolg hiervan is dat ambulanceverpleegkundigen niet functioneel zelfstandig ingezet kunnen worden, ondanks dat zij de vervolgopleiding tot ambulanceverpleegkundige al succesvol hebben afgerond en al bekwaam zijn om de betrokken handelingen functioneel zelfstandig uit te oefenen. Bovendien worden opleidingsplekken onnodig bezet gehouden, hetgeen invloed heeft op de instroom van nieuwe ambulanceverpleegkundigen. Omwille van een toekomstbestendige arbeidsmarkt in zorg en welzijn is het belangrijk dat opleidingen flexibel zijn en kunnen voorzien in de behoeften van de zorgsector. Naast zorginstellingen en zorgverleners hebben ook burgers (patiënten) hier baat bij, omdat ambulanceverpleegkundigen sneller kunnen worden opgeleid waardoor de tekorten in de ambulancesector kunnen worden teruggedrongen en de toegankelijkheid van de zorg wordt bevorderd.

Om de voornoemde belemmering van de urennorm op te heffen en flexibel en op maat opleiden mogelijk te maken is de in artikel 3a, tweede lid, onder 3°, van het Besluit de urennorm van 1109 uur vervangen door een kwalitatieve norm. Deze kwalitatieve norm houdt in dat de betrokkene zowel theoretisch als praktisch onderwijs krijgt dat erop gericht is dat de betrokkene de hierboven genoemde zeven CanMEDS competenties verwerft. Zoals hierboven aangegeven, zijn de zeven CanMEDS competenties geïntegreerd in de EPA's, en ontleen ze daarmee hun concrete betekenis en context aan de EPA's. De EPA's worden pas toevertrouwd aan een zorgverlener in opleiding op het moment dat hij heeft laten zien dat hij daarin voldoende bekwaam is. Een getuigschrift wordt pas door het CZO uitgereikt wanneer alle vereiste EPA's zijn afgerond en de bijbehorende CZO-credits zijn behaald. Gelet hierop wordt de kwalitatieve norm op basis van de CanMEDS als geschikt alternatief geacht ter vervanging van de kwantitatieve urennorm. Zoals hierboven ook reeds vermeld zijn de inhoudelijke vereisten waaraan de beginnende ambulanceverpleegkundige moet voldoen niet gewijzigd; *kennen* en *kunnen* van de ambulanceverpleegkundige is hetzelfde gebleven. Na het met goed gevolg afronden van de vervolgopleiding met hantering van de kwalitatieve norm is de ambulanceverpleegkundige deskundig en bekwaam om de voorbehouden handelingen functioneel zelfstandig te verrichten. De patiëntveiligheid is daarom geborgd.

3. (Financiële) gevolgen en regeldruk

De opleiding van ambulanceverpleegkundigen wordt bekostigd via een standaard opslag op de vergoeding voor de beschikbaarheidsdiensten in de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's), en niet op basis van het aantal opleidingsplekken. Dit is vastgelegd in de beleidsregels inzake regionale ambulancevoorzieningen 2024 van de Nederlandse Zorgauto-

riteit.⁴ Zoals toegelicht is met het hanteren van EPA's de duur van de opleiding afhankelijk van de snelheid van de ontwikkeling van de zorgverlener. Als in minder dan 1109 uren de vervolgoopleiding kan worden afgerond, dan kan – door het wijzigen van deze kwantitatieve urennorm door een kwalitatieve norm – de doorstroom in de vervolgoopleiding tot ambulanceverpleegkundigen worden geoptimaliseerd (in die zin dat sommige ambulanceverpleegkundigen eerder klaar zijn met hun opleiding en plaats kunnen maken voor nieuwe ambulanceverpleegkundigen in opleiding) ten opzichte van de huidige situatie waarin tenminste 1109 onderwijsuren verplicht zijn. Als de doorstroom wordt geoptimaliseerd kan het vastgestelde budget voor het opleiden van ambulanceverpleegkundigen naar verwachting maximaal worden benut en jaarlijks worden uitgeput. Omdat de hoogte van het vastgestelde budget niet wijzigt, heeft dit verder geen financiële gevolgen. Een mogelijke verhoging van het aantal opgeleide ambulanceverpleegkundigen draagt bij aan het verminderen van de tekorten in de ambulancesector. Bovendien past dit bij het laatste advies van het Capaciteitsorgaan, dat ongeveer 20% boven de gerealiseerde instroom lag.⁵

Evenmin zijn er gevolgen voor de regeldruk voor zorgverleners, zorgorganisaties en opleidingsinstituten omdat de didactische principes en manier van flexibel opleiden tot ambulanceverpleegkundigen bestaande praktijk is. Bovendien zijn de taken van de contactpersonen studentenregistratie bij de registratie van studenten voor EPA-gerichte en niet EPA-gerichte opleidingen (oude stijl) onveranderd.⁶

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies omdat – het behoudens eenmalige kosten verbonden aan kennisname van de gewijzigde regelgeving- geen gevolgen voor de regeldruk heeft.

4. Uitvoeringstoets

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft aangegeven geen aanleiding te zien voor een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets.

5. Advies en consultatie

Het ontwerp van dit besluit heeft van 23 februari 2024 tot en met 8 maart 2024 open gestaan voor internetconsultatie. De termijn voor internetconsultatie was in dit geval twee weken in plaats van de gebruikelijke vier weken. De redenen waarom de termijn voor internetconsultatie is verkort, zijn de volgende:

– Het is noodzakelijk om het wijzigingsbesluit op 1 juli 2024 in werking te laten treden, omdat de wijze van opleiden met de kwalitatieve norm reeds bestaande praktijk is, en tevens omdat het vervangen van de urennorm een versnelde doorstroom in de opleiding tot ambulanceverpleegkundige mogelijk maakt. Dit is noodzakelijk vanwege de tekorten in de ambulancesector.

– Bij de betrokken partijen is draagvlak voor de wijziging. Het verzoek tot aanpassing van de urennorm is ingediend door Ambulancezorg Nederland, mede namens de Nederlandse Vereniging van Medisch Manager Ambulancezorg en V&VN Ambulancezorg Nederland. Voornoemde partijen, inclusief Stichting College Zorg Opleidingen zijn apart geattendeerd op de internetconsultatie.

⁴ NZa: Beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen 2024, BR/REG-24148a.

⁵ Capaciteitsplan-2022_2025-Deelrapport-8-FZOAVP-DEF-12-jan-23.pdf (capaciteitsorgaan.nl)

⁶ Studentenregistratie voor zorgorganisaties | College Zorgopleidingen (czo.nl)

Op de internetconsultatie zijn vijf reacties ontvangen, waaronder drie van individuele burgers. In alle reacties wordt positief gereageerd op het feit dat met de wijzigingen de vervolgopleiding tot ambulanceverpleegkundige flexibeler wordt gemaakt en beter kan worden afgestemd op de behoeften van de zorgsector en de wensen van zorgverleners en zorginstellingen. In een gezamenlijke reactie wijzen Ambulancezorg Nederland, V&VN Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, de Academie voor Ambulancezorg en het Wenckebach Instituut voor Onderwijs en Opleiden, er op dat een kwalitatieve norm een positief effect zal hebben op de beschikbare capaciteit voor het zorgproces en de beschikbare opleidingsplekken. In een andere reactie wordt het vervangen van de urennorm door een kwalitatieve norm eveneens ondersteund. Wel wordt gewezen op het risico van het te snel «loslaten» van Professionals in Opleiding (PIO's). Daarbij wordt gezegd dat de ervaring is dat in de praktijk juist in de laatste fase van de opleiding veel verdieping plaatsvindt. Ten aanzien van deze reactie wordt het volgende opgemerkt. Zoals hierboven vermeld worden de EPA's pas toevertrouwd aan een zorgverlener in opleiding op het moment dat hij heeft laten zien dat hij daarin voldoende bekwaam is. Een getuigschrift wordt pas door het CZO uitgereikt wanneer alle vereiste EPA's zijn afgerond en de bijbehorende CZO-credits zijn behaald. Dit betekent dat een zorgverlener in opleiding niet eerder kan worden «losgelaten» dan op het moment dat alle vereiste EPA's zijn afgerond en de benodigde CZO-credits zijn behaald.

In een andere reactie is de suggestie gedaan om het perspectief van de burger explicieter op te nemen. De wijzigingen leiden er namelijk niet alleen toe dat de vervolgopleiding beter kan worden afgestemd op de behoeften van de zorgsector en de wensen van zorgverleners en zorginstellingen, maar ook die van de burger. Deze suggestie is verwerkt door het perspectief van de burger toe te voegen in deze toelichting.

Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel A

Met de wijziging van artikel 3a, tweede lid, onder 3°, van het Besluit wordt de urennorm vervangen door een kwalitatieve norm: de opleiding omvat zowel theoretisch als praktisch onderwijs dat gericht is op het verwerven van de competenties (CanMEDS competenties) die betrekking hebben op het deskundigheidsgebied van de ambulanceverpleegkundige.

Artikel I, onderdeel B

In het nieuwe artikel 3aa worden vervolgens de zeven CanMEDS competenties genoemd. Per competentie wordt tevens aangegeven welke bekwaamheden daaronder vallen. Reden om dit expliciet in het wijzigingsbesluit op te nemen is dat de kwalitatieve norm een belangrijk onderdeel is van de opleidingseisen voor de ambulanceverpleegkundige voor het verkrijgen van de bevoegdheid om functioneel zelfstandig voorbehouden handelingen te verrichten. Duidelijk moet zijn wat deze kwalitatieve norm inhoudt waaraan de ambulanceverpleegkundige moet voldoen.

In het algemeen deel van de toelichting is uitgebreid ingegaan op het nieuwe didactische principe van de CZO-opleiding tot ambulanceverpleegkundige en de systematiek van de CanMEDS. Hierna wordt een aantal competenties toegelicht.

Competentie vakinhoudelijk handelen (tweede lid)

Deze competentie omvat verschillende aspecten, zoals het verzamelen en interpreteren van relevante gegevens, het plannen van zorg en het evalueren, rapporteren en overdragen. De ambulanceverpleegkundige is in het kader van verzamelen en interpreteren van relevante gegevens in staat om in voorspelbare en onvoorspelbare situaties op basis van een (hetero)anamnese een gedetailleerd beeld van de (levensbedreigende) gezondheidsproblematiek van de patiënt te vormen. Een anamnese houdt in dat de ambulanceverpleegkundige op een systematische wijze vragen aan de patiënt stelt over de ziektegeschiedenis van een patiënt en het ontstaan en verloop van klachten en ziekte. Indien de patiënt niet in staat is de anamnesevragen te beantwoorden, verzamelt de ambulanceverpleegkundige de relevante gegevens bij familie of andere personen (hetero-anamnese). Op basis van de verkregen informatie kan de ambulanceverpleegkundige beredeneren welke verpleegkundige zorg uitgevoerd moet worden.

De ambulanceverpleegkundige verleent zorg in laag-, midden en hoogcomplexiteit situaties. In laag complexiteit situaties is het verloop van de zorg in hoge mate voorspelbaar, waarbij vitale functies van de zorgvrager niet behoeven te worden ondersteund en slechts één andere zorgverlener of ketenpartner betrokken is. De ambulanceverpleegkundige verricht enkele verpleegkundige interventies. In midden complexiteit situaties is het verloop van de zorg redelijk voorspelbaar. Een of meerdere vitale functies van de zorgvrager moeten worden ondersteund waarbij de zorgvrager stabiel is en maximaal twee andere zorgverleners of ketenpartners betrokken zijn. De ambulanceverpleegkundige verricht meerdere verpleegkundige interventies. In hoog complexiteit situaties is het verloop van de zorg wisselend en onvoorspelbaar. Meerdere vitale functies moeten worden ondersteund waarbij de zorgvrager instabiel is. In geval van complexe zorg zijn meer dan twee andere zorgverleners of ketenpartners betrokken en verricht de ambulanceverpleegkundige veel verpleegkundige interventies.

Competentie communicatie (derde lid)

De ambulanceverpleegkundige draagt zorg voor een effectieve communicatie en interactie met alle betrokkenen. Het gaat onder andere om zorgverleners, zoals de ambulancechauffeur, medewerkers in de Meldkamer Ambulancezorg, collega ambulanceverpleegkundigen, artsen en verpleegkundig specialisten, en daarnaast tevens om hulpverleners bij de brandweer en politie, en andere functionarissen, zoals specifieke personen van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio of ten tijde van Opgeschaalde Ambulancezorg (GHOR) zoals de Officier van Dienst Geneeskunde. De ambulanceverpleegkundige communiceert mondeling en schriftelijk op operationeel niveau en rapporteert op een adequate wijze aan alle betrokkenen.

Competentie samenwerking (vierde lid)

De ambulanceverpleegkundige kan op verschillende niveaus doelmatig en effectief samenwerken met alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten. Op monodisciplinair niveau werkt de ambulanceverpleegkundige samen met collega ambulanceverpleegkundigen. Op multidisciplinair niveau werkt de ambulanceverpleegkundige samen met betrokkenen vanuit verschillende doelstellingen. Een voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen de ambulanceverpleegkundige en de politie, waarbij de ambulanceverpleegkundige het doel nastreeft om adequaat acute zorg te verlenen en de politie het doel nastreeft om veiligheid te borgen. Op interprofessioneel niveau werken ambulanceverpleegkun-

digen samen met andere zorgverleners (vanuit een gezamenlijke doelstelling). Een voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen de ambulanceverpleegkundige en de arts die gezamenlijk het doel nastreven om adequaat acute zorg te verlenen.

Competentie kennis en wetenschap (vijfde lid)

De ambulanceverpleegkundige draagt bij aan het op wetenschappelijk bewijs gebaseerd (evidence based) handelen door het ontwikkelen en verbeteren van de beroepssituatie door vanuit een probleem- of vraagstelling en ontwikkel- of verbeterplan op te stellen. De ambulanceverpleegkundige draagt zorg voor het actueel houden van de vakkennis en innovatie-ontwikkelingen in het eigen vakgebied.

Competentie maatschappelijk handelen (zesde lid)

De ambulanceverpleegkundige heeft kennis van wet- en regelgeving zoals de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en past deze toe. De ambulanceverpleegkundige geeft tevens voorlichting aan patiënten over bijvoorbeeld gezondheidsrisico's en neemt waar nodig preventieve maatregelen om gezondheidsrisico's te beperken. De ambulanceverpleegkundige heeft in het kader van preventie aandacht voor onderwerpen als medicatieveiligheid, infectiepreventie, antibioticaresistentie en het melden van incidenten.

Competentie leiderschap (zevende lid)

Deze competentie houdt onder andere in dat de ambulanceverpleegkundige persoonlijk leiderschap, besluitvaardigheid en overwicht toont in onveilige situaties, en in samenwerking met andere hulpdiensten in opgeschaalde crisissituaties.

Competentie professionaliteit (achtste lid)

De ambulanceverpleegkundige beoefent de patiëntenzorg volgens de geldende medische en ethische standaarden binnen het Nederlandse juridische kader. De ambulanceverpleegkundige exploreert weloverwogen en doelbewust ervaringen ter bevordering van het leren, de persoonlijke en professionele ontwikkeling en het verbeteren van het eigen functioneren als ambulanceverpleegkundige in de beroepspraktijk.

Artikel II

In de inwerkingtreding zal bij koninklijk besluit worden voorzien. De beoogde inwerkingtredingsdatum is 1 juli 2024.

De Minister voor Medische Zorg,
P.A. Dijkstra