

CONCEPT



- **BEKWAAMHEIDS-
BELEID BINNEN DE
AMBULANCEZORG**

NVMMA i.s.m. Ambulancezorg Nederland

Augustus 2020

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	4
2. Verantwoordelijkheid voor de uitvoering	6
3. Wettelijke grondslag bekwaamheid ambulancemedewerkers	7
4. Bevoegd en bekwaam	8
5. Invulling schriftelijke bekwaamheidsverklaring	9
6. Bekwaamheidsverklaring (tijdelijk) intrekken	10
7. Praktijk: componenten van de bekwaamheidsbeoordeling <i>- Schematisch overzicht van componenten van de bekwaamheidsbeoordeling</i>	12
8. Bekwaamheidseisen Ambulanceverpleegkundige (AVP)	16
9. Bekwaamheidseisen Bachelor Medisch Hulpverlener (BMH)	17
10. Bekwaamheidseisen Rapid Responder (RR)	19
11. Bekwaamheidseisen Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA)	21
12. Bekwaamheidseisen Ambulancechauffeur hoogcomplex ambulancezorg (ACH)	22
13. Bekwaamheidseisen Verzorgende IG laagcomplex ambulancezorg (VIG)	24
14. Verpleegkundige laag- en middencomplex ambulancezorg (VP)	25
15. Bekwaamheidseisen Chauffeur laag- en middencomplex ambulancezorg (CH)	26
16. Bijzondere bekwaamheidsverklaringen	27
17. Literatuur	28

1. INLEIDING



Dit bekwaamheidsbeleid komt voort uit het Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige (2015). Hierin staat hoe de verantwoordelijkheid van de medisch manager ambulancezorg (MMA) voor het bekwaam zijn en blijven van de ambulanceverpleegkundige vorm moet krijgen. De overige functies zouden volgen in een later stadium. Inmiddels zijn we zover: het document dat voor je ligt is een bekwaamheidsbeleid gebaseerd op de principes van het fundament, voor de volgende functies¹

- Ambulanceverpleegkundige (AVP);
- Bachelor Medisch Hulpverlener (BMH);
- Rapid Responder (RR);
- Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA);
- Ambulancechauffeur hoogcomplexe ambulancezorg (ACH);
- Verzorgende IG laagcomplexe ambulancezorg (VIG);
- Chauffeur laag- en middencomplexe ambulancezorg (CH)s.

Lees meer over de herkomst, accordering en functie van dit bekwaamheidsbeleid.

Context: over het Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige

Het fundament is samengesteld vanuit het perspectief van de medisch manager, als verantwoordelijke voor het medisch-inhoudelijke deel van en het medisch handelen binnen de ambulancezorg. In de Nota Verantwoorde Ambulancezorg en het Professioneel Statuut MMA staat omschreven hoe de verantwoordelijkheid voor het bekwaamheidsbeleid is belegd bij de MMA. Een specifieke verantwoordelijkheid van de MMA voor het bekwaamheidsbeleid vloeit verder voort uit het opdrachtgeverschap medische handelingen, volgens de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

De directeur RAV is op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) de eindverantwoordelijke voor het leveren van verantwoorde zorg, en dus voor de inzet van voldoende en ter zake deskundig personeel. Dat neemt niet weg

dat de spil in het verwerven en onderhouden van aantoonbare (vak)bekwaamheid de beroepsbeoefenaar zelf is en blijft.

Inhoud Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige

Het fundament bestaat uit een aantal documenten:

- *Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige*
Het fundament is door AZN vastgesteld op 13 mei 2015. De RAV's moesten hieraan in januari 2018 voldoen. Daarmee is het tot branchenorm verheven, de IGJ ziet toe op de uitvoering ervan. Het document beschrijft het wettelijke én sectorale kader voor de initiële bekwaamheid en vervolgbekwaamheid van ambulanceverpleegkundigen, en de verantwoordelijkheidsverdeling die daarbij hoort.
- *Instrumentarium voor bekwaamheidsbeleid*
Het instrument is een praktische uitwerking van de minimale bouwstenen voor (het vaststellen van) de medische bekwaamheid.
- *Beschouwing en beoordeling van de beroepspraktijk*
De beschouwing beschrijft intercollegiale toetsing, praktijkbeoordeling on-the-job en ritevaluaties.
- *Beschrijven, vergelijken en beoordelen van regionale assessments*
Dit document wordt een beschrijving van algemene kenmerken waaraan assessments moeten voldoen, maar is nog niet geschreven.
- *Kwantitatieve maat voor bekwaamheid*
Dit document beschrijft de status rondom een norm voor een minimaalaantal te verrichten handelingen, minimaalaantal A1-ritten en minimumpercentage dienstverband.

Bestuurlijke accordering

De inhoud van het fundament is bestuurlijk geaccordeerd door de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA), V&VN Ambulancezorg en

1. Voor meldkamercentralisten bestaat al een apart fundament bekwaamheidsbeleid.

Ambulancezorg Nederland (V&VN) en definitief vastgesteld door Ambulancezorg Nederland (AZN) in mei 2015.

Over dit bekwaamheidsbeleid

Na het Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige volgen logischerwijs fundamenten voor de andere ambulancezorgverleners. Om te voorkomen dat we een grote hoeveelheid documenten krijgen, hebben we de principes van het bestaande fundament verwerkt in een bekwaamheidsbeleid voor alle ambulancezorgverleners, met een specifieke paragraaf per functiegroep. Dit nieuwe document bevat dus bestaande elementen, maar is meer gecomprimeerd en praktijkgericht.

De functie van het bekwaamheidsbeleid

Doel van het bekwaamheidsbeleid is te borgen dat de medewerkers beschikken over voldoende theoretische en praktische vaardigheden om de ambulancezorg vakbekwaam uit te oefenen, binnen de kaders van de geldende landelijke en regionale protocollen, werkinstructies en professionele standaarden. De MMA is verantwoordelijk voor het bekwaamheidsbeleid, de toetsing hiervan en het medisch beleid voor de zorgverlening binnen de ambulancezorg.

Leeswijzer

In de hoofdstukken 2-6 schetsen we een theoretisch kader, in hoofdstuk 7 beschrijven we de verschillende componenten van de bekwaamheidsbeoordeling en in de hoofdstukken 8-15 vind je de bekwaamheidseisen per functie.



2. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE UITVOERING



De uitvoering van het bekwaamheidsbeleid binnen de regionale ambulancevoorzieningen (RAV) is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar, de bestuurder, de opleiders en de MMA. Dat lichten we graag toe:

- De **beroepsbeoefenaar** is allereerst zelf verantwoordelijk voor het verwerven en onderhouden van aantoonbare (vak) bekwaamheid en/of -deskundigheid. De RAV heeft hierbij een faciliterende rol.
- De **bestuurder van de RAV**² is eindverantwoordelijk voor het leveren van goede zorg en daardoor voor de deskundigheid van het personeel dat zij inzetten.
- De **opleiders** zijn verantwoordelijk voor het opleiden en trainen van het personeel.
- De MMA is verantwoordelijk voor het bekwaamheidsbeleid, de toetsing hiervan en het medisch beleid voor de zorgverlening binnen de ambulance zorg.

Het bekwaamheidsbeleid dat voor je ligt is het minimale kader waaraan de ambulancezorg moet voldoen, mede gebaseerd op de kwaliteitskaders die AZN vaststelde. Iedere RAV stemt hierop het beleid af en regionale aanvullingen zijn mogelijk, als ze maar kwalitatief gelijkwaardig zijn³. Het eigen beleid van de RAV blijft leidend voor de medewerkers. Op deze manier is dit bekwaamheidsbeleid een minimaal kader dat voor alle partijen werkzaam en uitvoerbaar is.

2. Bron: Wet kwaliteit, klachten en geschillen (Wkkgz).

3. Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid, p. 1.



3. WETTELIJKE GRONDSLAG BEKWAAMHEID AMBULANCEMEDEWERKERS



Dit bekwaamheidsbeleid heeft uiteraard een wettelijke grondslag. Hieronder vind je een overzicht van wettelijke regelingen die zijn opgesteld om ervoor te zorgen dat gezondheidszorg - dus ook de ambulancezorg - door bekwaame professionals wordt uitgevoerd.

1. Wkkgz

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg verplicht de RAV om 'verantwoorde' of 'goede' zorg te bieden, op kwaliteit gericht beleid te maken en een kwaliteitssysteem op te zetten. De Wkkgz is een raamwet. Het bekwaamheidsbeleid van de ambulancezorg draagt bij aan de borging van deze wet.

2. Nota Goede Ambulancezorg

Hierin staat o.a. dat ambulancezorg geleverd moet worden door bevoegde en bekwaame medewerkers.

3. WGBO

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst vraagt van de zorgverlener deskundigheid en bekwaamheid om onder verschillende omstandigheden op te treden en adequaat te handelen. Deze bepalingen gelden voor de individuele ambulancemedewerker en voor de zorginstelling waar diegene in dienst is.

Voor dit bekwaamheidsbeleid is vooral de bepaling uit art. 7:453 BW van belang. Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een 'goed hulpverlener' moet geven en dient te handelen in overeenstemming met de geldende professionele standaard(en). Die zijn onder meer vastgelegd in wettelijke bepalingen, landelijke en regionale protocollen, richtlijnen, werkinstructies, gedragsregels en beroepscodes.

4. Wet BIG

Iedereen die beroepsmatig patiëntenzorg verleent, valt onder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. De Wet BIG stelt eisen aan de individuele (ambulance)zorgverlener en heeft als doel de kwaliteit ⁴ van de beroepsuitoefening te

bevorderen en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. Die kwaliteit van de beroepsuitoefening (deskundigheid) krijg je door een opleiding te volgen en het diploma te behalen.

Voor dit bekwaamheidsbeleid is de bevoegdheidsregeling van voorbehouden en risicovolle handelingen uit deze Wet BIG relevant. Het gaat om handelingen waaraan dusdanige gezondheidsrisico's kleven dat ze uitsluitend door specifieke zorgverleners mogen worden uitgevoerd.

De Wet BIG stelt dat er een relatie is tussen bekwaamheid (iets kunnen doen) en bevoegdheid (iets mogen doen). Daarom geldt voor alle beroepsgroepen die onder de Wet BIG vallen én voor alle handelingen (voorbehouden, risicovol of anders): bekwaam = bevoegd en niet bekwaam = niet bevoegd, dus strafbaar.

Voor ambulanceverpleegkundigen

De wet maakt onderscheid tussen twee groepen zorgverleners. Zorgverleners die zelfstandig bevoegd zijn (zoals de arts, de verpleegkundig specialist en de physician assistent).

En zorgverleners die niet-zelfstandig bevoegd zijn, maar bepaalde handelingen mogen uitvoeren als dat in opdracht is van een wél zelfstandig bevoegd zorgverlener. Bijvoorbeeld een ambulanceverpleegkundige in opdracht van een arts.

Zij mogen die handelingen uitvoeren als dit overeenstemt met het LPA, regionale protocollen, richtlijnen en werkinstructies. En kunnen dit doen doordat er 24/7 een MMA bereikbaar is voor consultatie.

Voor laag- en middencomplexe ambulancezorgverleners

Ook de laag- en middencomplexe ambulancezorgverleners mogen binnen bepaalde kaders een aantal voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren. Deze toestemming is opgenomen in de in- en uitsluitcriteria van het kwaliteitskader. Zij volgen in hun handelen het LPZ en regionale protocollen.

⁴ Kwaliteit van zorg heeft betrekking op veel aspecten van de beroepsuitoefening, zoals vakinhoudelijk handelen, de beroepshouding, veiligheid, doelmatigheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid.



4. BEVOEGD EN BEKWAAM



Binnen de ambulancezorg kennen we twee vormen van bekwaamheid: initiële bekwaamheid en vervolgbekwaamheid. In dit document gaat het om de vervolgvorm: de (her)beoordeling van je bekwaamheid nadat je je diploma/getuigschrift hebt behaald en al enige tijd als ambulancezorgprofessional werkt.

Waarop heeft deze bekwaamheid precies betrekking? Dat is tweeledig. Het gaat over alle handelingen die je als professional uitvoert, bij een patiënt en met andere zorgverleners. En over voldoen aan alle eisen die het beroep of je functie stelt, zoals beschreven in de CanMEDS-rollen, competenties en de opgestelde kwaliteitskaders. De MMA moet er zeker van zijn dat ambulancemedewerkers zo handelen dat 'goede ambulancezorg' wordt verstrekt aan de individuele patiënt. Hier dragen zij zorg voor door onder andere het bekwaamheidsbeleid.

Bekwaamheidsbeleid volgens IGZ

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, nu IGJ) gaf in 2013 in de notitie "Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg" een indicatie van hoe het bekwaamheidsbeleid in de (ambulance)zorg zich volgens hen moet ontwikkelen. Dit zijn de zes hoofdlijnen:

- 1) Beroepscompetenties zijn een belangrijke graadmeter om goed functioneren vast te stellen. Die competenties zijn ingedeeld in zeven CanMEDS-rollen;
- 2) De toetsing van *alle* beroepscompetenties van zorgverleners moet beter worden geregeld;
- 3) Zorginstellingen moeten bekwaamheid van medewerkers kunnen aantonen. Zij moeten laten zien:
 - a) wat zij hebben gedaan om het functioneren van beroepsgroepen te *beoordelen*;
 - b) hoe zij tijdig *signaleren* of sprake is van verminderd functioneren;
 - c) welke *verbeteracties* zijn ondernomen;
 - d) welke *resultaten* ermee zijn geboekt.

- 4) Er moet inzicht zijn in hoe individuele zorgverleners of beroepsgroepen functioneren. Dat kan met beschikbare signalen of bronnen zoals klachten, patiëntenfeedback, social media en registratie van complicaties of incidenten.
- 5) Zorgverleners moeten openstaan voor directe feedback vanuit verschillende perspectieven: van beroepsgenoten, van collega's uit andere disciplines in de organisatie én van patiënten of cliënten;
- 6) Zorgverleners moeten deelnemen aan visitaties of andere vormen van inhoudelijke, collegiale toetsing. Die visitaties zijn in de zorg nu nog onvoldoende ingeburgerd, maar moeten een instrument worden waarmee alle beroepscompetenties worden beoordeeld. De input ervoor komt uit verschillende disciplines, dus niet alleen uit de eigen beroepsgroep. Ook de patiënt of cliënt speelt hierin een essentiële rol.



5. INVULLING SCHRIFTELIJKE BEKWAAMHEIDS- VERKLARING



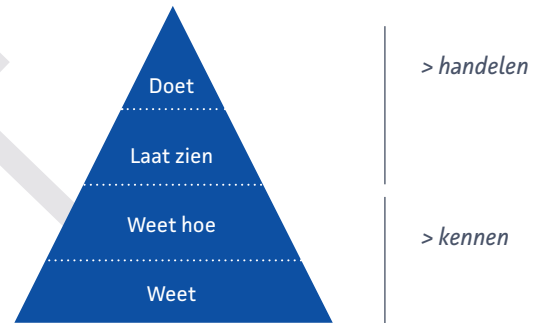
Uit de wettelijke voorschriften en de nota van de IGZ komt naar voren dat aantoonbaarheid essentieel is binnen het bekwaamheidsbeleid van de RAV. We werken daarom met een schriftelijke bekwaamheidsverklaring. Wat daar zoal in wordt vastgelegd, is niet wettelijk bepaald. De wetgever stelt alleen dat de MMA zich redelijkerwijs moet vergewissen van de bekwaamheid van het ambulancepersoneel.

Hoe de MMA dit doet, organiseert of laat organiseren en wie daarin betrokken wordt, kent dus geen vaste vorm. Ook de vraag uit welke elementen 'bekwaamheid' bestaat, wat beoordeeld moet worden en hoe dat moet, ligt niet wettelijk vast. De verantwoordelijkheid voor de regulering ligt dus bij de zorgsector en beroepsgroep(en) zelf. Anders gezegd: invulling van de 'wat'- en 'hoe'-vragen zijn de verantwoordelijkheid van de branche. Dit is wat met dit beleid nader is ingevuld als minimum kader binnen de branche.

We leggen hieronder uit hoe we de procedure rond de bekwaamheidsverklaring gaan vormgeven, aan de hand van de piramide van Miller.

Beroepskwaamheid in vier lagen

De piramide van Miller is een hulpmiddel om verschillende niveaus van beroepskwaamheid in kaart te brengen. De bekwaamheid is schematisch weergegeven in een piramide met vier niveaus. De onderliggende lagen vormen steeds het fundament voor de laag erboven. De onderste lagen gaan over kennis, de bovenste over handelen.



Figuur 1: piramide van Miller (1990)

Kennen

- *Weet*
De kennis die iemand nodig heeft om zijn toekomstige beroep uit te voeren. Brede en gestructureerde kennis is het fundament van een competentie.
- *Weet hoe*
Een ambulancezorgprofessional weet hoe hij die kennis moet gebruiken bij het oplossen van probleemtaken.

Handelen

- *Laat zien*
Een zorgmedewerker laat zien dat hij kan handelen in een gesimuleerde situatie. Miller spreekt hier van 'performance assessment in vitro'. Het gaat bij dit niveau dus om kennis én handelen.
- *Doet*
De zorgmedewerker kan de verworven kennis, vaardigheden en houdingen toepassen in complexe situaties op de werkvloer. Daarom wordt dit niveau beoordeeld in de beroepspraktijk. Miller noemt dit 'performance assessment in vivo'.

Het begrip (beroeps)bekwaamheid gaat over 'handelen'. Kennis is daarvoor het instrument, en dan vooral het niveau 'weten hoe'. En voor 'weten hoe' is de kennis die in de opleiding wordt overgedragen ('weten') weer instrumenteel. Bij het borgen van bekwaamheid staat dus 'handelen' centraal. En dan vooral om de top van de piramide: handelen in de praktijk ('doet'). In mindere mate over 'laat zien'.



6. BEKWAAMHEIDSVERKLARING (TIJDELIJK)

INTREKKEN



De bekwaamheidsverklaring ook weer (tijdelijk) ingetrokken worden. Daarvoor kunnen verschillende redenen zijn.

1. Onvoldoende bekwaamheid bij patiëntcontact

Dat doen we als blijkt dat een ambulancezorgverlener in het directe patiëntencontact niet voldoet of kan voldoen aan de bekwaamheidseisen of beroepsnorm. De MMA trekt dan de medische bekwaamheid tijdelijk in, totdat de ambulancezorgverlener weer op voldoende niveau is ⁵.

2. Ongeldige component

Als ze zorgverlener tussentijds niet meer voldoet aan de voorwaarden van de bekwaamheidsverklaring, vervalt die automatisch ⁶. De ambulancezorgverlener draagt zelf de verantwoordelijkheid om aan de voorwaarden te voldoen. En onderneemt zo nodig actie binnen de organisatie als hij hieraan niet meer voldoet.

3. Na drie maanden afwezigheid

Na drie maanden afwezigheid wordt een bekwaamheidsverklaring tijdelijk ingetrokken ⁷. De zorgmedewerker volgt in zo'n geval het ROC-traject 'Terugkeer na langdurige afwezigheid: weer bekwaam worden' ⁸. Hierin wordt bijvoorbeeld aandacht besteed aan routines herwinnen, bekende en nieuwe werkinstructies trainen en gemiste scholing inhalen. Op deze manier kun je opnieuw de bekwaamheidsverklaring verwerven.

4. Bij een onvoldoende, ook na herkansing

Als bij een toets of assessment de uitslag niet voldoende of twijfelachtig is komt er een praktijkevaluatie of herkansing, afhankelijk van het traject dat de medewerker volgt ⁹. Na een praktijkbeoordeling met een onvoldoende of als de medewerker opnieuw zakt, wordt een nog geldige bekwaamheidsverklaring ingetrokken. Hierbij wordt een maximum van drie herkansingen gehanteerd als de medewerker telkens op de zelfde of vergelijkbare facetten onvoldoende bekwaam blijkt.

Als vervolgens het maximum aantal pogingen bereikt is en het assessment niet is behaald dan kan besloten worden, vanuit de MMA, dat de medewerker niet meer terug mag op de ambulance. Hierbij borgen we als branche dat de patiënt de juiste kwaliteit van zorg krijgt.

Het doel is altijd: de medewerker snel weer op de rit krijgen. Conform de trajectbeschrijving maakt de medewerker samen met zijn leidinggevende een leerplan. De medewerker werkt aan de leerpunten en maakt een nieuwe toets of assessment. Bij voorkeur met een andere beoordelaar.

5. Uitzondering: bij signalen van ernstige tekortkoming

In uitzonderlijke gevallen kan de MMA tussentijds een bekwaamheidsverklaring intrekken. Bijvoorbeeld als de ambulancezorgverlener blijkt heeft gegeven van ernstige tekortkomingen in bekwaamheid (kennis en/of vaardigheden), met risico voor de patiëntenzorg. Dat kan blijken uit incidenten, klachten, meldingen, ritbon controles, evaluaties of tijdens trainingen. Het gaat hier om gebrek aan technische vaardigheden én inzicht in de context van de handelingen, zicht op de consequenties en besluitvaardigheid. Want de Wet BIG beschermt de patiënt tegen beide: tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Daarom zijn signalen van onzorgvuldigheid ook redenen om te twifelen aan de vereiste bekwaamheid.

Om dit aan te pakken, kan een ander traject nodig zijn dan training en begeleiding. Het ROC is hiervoor niet toegerust en daarom is meestal input van en evaluatie door een deskundige nodig. Pas als de achterliggende oorzaak duidelijk is, is het mogelijk een besluit te nemen over wat nodig is voor een eventuele terugkeer. Zo nodig wordt de MMA hierbij betrokken.

5. Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid, p. 6.

6. Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid, p. 6.

7. Zie document "Individuele trajecten".

8. Zie document "Individuele trajecten".

9. Zie document "Individuele trajecten".

We willen voorkomen dat de MMA een bekwaamheidsverklaring moet intrekken. Daarom onderzoeken we bij signalen van (tijdelijk) minder goed functioneren of er daadwerkelijk een probleem is en of we met adequaat handelen erger kunnen voorkomen.

CONCEPT

7. PRAKTIJK: COMPONENTEN VAN DE BEKWAAMHEIDSBEOORDELING

In de vorige hoofdstukken las je het theoretisch kader waarop we onze keuze voor een bekwaamheidsbeleid baseren. In dit

laatste hoofdstuk lichten we toe aan welke bekwaamheidseisen ambulancezorgmedewerkers precies moeten voldoen. In de

Tabel 1: Componenten van de bekwaamheidsbeoordeling: bekwaam zijn en blijven ¹⁰

Componenten medisch en verpleegkundig bekwaamheidsniveau	AVP	BMH	RR	VS/PA volgt	ACH hoog complex	VIG laag complex	VP midden complex	CH laag-midden complex
BIG-registratie, zonder beperkingen	+	+	+		-	-	+	-
Werkervaringseis in uren voor herregistratie per 5 jaar	2080	3840	2080		-	-	2080	-
Diploma	AVP	BMH	AVP		ACH	VIG3	VP4	-
Certificaat	-	intern Trainee	intern RR		-	AvA/intern ZAB	AvA MCA	AvA
Punten voor kwaliteitsregister A = geaccrediteerd	184 A 80 (40 amb)	200	184/200 zie AVP/ BMH		184 A 60	184 A 60	184 A 80	184 A 60
O = overige deskundigheidsbevorderende activiteiten	O 100				O 120	O 120	O 104	O 120
I = intercollegiale toetsing								
Certificaat BLS/AED per 2 jaar	+	+	+		+	+	+	+
Verplichte scholingen per 5 jaar	+	+	+		+	+	+	+
Ritevaluaties per 1 jaar	20	20	30 20AVP 10RR		-	10	10	-
Extern simulatie-assessment per 5 jaar	1	1	1 zie AVP		1	-	1	-
Regionaal simulatie-assessment per 5 jaar	1	1	2 1zie AVP 1RR		1	2	1	2
Toets (assisteren bij) voorbehouden en/of risicovolle handelingen per 5 jaar	min. 2	min. 2	min. 2 zie AVP		min. 2	min. 2 risicovol	min. 2	min. 2 risicovol
Praktijkbeoordeling on-the-job per 1 jaar	1	1	2 1 zie AVP 1RR		SOTJ	SOTJ	1	SOTJ
Eigen verklaring + + + + + + +	+	+	+		+	+	+	+
Geldigheid bekwaamheidsverklaring als ervaren	max. 5 jaar	max. 5 jaar	max. 5 jaar AVP en RR		max. 5 jaar	max. 5 jaar	max. 5 jaar	max. 5 jaar
Intercollegiale toetsing cq intervisie per 1 jaar ≠ onderdeel van de bekwaamheidsverklaring	+	+	+ zie AVP		+	+	+	+
Exposure monitoren ≠ onderdeel van de bekwaamheidsverklaring	+	+	+ AVP en RR		+	+	+	+
Signalen ≠ onderdeel van de bekwaamheidsverklaring	+	+	+		+	+	+	+

10. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 16 en Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid, p. 2.

tabel hieronder zijn alle componenten vastgelegd, met daarbij de maatstaven.

We beginnen dit hoofdstuk met een beschrijving van de componenten: eerste de componenten die onderdeel zijn van de beoordeling, daarna de overige componenten van het bekwaamheidsbeleid. Daarna lichten we toe in welke mate deze gelden voor de volgende beroepsgroepen:

- Ambulanceverpleegkundige (AVP)
- Bachelor medisch hulpverlener (BMH)
- Rapid Responder (RR)
- Verpleegkundig specialist (VS) en Physician Assistant (PA)
- Ambulancechauffeur hoogcomplexe ambulancezorg (ACH)
- Verzorgende IG laagcomplexe ambulancezorg (VIG)
- Verpleegkundige laag- en middencomplexe ambulancezorg (VP)
- Chauffeur laag- en middencomplexe ambulancezorg (CH)
- Uitzendkrachten en ervaren ambulancezorgverleners vanuit een andere RAV

Toelichting componenten van bekwaamheidsbeoordeling

BIG-registratie en werkervaringseis

Voor de bekwaamheidsverklaring van BIG-geregistreerden is een geldige BIG-registratie zonder beperkingen vereist. Op grond van de Wet BIG kunnen zorgverleners maatregelen opgelegd krijgen. Bij bijvoorbeeld een schorsing of gedeeltelijke ontzegging is de inschrijving in het BIG-register nog geldig, maar is er wel een bevoegdheidsbeperking waardoor de verpleegkundige zijn beroep niet mag uitoefenen. Bij een doorhaling verdwijnt de zorgverlener uit het register en is er geen geldige registratie meer.

BIG-geregistreerden moeten voor herregistratie voldoen aan een werkervaringseis. In een periode van vijf jaar moeten zij een minimaal aantal uren werken binnen hun eigen deskundigheidsgebied.

BMH (en VS/PA) moeten daarnaast voldoen aan de deskundigheidsbevorderingseis. Voor de overige beroepsgroepen is de deskundigheidsbevorderingseis nu nog geen onderdeel van de herregistratie.

Diploma

Na het behalen van het diploma is de ambulancezorgprofessional formeel bevoegd om zijn vak uit te voeren. Uiteraard is bekwaamheid een voorwaarde.

*Punten*¹¹

Iedere ambulancezorgprofessional haalt vijftien scholingspunten en registreert dit in het register dat de werkgever daarvoor heeft ingericht en in het Kwaliteitsregister V&VN. Zo kunnen we op een gestandaardiseerde manier inzichtelijk maken met welke activiteiten de zorgprofessional zijn deskundigheid op peil houdt. Inschrijving in het kwaliteitsregister is dus onderdeel van het portfolio, geen vervanging ervan.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het politieke voornemen geuit om voor alle BIG-geregistreerden een herregistratie op te nemen, als instrument voor het borgen van actuele deskundigheid en bekwaamheid¹². Voor BIG-herregistratie zal je naast werkervaring ook verplichte geaccrediteerde bij- en nascholing moeten aantonen.

Certificaat BLS/AED

Iedere ambulancezorgprofessional heeft een geldig BLS/AED-certificaat, volgens de normen van de Nederlandse Reanimatie Raad (NRR).

*Scholing*¹³

Scholing is een continu proces, ook nadat de initiële opleiding is afgesloten. Ambulancezorgprofessionals blijven hun kennis en vaardigheden updaten en worden bijgeschoold in nieuwe ontwikkelingen en gewijzigde (medische) inzichten.

De RAV verzorgt jaarlijks een gestructureerd opleidingsprogramma met terugkerende vaste onderwerpen, kennisonderdelen en deelbekwaamheden. Ook biedt de RAV scholing op basis van casuïstieken, feedback van ketenpartners en nieuwe ontwikkelingen, apparatuur, protocollen of medicatie.

In het opleidingsjaarplan zal per scholing met reden worden vermeld of deze verplicht (of gewenst) is. Als je de verplichte scholingen niet volgt, heeft dat consequenties voor de bekwaamheidsverklaring.

Wanneer bijwonen van een verplichte scholing echt niet mogelijk is, kan er eventueel naar een alternatief gezocht worden. De verantwoordelijkheid voor het volgen van verplichte scholing of een alternatief ligt altijd bij de betreffende ambulancezorgprofessional.

11. Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid, p. 5-7.

12. Kamerbrief beleidsreactie Evaluatie Wet BIG, 2 december 2014.

13. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige p. 19, Instrumentarium, p. 5-7.

Ritevaluaties¹⁴

Ritformulieren worden beoordeeld om te analyseren of de ambulancezorgverlener de juiste protocollen heeft gevolgd. En als hij daarvan afweek: waarom en hoe. Ook zien we zo of de patiënt de best mogelijke zorg heeft gekregen, het verslag dusdanig is dat een buitenstaander zich een beeld kan vormen van de verleende zorg en of het ritformulier volledig is ingevuld. In het beste geval zijn de ritevaluaties voldoende. Maar het kan ook zijn dat ritevaluaties leiden tot verbetermaatregelen. De verbeteringen moeten binnen een afgesproken tijd zichtbaar worden.

Simulatie- assessment¹⁵

In de assessments wordt getoetst of de zorgverlener de juiste keuzes maakt en goede en veilige zorg verleent volgens de geldende protocollen. Als de zorgverlener daarvan afwijkt, moet hij dat kunnen verantwoorden. Daarnaast wordt getoetst of de ambulanceprofessional de medische, verpleegkundige en/of assisterende handelingen op de voorgeschreven wijze uitvoert. Samenvattend: de casuïstiek moet een getrouwe afspiegeling zijn van het gehele spectrum van de ambulancezorg.

Bij de assessments werken we in teams, net als in de praktijk. Ook de materialen die we gebruiken zijn conform de praktijk. Het simulatie-assessment kan worden afgenomen bij de eigen RAV (regionaal assessment) of bij de AvA, een andere CITO gecertificeerde externe partij of een andere RAV (extern assessment). Al deze verschillende simulatie-assessments moeten in grote mate overeenkomst vertonen qua inhoud, opzet, vorm en toetsing.

Toets voorbehouden en risicovolle handelingen¹⁶

Voorbehouden en risicovolle handelingen uitvoeren is meer dan techniek laten zien. De ambulancezorgverlener moet kunnen uitleggen wat een voorbehouden of risicovolle handeling is. Hij is goed op de hoogte van de indicaties, de contra-indicaties en de risico's. En weet hoe complicaties te voorkomen, te herkennen en ernaar te handelen. Ook kent hij de plaats van de handeling in het geheel van het protocol en weet hoe de handeling uit te voeren binnen de context van een complexe hulpverlening.

Dat betekent dat we meer moeten toetsen dan of de handeling correct wordt uitgevoerd. Daarom kijken we ook of je de gehele hulpverleningssituatie beheerst en de theoretische achtergronden daarvan kent.

Praktijkbeoordeling on-the-job¹⁷

Deze observaties laten het best zien of de ambulancezorgverlener de juiste protocollen heeft gevolgd, of en hoe eventueel is afgeweken en of de patiënt de best mogelijke zorg heeft gekregen.

Support/Coaching-on-the-Job

Niet alle ambulancezorgprofessionals worden jaarlijks in de praktijk beoordeeld. Voor bepaalde categorieën volstaat support on-the-job. Een VS/PA of senior-collega observeert en coacht de medewerker tijdens een dienst, om zo de kwaliteit te bewaken en te bevorderen. De informatie die op deze manier wordt verzameld, wordt niet met anderen gedeeld en speelt dus ook geen rol in de beoordeling van de bekwaamheid. Een uitzondering hierop: als onvoldoende individuele bekwaamheid wordt gesignaleerd met mogelijk risico voor de patiëntenzorg, dan informeert de observeerder de betrokken zorgverlener én de MMA.

Eigen verklaring

De ambulancezorgprofessional heeft de verantwoordelijkheid om zelf te bepalen of hij op een specifiek moment in een specifieke situatie nog steeds 'voldoende bekwaam' is¹⁸. Want als hij niet bekwaam is, is hij niet bevoegd en dus strafbaar. Daarom houd je als ambulancezorgprofessional zelf je kennis en vaardigheden op peil en blijf je die verbeteren¹⁹. De werkgever faciliteert dit.

Overige elementen in het bekwaamheidsbeleid

'Medisch en verpleegkundig handelen' is onderdeel van de bekwaamheidsverklaring, dat zijn de termen die hierboven besproken werden. Daarnaast zijn er elementen die daarvan geen onderdeel zijn, maar die de RAV wel moet borgen in het bekwaamheidsbeleid.

RAV's moeten de ambulanceverpleegkundigen helpen bij het inzichtelijk krijgen van zijn of haar 'performance'²⁰. Systematisch verzamelde gegevens vormen een belangrijke aanvullende

14. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 17; Instrumentarium, p. 2, 6, 7 en

15. Beschouwing en Beoordeling van de Beroepspraktijk, p. 13-14.

16. Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid, p. 6-7.

17. Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid p. 3, 7 en Beschouwing p. 10-13.

18. Wet BIG artikel 36 lid 15, WGBO artikel 7:453.

19. Eed van Verpleegkundigen en Verzorgenden, Beroepscode, p. 7.

20. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige p. 14 en Beschouwing en beoordeling van de beroepspraktijk.

informatiebron voor de inschatting of ambulancezorgverleners nog steeds bekwaam medisch en verpleegkundig handelen.

Aanvullende informatie kunnen we via verschillende bronnen verzamelen ²¹, zoals:

- inzicht in eigen functioneren via intercollegiale toetsing;
- kwantitatieve en kwalitatieve gegevens over de zorgproductie;
- signalen van teamleden/collega's/anderen in de organisatie;
- oordelen/signalen/evaluaties van ketenpartners;
- ervaringen/klachten/signalen van patiënten.

Signalen en aanvullende informatie kunnen onderwerp van gesprek worden in meer algemene beoordelings-, functionerings- of POP-gesprekken. Of andere gesprekken met het management, de MMA en/of anderen, waarin het beroepsmatig functioneren en/of de ontwikkeling van de ambulancezorgverlener centraal staat.

Signalen en aanvullende informatie hebben drie doelen: ontdekken of er aanleiding is te veronderstellen dat de bekwaamheid op onderdelen niet is zoals deze zou moeten zijn, vaststellen waarvoor bij de beoordeling van de bekwaamheid vooral aandacht moet zijn én bekijken of er aanwijzingen zijn dat de bekwaamheid bovengemiddeld is. Signalen geven richting, geen uitsluitel.

Intercollegiale toetsing ²²

Intercollegiale toetsing is niet zomaar een gesprek, het moet voldoen aan specifieke eisen. Als daaraan wordt voldaan, helpt de dialoog met collega's de zorgverlener om een oordeel te geven over zijn eigen beroepsbekwaamheid. En geeft het hem een beeld van de stappen die hij moet zetten, op grond van de feedback van anderen. Je moet hieraan deelnemen volgens het bekwaamheidsbeleid. Maar het speelt geen enkele rol in de formele beoordeling van bekwaamheid of functioneren.

Exposure/ervaringsdeskundigheid ²³

Per individuele medewerker worden de uitgevoerde medische handelingen (zie *bijlage 2*) en het aantal spoedritten per jaar geregistreerd ²⁴. Deze volumegegevens dragen nog niet bij aan het vaststellen van de medische bekwaamheid, omdat er geen norm is waarlangs we die gegevens kunnen leggen. Dat stelt de NVMMA werkgroep 'Kwantitatieve maat voor bekaamheid'. Er zijn grote verschillen per regio en er zijn vragen over de criteria:

moet gekeken worden naar omvang van de aanstelling, naar aantallen patiëntencontacten, spoedritten of handelingen?

In mei 2016 is daarom afgesproken dat volume nog niet geschikt is voor de beoordeling van bekwaamheid. Op dit moment is de bedoeling van de registratie om inzicht te krijgen in de frequentie en de spreidig van de uitgevoerde medische handelingen per RAV en individuele zorgverlener. Te zijner tijd kunnen we op basis van deze en andere informatie een kwantitatieve norm vaststellen voor de gewenste handelingsfrequentie. Ook kunnen kwantitatieve maten waarde hebben als signaal.

Signalen ²⁵

Signalen zijn onderdeel van het bekwaamheidsbeleid, niet van de bekwaamheidsverklaring. Er zijn allerlei bronnen die inzicht kunnen geven in het functioneren van zorgverleners (en beroepsgroepen). Denk aan complimenten, klachten, patiëntenfeedback en registratie van complicaties of incidenten. Ook signalen van collega's en ketenpartners helpen (tijdelijk) minder goed of juist bovengemiddeld functioneren herkennen.

21. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 14.

22. Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid p. 3, 8 en Beschouwing p. 3-9.

23. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 16, 19, Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid pagina 1, 6, 7, 8 en Kwantitatieve maat voor Bekwaamheid p. 5.

24. Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid, pagina 2.

25. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige p. 18 en IGZ Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg.



8. BEKWAAMHEIDSEISEN AMBULANCEVERPLEEGKUNDIGE (AVP)



Lees aan welke eisen de ambulanceverpleegkundige moet voldoen.

BIG-registratie

De ambulanceverpleegkundige heeft een geldige BIG-registratie als verpleegkundige, zonder beperkingen. In een periode van vijf jaar moet de ambulanceverpleegkundige 2080 uur werken als verpleegkundige, dus binnen het deskundigheidsgebied. Dit komt neer op gemiddeld 8 uur per week.

Diploma

De medewerker is in het bezit van het diploma ambulanceverpleegkundige.

Punten

De ambulanceverpleegkundige behaalt vijfjaarlijks 184 punten. Deze punten moeten evenredig verdeeld zijn over de periode. Hij registreert dit in het Kwaliteitsregister V&VN.

Certificaat BLS/AED

De ambulanceverpleegkundige heeft een geldig BLS/AED-certificaat van de NRR.

Scholing

In de periode van vijf jaar heeft de ambulanceverpleegkundige alle door de RAV verplichtgestelde bijscholingen gevolgd.

Ritevaluaties

Van iedere ambulanceverpleegkundige worden per jaar minimaal twintig ritformulieren beoordeeld, die moeten voldoende zijn.

Simulatie-assessment

In een periode van vijf jaar heeft de ambulanceverpleegkundige minimaal eenmaal een extern en eenmaal een regionaal simulatie-assessment gedaan én daarvoor minimaal een voldoende behaald. Een eventueel vervolgtraject is afgerond.

Toets voorbehouden en risicovolle handelingen

In een periode van vijf jaar heeft de AVP minimaal tweemaal een toets voorbehouden en risicovolle handelingen gedaan en daarvoor een voldoende gehaald.

Praktijkbeoordeling on-the-job

In een periode van vijf jaar wordt de AVP gemiddeld eenmaal per jaar op een hele dienst beoordeeld. Die beoordeling moet voldoende zijn.

Eigen verklaring

De ambulanceverpleegkundige verklaart zichzelf bekwaam en zal deze bekwaamheid op peil houden.

Intercollegiale toetsing

De ambulanceverpleegkundige neemt jaarlijks minimaal eenmaal deel aan intercollegiale toetsing.

Exposure/ervaringsdeskundigheid

Een gangbare, kwantitatieve norm voor de aanstellingsomvang van ambulanceverpleegkundigen is 60%²⁶. Als dit minder is, moet op een andere manier geborgd worden dat de medewerker in directe patiëntencontacten voldoende blootgesteld wordt aan medische en verpleegkundige handelingen. Bijvoorbeeld via extra training en toetsing. Van iedere ambulanceverpleegkundige zijn de aantallen spoedritten en kritische handelingen in verhouding tot het RAV-gemiddelde bekend. De handelingen die verhoudingsgewijs weinig worden uitgevoerd, trainen en toetsen we extra.

26. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 16 en Kwantitatieve maat voor Bekwaamheid p. 5.



9. BEKWAAMHEIDSEISEN BACHELOR MEDISCH HULPVERLENER (BMH)



Lees hieronder aan welke eisen de bachelor medisch hulpverlener moet voldoen.

BIG-registratie

Per 1 januari 2019 is de bachelor medisch hulpverlener ingeschreven in het BIG-register met een tijdelijk registratie, zonder beperkingen. De werkervaringseis voor herregistratie in het BIG-register is nog niet bekend. Voor herregistratie in het Kwaliteitsregister NVBMH is vereist dat de BMH in een periode van vijf jaar minimaal 3840 uur werkt in de patiëntgebonden zorg²⁷. Dit komt neer op gemiddeld 16 uur per week.

Diploma

De medewerker is in het bezit van het diploma bachelor medisch hulpverlener en een certificaat²⁸ dat aantoont dat hij het trainee-programma succesvol heeft afgerond.

Punten

De BMH behaalt vijfjaarlijks 200 punten, evenredig verdeeld over die periode. Hij registreert dit in het Kwaliteitsregister NVBMH.

Certificaat BLS/AED

De medisch hulpverlener heeft een geldig BLS/AED-certificaat van de NRR.

Scholing

In de periode van vijf jaar heeft de medisch hulpverlener alle door de RAV verplicht gestelde bijscholingen gevolgd.

Ritevaluaties

Van iedere medisch hulpverlener worden per jaar minimaal twintig ritformulieren beoordeeld, die moeten voldoende zijn.

Simulatie-assessment

In een periode van vijf jaar heeft de medisch hulpverlener minimaal eenmaal een extern en eenmaal een regionaal

simulatie-assessment gedaan én daarvoor minimaal een voldoende behaald. Een eventueel vervolgtraject is afgerond.

Toets voorbehouden en risicovolle handelingen

In een periode van vijf jaar heeft de BMH minimaal twee keer een toets voorbehouden en risicovolle handelingen gedaan en daarvoor een voldoende gehaald. Dat is op dezelfde manier als de AVP getoetst wordt. Daarvoor is de volgende verklaring.

De BMH is zelfstandig bevoegd en neemt zelfstandig beslissingen rondom de indicatie en verrichting van de aangewezen voorbehouden handelingen, binnen de kaders van het LPA en de werkafspraken van de RAV. De eindverantwoordelijkheid ligt bij de directeur van de RAV en de MMA: zij zijn verantwoordelijk voor de inzet van deskundig personeel, het toezicht op het medisch inhoudelijk beleid en de kwaliteit. Daarom wordt de zelfstandig bevoegde BMH en de functioneel zelfstandig bevoegde AVP op dezelfde manier getoetst op voorbehouden en risicovolle handelingen.

Een kanttekening hierbij: de coniotomie is bij de BMH helaas niet opgenomen in het experimenteerartikel van de toetsing. Het gevolg is dat de BMH formeel niet bevoegd is deze handeling zelfstandig uit te voeren. Maar de NVMMMA stelt dat de BMH geschoold en getoetst is en dus bekwaam en bevoegd is. Coniotomie moet acuut toegepast worden, waardoor overleg met de MMA niet mogelijk is. De BMH mag deze handeling daarom rechtmatig uitvoeren, zonder dat aan de voorwaarden van de leer van de voorbehouden handelingen (volledig) is voldaan.

27. Reglement Herregistratie Kwaliteitsregister Bachelor Medisch Hulpverleners. NVBMH, juni 2018.

28. Sectoraal kader Bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg, p. 13.

Praktijkbeoordeling on-the-job

In een periode van vijf jaar wordt de BMH gemiddeld eenmaal per jaar op een hele dienst beoordeeld. Die beoordeling moet voldoende zijn.

Eigen verklaring

De medisch hulpverlener verklaart zichzelf bekwaam en zal deze bekwaamheid op peil houden.

Intercollegiale toetsing

De medisch hulpverlener neemt jaarlijks minimaal eenmaal deel aan intercollegiale toetsing.

Exposure/ervaringsdeskundigheid

Een gangbare, kwantitatieve norm voor de aanstellingsomvang van ambulanceverpleegkundigen is 60%²⁹. Als dit minder is, moet op een andere manier geborgd worden dat de medewerker in directe patiëntencontacten voldoende blootgesteld wordt aan medische en verpleegkundige handelingen. Bijvoorbeeld via extra training en toetsing. Van iedere ambulanceverpleegkundige zijn de aantallen spoedritten en kritische handelingen in verhouding tot het RAV-gemiddelde bekend. De handelingen die verhoudingsgewijs weinig worden uitgevoerd, trainen en toetsen we extra.

29. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 16 en Kwantitatieve maat voor Bekwaamheid p. 5.



10. BEKWAAMHEIDSEISEN RAPID RESPONDER (RR)



Lees aan welke eisen de rapid responder moet voldoen.

BIG-registratie

De rapid responder heeft een geldige BIG-registratie als verpleegkundige, zonder beperkingen.

In een periode van vijf jaar moet de medewerker 2080 uur werken als rapid responder, dus binnen het deskundigheidsgebied. Dit komt neer op gemiddeld 8 uur per week.

Diploma

De medewerker is in het bezit van het diploma ambulanceverpleegkundige of bachelor medisch hulpverlener én een certificaat rapid responder, afgegeven door het ROC van de RAV.

Punten

De rapid responder behaalt vijfjaarlijks 184 punten. Deze punten moeten evenredig verdeeld zijn over de periode. Hij registreert dit in het door de werkgever ingerichte register en desgewenst in het Kwaliteitsregister V&V.

Certificaat BLS/AED

De rapid responder heeft een geldig BLS/AED-certificaat van de NRR.

Scholing

In de periode van vijf jaar heeft de rapid responder alle door de RAV aan de AVP of BMH verplichtgestelde bijscholingen gevolgd, aangevuld met de bijscholingen specifiek voor de RR.

Ritevaluaties

Van iedere rapid responder worden per jaar minimaal dertig ritformulieren beoordeeld, die moeten met een voldoende beoordeeld worden. Van die ritformulieren zijn er twintig van werkzaamheden in het ambulanceteam en tien in de functie van rapid responder.

Simulatie-assessment

In een periode van vijf jaar heeft de rapid responder minimaal eenmaal een extern en eenmaal een regionaal simulatie-assessment als ambulanceverpleegkundige of medisch hulpverlener gedaan, en daarvoor minimaal een voldoende behaald. Een eventueel vervolgtraject is afgerond.

Daarnaast doet de rapid responder eenmaal per vijf jaar een regionaal simulatie-assessment waarbij specifiek het solo-handelen wordt beoordeeld. Ook dit resultaat moet minimaal voldoende zijn.

Toets voorbehouden en risicovolle handelingen

In een periode van vijf jaar heeft de RR minimaal tweemaal een toets voorbehouden en risicovolle handelingen gedaan en daarvoor een voldoende gehaald. Dat is op dezelfde manier als de (AVP) getoetst wordt.

Praktijkbeoordeling on-the-job

In een periode van vijf jaar wordt de RR gemiddeld eenmaal per jaar op een hele dienst beoordeeld. Die beoordeling moet voldoende zijn. Dit is hetzelfde als bij de (AVP).

Eigen verklaring

De rapid responder verklaart zichzelf bekwaam en zal deze bekwaamheid op peil houden.

Intercollegiale toetsing

De RR neemt jaarlijks minimaal eenmaal deel aan intercollegiale toetsing.

Exposure/ervaringsdeskundigheid

Een gangbare, kwantitatieve norm voor de aanstellingsomvang is 60%³⁰. Als dit minder is, moet op een andere manier geborgd worden dat de medewerker in directe patiëntencontacten

³⁰. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 16 en Kwantitatieve maat voor Bekwaamheid p. 5

voldoende blootgesteld wordt aan medische en verpleegkundige handelingen. Bijvoorbeeld via extra training en toetsing. Van iedere zorgverlener zijn de aantallen (solo) spoedritten en (solo)kritische handelingen in verhouding tot het RAV-gemiddelde bekend. De handelingen die verhoudingsgewijs weinig worden uitgevoerd, trainen en toetsen we extra.

CONCEPT



11. BEKWAAMHEIDSEISEN VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST (VS) EN PHYSICIAN ASSISTANT (PA)



Lees aan welke eisen de verpleegkundig specialist en de physician assistant moeten voldoen.

- BIG-registratie
- Diploma
- Punten
- Certificaat BLS/AED
- Scholing
- Ritevaluaties
- Simulatie-assessment
- Toets voorbehouden en risicovolle handelingen
- Praktijkbeoordeling on-the-job
- Eigen verklaring
- Intercollegiale toetsing
- Exposure/ervaringsdeskundigheid



12. BEKWAAMHEIDSEISEN AMBULANCECHAUFFEUR HOOGCOMPLEXE AMBULANCEZORG (AHC)



Ambulancechauffeurs hebben geen wettelijk beschermde beroepstitel, zijn niet ingeschreven in het BIG-register en vallen niet onder het tuchtrecht. Voor het medisch-assisterend gedeelte van de werkzaamheden vallen ambulancechauffeurs echter wel onder de reikwijdte van de Wet BIG, aangezien zij beroepsmatig patiëntenzorg verlenen. Ook een ambulancechauffeur moet dus bekwaam zijn. Lees aan welke eisen de AHC moet voldoen.

BIG-registratie

Een ambulancechauffeur is niet ingeschreven in het BIG-register.

Diploma

De medewerker is in het bezit van het diploma ambulancechauffeur.

Punten

De ambulancechauffeur behaalt vijfjaarlijks 184 punten, evenredig verdeeld over deze periode. Hij registreert dit in het Kwaliteitsregister V&V. Ambulancechauffeurs hebben als zorgprofessional een eigen positie in het Kwaliteitsregister V&V.

Certificaat BLS/AED

De ambulancechauffeur heeft een geldig BLS/AED-certificaat van de NRR.

Scholing

In de periode van vijf jaar heeft de ambulancechauffeur alle door de RAV verplichtgestelde bijscholingen gevolgd.

Ritevaluaties

Een ambulancechauffeur is geen behandelaar en hoeft dus geen medisch dossier bij te houden.

Simulatie-assessment

In een periode van vijf jaar heeft de ambulancechauffeur minimaal eenmaal een extern en eenmaal een regionaal simulatie-assessment gedaan en daarvoor minimaal een voldoende gehaald. Een eventueel vervolgtraject is afgerond.

Toets assisteren bij voorbehouden en risicovolle handelingen

In een periode van vijf jaar heeft de ambulancechauffeur minimaal tweemaal een toets assisteren bij voorbehouden en risicovolle handelingen gedaan en hiervoor minimaal een voldoende behaald.

Support of coaching on-the-job

De ambulancechauffeur wordt niet jaarlijks in de praktijk beoordeeld. Wel kan een VS/PA of senior-collega de ambulancechauffeur tijdens een dienst observeren en coaching on-the-job geven, om zo de kwaliteit te bewaken en te bevorderen. De informatie die op deze manier wordt verzameld, wordt niet met anderen gedeeld en speelt dus ook geen rol in de beoordeling van de bekwaamheid. Een uitzondering is als onvoldoende individuele bekwaamheid wordt gesignaleerd, met mogelijk risico voor de patiëntenzorg. Dan informeert de observeerder de betrokken zorgverlener én de MMA.

Eigen verklaring

De ambulancechauffeur verklaart zichzelf bekwaam en zal deze bekwaamheid op peil houden.

Intercollegiale toetsing

De ACH neemt jaarlijks minimaal eenmaal deel aan intercollegiale toetsing cq intervisie.

Exposure/ervaringsdeskundigheid

Een gangbare, kwantitatieve norm voor de aanstellingsomvang is 60%³¹. Als dit minder is, moet op een andere manier geborgd worden dat de medewerker in directe patiëntencontacten voldoende blootgesteld wordt aan medische en verpleegkundige handelingen. Bijvoorbeeld via extra training en toetsing. Van iedere ambulancechauffeur zijn de aantallen spoedritten en kritische handelingen in verhouding tot het RAV-gemiddelde bekend. De handelingen die verhoudingsgewijs weinig worden uitgevoerd, trainen en toetsen we extra.

CONCEPT

31. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 16 en Kwantitatieve maat voor Bekwaamheid p. 5.



13. BEKWAAMHEIDSEISEN VERZORGENDE IG LAAGCOMPLEXE AMBULANCEZORG (VIG)



Zorgambulancebegeleiders niveau 3 hebben de wettelijk beschermde beroepstitel verzorgende VIG, volgens artikel 34 van de Wet BIG. Maar zij zijn niet ingeschreven in het BIG-register en vallen niet onder het tuchtrecht. Zij vallen wel onder de reikwijdte van de Wet BIG omdat zij beroepsmatig patiëntenzorg verlenen. Daarom moeten ze bekwaam zijn. Lees aan welke eisen de VIG moet voldoen.

BIG-registratie

Een verzorgende IG is niet ingeschreven in het BIG-register.

Diploma

De medewerker is in het bezit van het diploma verzorgende mbo-3 IG (VIG) en een certificaat zorgambulancebegeleider of verzorgende OG laagcomplexe ambulancezorg.

Punten

De verzorgende IG behaalt vijfjaarlijks 184 punten, evenredig verdeeld over deze periode. Hij registreert dit in het Kwaliteitsregister V&V.

Certificaat BLS/AED

De VIG heeft een geldig BLS/AED-certificaat van de NRR.

Scholing

In de periode van vijf jaar heeft de VIG alle door de RAV verplicht gestelde bijscholingen gevolgd.

Ritevaluaties

Van iedere VIG worden per jaar minimaal tien ritformulieren beoordeeld, die beoordelingen moeten voldoende zijn.

Simulatie-assessment

In een periode van vijf jaar heeft de VIG minimaal tweemaal een regionaal simulatie-assessment gedaan en behaald met minimaal een voldoende. Een eventueel vervolgtraject is afgerond.

Toets risicovolle handelingen

In een periode van vijf jaar heeft de VIG minimaal tweemaal een toets risicovolle handelingen gedaan en daarvoor minimaal een voldoende behaald.

Support/Coaching-on-the-job

De VIG wordt niet jaarlijks in de praktijk beoordeeld. Wel kan een VS/PA of senior collega de ambulancechauffeur tijdens een dienst observeren en coaching on-the-job geven, om zo de kwaliteit te bewaken en te bevorderen. De informatie die op deze manier wordt verzameld, wordt niet met anderen gedeeld en speelt dus ook geen rol in de beoordeling van de bekwaamheid. Een uitzondering is als onvoldoende individuele bekwaamheid wordt gesignaleerd, met mogelijk risico voor de patiëntenzorg. Dan informeert de observeerder de betrokken zorgverlener én de MMA.

Eigen verklaring

De VIG verklaart zichzelf bekwaam en zal deze bekwaamheid op peil houden.

Intercollegiale toetsing

De VIG neemt jaarlijks minimaal eenmaal deel aan intercollegiale toetsing.

Exposure/ervaringsdeskundigheid

Een gangbare, kwantitatieve norm voor de aanstellingsomvang is 60%³². Als dit minder is, moet op een andere manier geborgd worden dat de medewerker in directe patiëntencontacten voldoende blootgesteld wordt aan medische en verpleegkundige handelingen. Bijvoorbeeld via extra training en toetsing. Van iedere VIG zijn de aantallen kritische handelingen in verhouding tot het RAV-gemiddelde bekend. De handelingen die verhoudingsgewijs weinig worden uitgevoerd, trainen en toetsen we extra.

³². Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 16 en Kwantitatieve maat voor Bekwaamheid p. 5.



14. VERPLEEGKUNDIGE LAAG- EN MIDDENCOMPLEXE AMBULANCEZORG (VP)



Lees aan welke eisen de VP moet voldoen.

BIG-registratie

De verpleegkundige laag- en middencomplexe ambulancezorg heeft een geldige BIG-registratie als verpleegkundige, zonder beperkingen. In een periode van vijf jaar moet de ambulanceverpleegkundige 2080 uur werken als verpleegkundige, dus binnen het deskundigheidsgebied. Dit komt neer op gemiddeld acht uur per week.

Diploma

De medewerker is in het bezit van het diploma verpleegkundige mbo of hbo en een certificaat medium care, afgegeven door de gezamenlijke RAV's Rotterdam-Rijnmond, Amsterdam en Haaglanden of de Academie voor Ambulancezorg.

Punten

De verpleegkundige behaalt vijfjaarlijks 184 punten, die evenredig verdeeld zijn over deze periode. Hij registreert dit in het Kwaliteitsregister V&V.

Certificaat BLS/AED

De verpleegkundige heeft een geldig BLS/AED-certificaat van de NRR.

Scholing

In de periode van vijf jaar heeft de VP alle door de RAV verplichtgestelde bijscholingen gevolgd.

Ritevaluaties

Van iedere VP worden per jaar minimaal tien ritformulieren beoordeeld, die moeten met een voldoende beoordeeld worden.

Simulatie-assessment

In een periode van vijf jaar heeft de VP minimaal eenmaal een extern en eenmaal een regionaal simulatie-assessment

gedaan en behaald met minimaal een voldoende. Een eventueel vervolgtraject is afgerond.

Toets voorbehouden en risicovolle handelingen

In een periode van vijf jaar heeft de VP minimaal tweemaal een toets voorbehouden en risicovolle handelingen gedaan en hiervoor een voldoende gehaald.

Praktijkbeoordeling on-the-job

In een periode van vijf jaar wordt de VP gemiddeld eenmaal per jaar een gehele dienst als voldoende beoordeeld.

Eigen verklaring

De VP verklaart zichzelf bekwaam en zal deze bekwaamheid op peil houden.

Intercollegiale toetsing

De VP neemt jaarlijks minimaal eenmaal deel aan intercollegiale toetsing.

Exposure/ervaringsdeskundigheid

Een gangbare, kwantitatieve norm voor de aanstellingsomvang is 60%³³. Als dit minder is, moet op een andere manier geborgd worden dat de VP in directe patiëntencontacten voldoende blootgesteld wordt aan medische en verpleegkundige handelingen. Bijvoorbeeld via extra training en toetsing. Van iedere VP zijn de aantallen kritische handelingen in verhouding tot het RAV-gemiddelde bekend. De handelingen die verhoudingsgewijs weinig worden uitgevoerd, trainen en toetsen we extra.

³³. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 16 en Kwantitatieve maat voor Bekwaamheid p. 5.



15. BEKWAAMHEIDSEISEN CHAUFFEUR LAAG- EN MIDDENCOMPLEXE AMBULANCEZORG (CH)



Chauffeurs laag- en middencomplexe ambulancezorg hebben geen wettelijk beschermde beroepstitel, zijn niet ingeschreven in het BIG-register en vallen niet onder het tuchtrecht. Voor het medisch- en zorgassisterend gedeelte vallen deze chauffeurs wel onder de reikwijdte van de Wet BIG, omdat zij beroepsmatig patiëntenzorg verlenen. Ook zij moeten dus bekwaam zijn. Lees aan welke eisen de CH moet voldoen.

BIG-registratie

Een chauffeur laag- en middencomplexe ambulancezorg is niet ingeschreven in het BIG-register.

Diploma

De medewerker is in het bezit van het een certificaat chauffeur laag- en middencomplexe ambulancezorg, afgegeven door het ROC van de RAV of de Academie voor Ambulancezorg.

Punten

De CH behaalt vijfjaarlijks 184 punten, evenredige verdeeld over de periode. En registreert dit in het door de werkgever ingerichte register.

Certificaat BLS/AED

De chauffeur heeft een geldig BLS/AED-certificaat van de NRR.

Scholing

In de periode van vijf jaar heeft de chauffeur alle door de RAV verplichtgestelde bijscholingen gevolgd.

Ritevaluaties

Een chauffeur is geen behandelaar en hoeft geen medisch dossier bij te houden.

Simulatie-assessment

In een periode van vijf jaar heeft de chauffeur minimaal tweemaal een regionaal simulatie-assessment gedaan en daarvoor minimaal een voldoende behaald. Een eventueel vervolgtraject is afgerond.

Bekwaamheidsbeleid binnen de ambulancezorg

Toets assisteren bij voorbehouden en risicovolle handelingen

In een periode van vijf jaar heeft de chauffeur minimaal tweemaal een toets assisteren bij voorbehouden en risicovolle handelingen gedaan en daarvoor een voldoende behaald.

Support of coaching-on-the-job

De CH wordt niet jaarlijks in de praktijk beoordeeld. Wel kan een VS/PA of senior collega de ambulancechauffeur tijdens een dienst observeren en coaching on-the-job geven, om zo de kwaliteit te bewaken en te bevorderen. De informatie die op deze manier wordt verzameld, wordt niet met anderen gedeeld en speelt dus ook geen rol in de beoordeling van de bekwaamheid. Een uitzondering is als onvoldoende individuele bekwaamheid wordt gesignaleerd, met mogelijk risico voor de patiëntenzorg. Dan informeert de observeerder de betrokken zorgverlener én de MMA.

Eigen verklaring

De chauffeur verklaart zichzelf bekwaam en zal deze bekwaamheid op peil houden.

Intercollegiale toetsing

Niet van toepassing.

Exposure/ervaringsdeskundigheid

Een gangbare, kwantitatieve norm voor de aanstellingsomvang is 60%³⁴. Als dit minder is, moet op een andere manier geborgd worden dat de CH in directe patiëntencontacten voldoende blootgesteld wordt aan medische en verpleegkundige handelingen. Bijvoorbeeld via extra training en toetsing. Van iedere CH zijn de aantallen kritische handelingen in verhouding tot het RAV-gemiddelde bekend. De handelingen die verhoudingsgewijs weinig worden uitgevoerd, trainen en toetsen we extra.

³⁴. Fundament voor Bekwaamheidsbeleid Ambulanceverpleegkundige, p. 16 en Kwantitatieve maat voor Bekwaamheid p. 5.



16. BIJZONDERE BEKWAAMHEIDSVERKLARINGEN



Tot slot zijn er nog twee bijzondere groepen: uitzendkrachten en ambulancezorgverleners vanuit een andere RAV. Lees aan welke bekwaamheidseisen zij moeten voldoen.

Uitzendkrachten, zzp'ers e.a.

Uitzendkrachten, zzp'ers, gedetacheerden en medewerkers met een nulurencontract werken onder de vergunning van de RAV. Daarom is de MMA verantwoordelijk voor hun medisch-inhoudelijke bekwaamheid. Uitzendkrachten en zzp'ers moeten daarom in hun medisch en verpleegkundig handelen aantoonbaar voldoen aan dezelfde bekwaamheidscriteria als de medewerkers die in dienst zijn van de RAV.

Daarnaast moeten zij bekend zijn met de regionale werkwijze in de regio waar zij worden ingezet (regionale protocollen en werkinstructies). En moeten zij kunnen werken met de bij de RAV gebruikte materialen en medicatie.

Bekwaam zijn en geldig houden van de bekwaamheidsverklaring is primair een verantwoordelijkheid van de uitzendkracht en zzp'er zelf. De RAV faciliteert waar nodig, als het gaat om de regionale aspecten.

Ervaren ambulancezorgverleners vanuit een andere RAV

Als een ervaren ambulancezorgverlener van een andere regio met een geldige bekwaamheidsverklaring in dienst komt van de RAV, wordt hij bekendgemaakt met de regionale werkwijze (regionale protocollen en werkinstructies) en de bij de RAV gebruikte materialen en medicatie. Hij ontvangt van de MMA een tijdelijke bekwaamheidsverklaring, als de regio waar hij vandaan komt een gelijkwaardig bekwaamheidsbeleid heeft. De tijdelijke bekwaamheidsverklaring is geldig tot de datum van de bekwaamheidsverklaring van de vorige RAV óf tot het eerstvolgende assessment. Bij twijfel wordt een gepersonaliseerde procedure gevolgd.



17. LITERATUUR

Achtergrondinformatie (uit bekwaamheidsbeleid RAV van MB)

Wet- en regelgeving, branchenormen, brieven

- Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg
- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)
- Besluit functionele zelfstandigheid (Staatsblad, 29 oktober 1997)
- Nota Goede ambulancezorg (AZN, 2018)
- Verantwoordelijkheidsverdeling in de ambulancezorg (AZN, 2005)
- Professioneel Statuut MMA (AZN/NVMMA, 2013)
- Beschrijving Functiegebied Medisch Management binnen de Ambulancezorg (AZN, 2009)
- Staat van de Gezondheidszorg: Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg (IGZ, 2013).
- Eed van Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN)
- Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN/vakorganisaties, 2015)
- Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg versie 3 (AZN, 2020)

Initiële opleiding tot ambulanceverpleegkundige

- Deskundigheidsgebied en Eindtermen Ambulanceverpleegkundige (CZO, meest recente versie)
- Eindtermen van het vakinhoudelijk handelen voor de inrichting van de opleiding AVP (NVMMA, 2012)
- Initiële opleiding tot Ambulanceverpleegkundige (Academie voor Ambulancezorg, meest recente versie)

Initiële opleiding tot ambulancechauffeur

- Deskundigheidsgebied en Eindtermen Ambulancechauffeur (CZO, meest recente versie)
- Initiële opleiding tot Ambulancechauffeur (Academie voor Ambulancezorg, meest recente versie)

Landelijk bekwaamheidsbeleid ambulanceverpleegkundige

- Fundament voor Bekwaamheidsbeleid - Ambulanceverpleegkundige (AZN/NVMMA/V&VN, 2015)
- Instrumentarium voor Bekwaamheidsbeleid (NVMMA/V&VN, 2015)
- Beschouwing en beoordeling van de beroepspraktijk: intercollegiale toetsing, praktijkbeoordeling on the job', ritevaluaties (NVMMA/V&VN, 2016)
- Kwantitatieve maat voor bekwaamheid: minimaal aantal te verrichten handelingen, minimum aantal A1-ritten, minimum percentage dienstverband (NVMMA/V&VN, 2016)
- Beschrijven, vergelijken en beoordelen van regionale assessments (NVMMA, 2016)

Bachelor medisch hulpverlener

- Deskundigheidsgebied BMH beschreven door het Landelijk Platform BMH (groeiconcept - 2015)
- Beroepsprofiel Bachelor Medisch Hulpverlener (NVBMH, juni 2016)

- Beroepscode Bachelor Medisch Hulpverlener (NVBMH, juni 2016)
- Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid bachelor medisch hulpverlener (Staatsblad, 5 april 2017)
- Sectoraal kader pilot Bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg (AZN/NVMMA/V&VN, november 2016)

CONCEPT

CONCEPT

BEKWAAMHEIDSBELEID BINNEN
DE AMBULANCEZORG