

Ambulancezorg Nederland in samenwerking met:



●
FUNDAMENT VOOR
BEKWAAMHEID IN
DE AMBULANCE-
ZORG

Juni 2024

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	4	7. Tekortkomingen in de bekwaamheid	24
1.1 Het fundament bekwaamheid	4	7.1 Begeleidingstraject met behoud van bekwaamheidsverklaring	24
1.2 Het bekwaamheidsbeleid in relatie tot het fundament	4	7.2 Tijdelijk intrekken van de bekwaamheidsverklaring	24
1.3 Totstandkoming van het fundament	5	7.3 Definitief intrekken van de bekwaamheidsverklaring	25
1.4 Betekenis en reikwijdte van het fundament	5		
2. Wettelijk kader	6	8. Registreren van de bekwaamheid	26
2.1 Wet ambulancezorgvoorzieningen	6	8.1 Aantoonbaar maken en inzicht geven in de bekwaamheid	26
2.2 Wet beroepen individuele gezondheidszorg	6	8.2 Bekwaamheidsverklaringen	26
2.3 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst	8	8.3 Bekwaamheid van flexkrachten	26
2.4 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg	8		
3. Bekwaamheid	10	9. Kwaliteitszorg	28
3.1 Bekwaamheid	10	9.1 Kwaliteitseisen aan beoordelingsinstrumenten	28
3.2 Bevoegd en bekwaam	11	9.2 Deskundigheid van de beoordelaars	29
3.3 Bekwaamheid vastgelegd	11	9.3 Evaluatie van het fundament bekwaamheid	29
3.4 Feitelijke bekwaamheid	11		
3.5 Verantwoordelijkheden t.a.v. de bekwaamheid	12		
4. Onderhouden van de bekwaamheid	14		
4.1 Bij- en nascholing	14		
4.2 Intercollegiale consultatie	14		
4.3 Exposure	14		
5. Aantonen en beoordelen van de bekwaamheid	16		
5.1 Bekwaamheidsniveaus	16		
5.2 Ambulancezorgprofessionals op de ambulance	17		
5.3 Ambulancezorgprofessionals op de meldkamer	18		
5.4 Verpleegkundig specialisten en physician assistants	19		
5.5 Signalen	19		
5.6 Eigen verklaring	20		
6. Bekwaamheidsprofielen	21		
6.1 Ambulancezorgprofessionals op de ambulance	22		
6.2 Ambulancezorgprofessionals op de meldkamer	23		
6.3 Verpleegkundig specialist en physician assistant	23		

1. INLEIDING



Ambulancezorgprofessionals zijn sterk bepalend voor de kwaliteit van de ambulancezorg. Dit stelt hoge eisen aan hun bekwaamheid en deskundigheid. Deze eisen zijn wettelijk ingekaderd of vastgelegd in landelijke kaders. Daarnaast vraagt elke functie in de ambulancezorg om een eigen specifieke deskundigheid. Deze gewenste minimale deskundigheid - in termen van (basis)opleiding en vereiste competenties - ligt voor alle primaire functies sectoraal vast.

Het onderhouden van de benodigde bekwaamheid en deskundigheid is essentieel voor goede zorgverlening. Dit maakt bekwaamheid en deskundigheid een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de individuele ambulancezorgprofessional, de medisch manager ambulancezorg en het management van de regionale ambulancezorgvoorziening. Echter, ongeacht de verantwoordelijkheid van het (medisch) management, is het uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor de eigen bekwaamheid en deskundigheid in eerste instantie bij de ambulancezorgprofessional zelf ligt.

1.1 Het fundament bekwaamheid

In 2015 en 2016 zijn landelijke afspraken gemaakt over deskundigheidsbevordering en het behoud van bekwaamheid voor de ambulanceverpleegkundige¹ en de verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg². In deze fundamente is een kader geschetst waarmee de verantwoordelijkheid van de medisch manager ambulancezorg voor het toezien op de bevoegdheid en bekwaamheid van deze ambulancezorgprofessionals vorm krijgt en waarmee eenzelfde minimum bekwaamheid binnen elke regionale ambulancezorgvoorziening wordt geborgd. Voor de overige ambulancezorgprofessionals zouden deze afspraken op een later moment volgen. Met de komst van zorgdifferentiatie zijn er inmiddels ook nieuwe functies ontstaan, te weten de verpleegkundige, verzorgende en chauffeur voor de laag- en middencomplexe ambulancezorg en de medisch hulpverlener acute zorg, de verpleegkundig

specialist en de physician assistant voor de hoogcomplexe ambulancezorg. Voor deze functies zijn nog geen landelijke afspraken gemaakt.

Om voor alle ambulancezorgprofessionals een eenduidig kader te hanteren, is ervoor gekozen de landelijke afspraken voor alle functies in één fundament vast te leggen. Het fundament heeft daarbij specifiek betrekking op het onderhouden, volgen en beoordelen van de bekwaamheid na afronding van de opleiding waarmee de initiële bekwaamheid is verkregen. Daarnaast is het fundament geschreven op basis van de huidige inzet van de verschillende ambulancezorgprofessionals in het ambulancezorgverleningsproces. Ontwikkelingen op het gebied van functie- en/of zorgdifferentiatie kunnen ertoe leiden dat het fundament hierop aangepast moet worden.

1.2 Het bekwaamheidsbeleid in relatie tot het fundament

Zoals aangegeven biedt het fundament landelijke kaders voor het borgen van de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals. Het fundament komt vervolgens tot uitvoering in het bekwaamheidsbeleid van de regionale ambulancezorgvoorziening. Uit dit bekwaamheidsbeleid blijkt op welke wijze kennis en vaardigheden van ambulancezorgprofessionals worden onderhouden. Daarnaast is beschreven hoe de regionale ambulancezorgvoorziening op organisatieniveau omgaat met toekennen van bekwaamheid, toezicht op bekwaamheid, behoud van bekwaamheid, maar ook te treffen maatregelen bij gebleken onbekwaamheid.

Het fundament biedt de ruimte om tot een regionaal bekwaamheidsbeleid te komen dat past bij de organisatiekenmerken van de regionale ambulancezorgvoorziening, voortkomend uit het strategisch organisatiebeleid, personeelsbeleid en opleidingsbeleid. Een bekwaamheidsbeleid is immers pas van

1. Fundament voor bekwaamheidsbeleid ambulanceverpleegkundige (2015).
2. Fundament voor bekwaamheidsbeleid verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg (2016).

kwalitatieve meerwaarde wanneer deze voor een organisatie en haar medewerkers haalbaar, uitvoerbaar, betaalbaar en organiseerbaar is.

1.3 Totstandkoming van het fundament

De Nederlandse Vereniging Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) heeft een werkgroep de opdracht gegeven om tot een landelijk fundament voor bekwaamheid in de ambulancezorg te komen. De werkgroep bestond uit een vertegenwoordiging vanuit de NVMMA en vanuit Ambulancezorg Nederland (AZN).

De inhoud van het fundament is, ter bespreking en reactie, voorgelegd aan de voor de sector relevante beroepsverenigingen, de kennisgroep Leren & Ontwikkelen en de adviescommissie zorgzaken van AZN. Het definitieve fundament is vervolgens bestuurlijk geaccordeerd door V&VN Ambulancezorg, de Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medisch Hulpverleners (NVBMH), V&VN Verpleegkundig Specialisten en de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA) en definitief vastgesteld door de NVMMA in mei 2024 en door AZN in juni 2024.

Vervolgens is het fundament ter kennisgeving verstuurd naar het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

1.4 Betekenis en reikwijdte van het fundament

Met een landelijk fundament voor het onderhouden, volgen en beoordelen van de bekwaamheid van ambulancezorg-professionals streeft de sector naar uniformiteit en eenduidigheid op een aantal aspecten die vanuit het perspectief van kwaliteit en patiëntveiligheid van belang zijn. Het fundament geeft een kader voor de minimale eisen voor borging van de bekwaamheid en deskundigheid van alle ambulancezorgprofessionals die in de sector uitvoering geven aan het ambulancezorgproces. Derhalve wordt in dit document in het algemeen gesproken over de ambulancezorgprofessional. Daar waar in het fundament één specifieke groep ambulancezorgprofessionals wordt bedoeld, wordt de betreffende beroepstitel gehanteerd.

Het fundament valt onder het regime van de Nota goede ambulancezorg. Alle regionale ambulancevoorzieningen, onderaannemers en uitzendbureaus in de sector worden geacht dit fundament te volgen. Het fundament is daarmee ook van toepassing op ambulancezorgprofessionals bij onderaannemers en op flexkrachten (uitzendkrachten en zelfstandigen zonder personeel).



2. WETTELIJK KADER



Alle wetten die op de ambulancezorg van toepassing zijn, zijn relevant voor de inzet van ambulancezorg-professionals. Dit hoofdstuk geeft een korte beschrijving van de belangrijkste wetten die van invloed zijn op de bekwaamheid en deskundigheid van ambulancezorg-professionals. Voor een overzicht van alle relevante wet- en regelgeving wordt verwezen naar de Nota goede ambulancezorg.

2.1 Wet ambulancezorgvoorzieningen

De Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) waarborgt de continuïteit en kwaliteit van de ambulancevoorzieningen in Nederland. Tevens is bij ministeriële regeling vastgelegd aan welke eisen een regionale ambulancevoorziening (hierna: RAV) moet voldoen. Deze eisen hebben betrekking op de kwaliteit, beschikbaarheid en de tijdigheid van de ambulancezorg. Daarnaast wordt geregeld welke vormen van ambulancezorg niet zijn voorbehouden aan de RAV en worden eisen gesteld aan deze vormen van ambulancezorg.

Bij ambulancezorgverlening is sprake van beroepsmatige zorg door bevoegde en bekwame ambulancezorgprofessionals die handelen volgens de wettelijke regels en professionele standaard, onder de verantwoordelijkheid van de medisch eindverantwoordelijke van de RAV en in opdracht van de RAV. In de ministeriële regeling zijn hiervoor verschillende categorieën ambulancezorgprofessionals aangewezen, waaraan verschillende opleidings- of deskundigheidseisen worden gesteld. Elke ambulancezorgprofessional dient vervolgens te voldoen aan de bekwaamheidseisen die gelden voor de eigen functie en is verantwoordelijk voor het op peil houden van zijn bekwaamheid.

Met het oog op de kwaliteit van de ambulancezorg dient de medische verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg te berusten bij een BIG-geregistreerde arts welke verbonden is aan de RAV. De medisch eindverantwoordelijke arts ziet onder andere

toe op de borging van de bevoegdheid en bekwaamheid van de ambulancezorgprofessionals. Deze verantwoordelijkheid geldt ook voor de bekwaamheid van de ambulancezorg-professionals die via een onderaannemer, een uitzendbureau of als zelfstandige zonder personeel worden ingeschakeld. Hiermee staat vast dat een arts de medische eindverantwoordelijkheid draagt. Dat neemt niet weg dat ook andere beroepsbeoefenaren zoals verpleegkundig specialisten en physician assistants een rol kunnen spelen bij het medisch management van een RAV.

Een RAV dient te zorgen voor een opleidings- en bekwaamheidsbeleid waaruit blijkt op welke wijze de kennis en vaardigheden van (reeds) gekwalificeerde ambulancezorgprofessionals worden onderhouden en hoe nieuwe ambulancezorgprofessionals worden opgeleid. In het bekwaamheidsbeleid is beschreven hoe een RAV omgaat met toekennen van bekwaamheid, toezicht op bekwaamheid, behoud van bekwaamheid, maar ook te treffen maatregelen bij gebleken onbekwaamheid.

2.2 Wet beroepen individuele gezondheidszorg

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) heeft tot doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en bewaken, en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. Het uitgangspunt hierbij is wel dat het handelen in de individuele gezondheidszorg in principe vrij is, mits bevoegd en bekwaam.

Voorbehouden handelingen

De vrijheid in het handelen in de individuele gezondheidszorg geldt echter niet voor alle handelingen. Er zijn handelingen die de wetgever zo risicovol vindt, dat hij de uitvoering daarvan voorbehoudt aan een aantal beroepsgroepen: de voorbehouden handelingen (art. 36 Wet BIG). De wet onderscheidt beroepsbeoefenaren die zelfstandig bevoegd zijn om voorbehouden

handelingen uit te voeren (zoals artsen, physician assistants, verpleegkundig specialisten) en beroepsbeoefenaren die dit niet zijn (zoals verpleegkundigen, medisch hulpverleners acute zorg, verzorgenden IG).

Wie niet zelfstandig bevoegd is, mag een voorbehouden handelingen onder bepaalde voorwaarden uitvoeren:

- de voorbehouden handeling wordt uitgevoerd in opdracht van een zelfstandig bevoegde;
- de zorgprofessional beschikt over de juiste bekwaamheid om de voorbehouden handeling uit te voeren;
- de zorgprofessional handelt volgens de gegeven aanwijzingen;
- de mogelijkheid van direct toezicht door de opdrachtgever en tussenkomst van een zelfstandig bevoegde is gewaarborgd.

Geen zelfstandige bevoegdheid

De verzorgende IG, maar ook de ambulancechauffeur en chauffeur LMA zijn niet zelfstandig bevoegd. Dit houdt in dat zij alleen voorbehouden handelingen mogen uitvoeren indien aan alle gestelde voorwaarden wordt voldaan. In de ambulancezorg zijn echter doorgaans geen zelfstandig bevoegden aanwezig die ter plaatse een opdracht, aanwijzingen en instructies kunnen geven aan ambulancezorgprofessionals die niet zelfstandig bevoegd zijn. Omdat directe toezicht of tussenkomst hierdoor niet mogelijk is, betekent dit dat deze zorgprofessionals geen voorbehouden handelingen in de context van de ambulancezorg mogen uitvoeren. Dit is tevens vastgelegd in de sectorale richtlijnen en protocollen.

Functioneel zelfstandige bevoegdheid

Wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen nemen de verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen een bijzondere positie in vanuit artikel 39 van de Wet BIG. Voor beide beroepen is dit nader uitgewerkt in het Besluit functionele zelfstandigheid. Het besluit impliceert dat de wet verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen als beroepsgroepen zo deskundig vindt, dat zij zonder toezicht of tussenkomst van een zelfstandig bevoegde bepaalde handelingen mogen uitvoeren. Ambulanceverpleegkundigen mogen daarbij vanuit dit besluit meer voorbehouden handelingen uitvoeren dan verpleegkundigen.

Met het oog op het functioneel zelfstandig uitvoeren van voorbehouden (en andere risicovolle) handelingen blijft de opdracht van een zelfstandig bevoegde, al dan niet middels

een protocol, vereist. Net als de eis van bekwaamheid van de (ambulance)verpleegkundige ten aanzien van deze voorbehouden handelingen.

Functionele zelfstandigheid van een beroepsgroep betekent niet dat toezicht en tussenkomst van een zelfstandig bevoegde niet meer mogen. De opdrachtgever en -nemer houden ieder hun eigen verantwoordelijkheid voor een zorgvuldige hulpverlening. Het blijft mogelijk dat de opdrachtnemer om toezicht of tussenkomst vraagt, of dat de opdrachtgever daartoe besluit.

Medisch hulpverlener acute zorg

Voor het verrichten van voorbehouden handelingen door de medisch hulpverlener acute zorg geldt momenteel een tijdelijke situatie. In het voorjaar van 2022 is bekend gemaakt dat de medisch hulpverlener opgenomen gaat worden in artikel 3 van de Wet BIG en een functionele zelfstandigheid toegekend gaat krijgen. Hiervoor dient een wijziging van de bestaande wet- en regelgeving plaats te vinden. Tot de inwerkingtreding van deze wet- en regelgeving kan de medisch hulpverlener zijn functie uitvoeren binnen de mogelijkheden die de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG hiervoor bieden. Binnen dit kader is het voor de medisch hulpverlener mogelijk om voorbehouden handelingen te verrichten in opdracht van een zelfstandig bevoegde, al dan niet middels een protocol. Voorwaarde is dat de medisch hulpverlener beschikt over de juiste bekwaamheid en dat de mogelijkheid van toezicht door de opdrachtgever is gewaarborgd³.

Zelfstandige bevoegdheid

Verpleegkundig specialist

De verpleegkundig specialist is ingeschreven in het Verpleegkundig Specialisten Register op grond van de mogelijkheden die artikel 14 van de Wet BIG hiertoe biedt. Hieruit blijkt dat de verpleegkundig specialist een bijzondere deskundigheid heeft: het zelfstandig verlenen van verpleegkundige en geneeskundige zorg binnen het eigen specialisme. De verpleegkundig specialist heeft daarnaast een zelfstandige bevoegdheid conform artikel 36 van de Wet BIG. Dit stelt de verpleegkundig specialist in staat om als zelfstandig behandelaar te fungeren. Verpleegkundig specialisten werken onder andere naast en samen met artsen en geneeskundig specialisten en mogen binnen de gestelde kaders voorbehouden handelingen indiceren, uitvoeren en delegeren.

3. AZN, Inzet Bachelor Medisch hulpverlener Ambulancezorg op basis van art. 35 en 38 Wet BIG (2022).

De verpleegkundig specialist is, conform de Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten, bevoegd tot het verrichten van voorbehouden handelingen voor zover:

- die handelingen plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied van het beroep waarvoor de verpleegkundig specialist een erkende specialistentitel mag voeren;
- het handelingen betreft van een beperkte complexiteit;
- het routinematige handelingen betreft;
- het handelingen betreft waarvan de risico's te overzien zijn;
- de handelingen worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

Physician assistant

Op grond van artikel 36 van de Wet BIG heeft de physician assistant een zelfstandige bevoegdheid voor het indiceren en verrichten van voorbehouden handelingen. Dit is nader uitgewerkt in het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant.

Tot het gebied van de deskundigheid van de physician assistant wordt gerekend het verrichten van handelingen op het deelgebied van de geneeskunst waarbinnen de physician assistant is opgeleid. Deze handelingen omvatten het onderzoeken, behandelen en begeleiden van patiënten met veel voorkomende aandoeningen binnen dat deelgebied van de geneeskunst.

De physician assistant is hiermee bevoegd tot het verrichten van voorbehouden handelingen voor zover:

- die handelingen plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied van geneeskunst waarbinnen de physician assistant is opgeleid;
- het handelingen betreft van een beperkte complexiteit;
- het routinematige handelingen betreft;
- het handelingen betreft waarvan de risico's te overzien zijn;
- de handelingen worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

Daarnaast geldt de algemene eis dat de physician assistant uitsluitend bevoegdheid heeft, als de physician assistant ook bekwaam is deze uit te voeren. Aangezien bekwaamheid individueel bepaald is, zal het mogen uitvoeren van een voorbehouden handeling in het concrete geval ook daarvan afhangen.

Voor het uitvoeren van de 'voorbehouden handelingen' geldt dat de physician assistant een samenwerkingsverband heeft met een arts en werkafspraken maakt over het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Binnen deze kaders neemt de physician assistant zelfstandig beslissingen omtrent de indicatie en de verrichting van de voorbehouden handelingen.

2.3 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn de rechten en plichten van cliënt en hulpverlener vastgelegd die voortvloeien uit de overeenkomst tot een geneeskundige behandeling. De wet regelt onder andere de informatieplicht, de toestemmingsvereiste, de vertegenwoordiging en positie van minderjarigen en de privacy. De WGBO regelt hiermee de juridische relatie tussen hulpverlener en cliënt.

Eén aspect daarvan is de in de wet verankerde verplichting voor de hulpverlener om te voldoen aan en te handelen volgens de professionele standaard, zoals weergegeven in art. 7: 453 BW: "De hulpverlener dient bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard".

Uit de wettelijke verankering van de professionele standaard volgt dat de geformuleerde standaarden en protocollen een belangrijke rol vervullen bij de vraag: is door de ambulancezorg-professional de zorg van een goed hulpverlener betracht, of is deze toerekenbaar tekort geschoten?

2.4 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

De Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) heeft als doel ervoor te zorgen dat iedereen goede zorg krijgt, dat zorginstellingen continu werken aan verbetering en dat de patiënt meer centraal komt te staan. Onder goede zorg wordt verstaan: zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Dit is zorg:

- die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt;
- waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard;
- waarbij de rechten van de patiënt zorgvuldig in acht worden genomen en de patiënt met respect wordt behandeld.

Volgens de Wkkgz heeft de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid om de zorg zodanig te organiseren dat goede zorg geboden kan worden. Dit betekent onder andere: ervoor zorgdragen dat zowel kwalitatief als kwantitatief voldoende personele en materiële middelen beschikbaar zijn, dat verantwoordelijkheden helder zijn en dat er goede afstemming is tussen zorgverleners. Deze verantwoordelijkheid vertaalt zich in eisen die aan de zorgaanbieder in het kader van de Wkkgz worden gesteld.

Wet BIG en Wkkgz

Zowel in het kader van de Wet BIG als op grond van de Wkkgz is het van belang om goede afspraken te maken over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van beroepsbeoefenaren. Dat geldt in het bijzonder wanneer sprake is van voorbehouden handelingen. Zorgaanbieders hebben hier een eigen verantwoordelijkheid.

De Wet BIG en de Wkkgz zijn dus complementair aan elkaar als het gaat om het uitvoeren van voorbehouden handelingen. De Wet BIG regelt de voorwaarden bij voorbehouden handelingen voor de individuele zorgverlener terwijl de zorgaanbieder het kader moet scheppen waarbinnen de individuele zorgverlener deze handelingen op een verantwoorde wijze kan uitvoeren.

Praktisch vraagt dit van de zorgaanbieder dat hij:

- inzicht heeft in de competenties van zijn medewerkers en vastlegt wie van hen welke voorbehouden handelingen kunnen verrichten;
- die competenties leidend laat zijn in het kader van het geven en nemen van opdrachten;
- dat de zorgaanbieder daarop toezicht houdt;
- borgt dat zorgvuldigheidseisen voor de uitvoering van voorbehouden handelingen gedocumenteerd worden;
- voldoende en gekwalificeerd personeel inzet, en
- dat deze competenties worden onderhouden.



3. BEKWAAMHEID



Bekwaamheid speelt in de bevoegdheidsregeling van de Wet BIG een cruciale rol. Onbekwaam maakt immers onbevoegd. In het belang van verantwoorde zorg is het uitgangspunt dat een te verrichten handeling enkel en alleen wordt uitgevoerd door een zorgverlener die gezien opleiding en ervaring bekwaam mag worden geacht. Men moet er hierbij op kunnen vertrouwen dat een zorgverlener handelt conform de beroepscode en professionele standaarden.

3.1 Bekwaamheid

Van bekwaamheid is sprake als er voldoende kennis en praktische vaardigheid is met betrekking tot een te verrichten handeling. Dit betekent dat de ambulancezorgprofessional, voor zover van toepassing op de functie:

- theoretische basiskennis heeft over de handeling, de technieken, het doel, de anatomie, de risico's en de voor- en nazorg;
- bekend is met:
 - het triagesysteem;
 - wijze van indicatiestelling en contra-indicaties;
 - de situatie waarin de handeling wordt uitgevoerd;
 - de te verwachten complicaties en/of gevolgen van de handeling;
 - de signalen die op deze complicaties wijzen en dat de ambulancezorgprofessional deze herkent;
 - en dat hij de noodzakelijke handelingen kan verrichten bij het optreden van complicaties;
- de handeling diverse malen in de praktijk heeft uitgevoerd;
- in staat is de handeling en bijkomende activiteiten, zoals beslissen en informeren, op een verantwoorde wijze goed uit te voeren.

Hierbij gaat het bij bekwaamheid om de manier waarop de ambulancezorgprofessional zich een totaalbeeld vormt van de gezondheidssituatie van de patiënt en het in de juiste context plaatsen ervan. Welke methodieken worden gebruikt, welke keuzes worden gemaakt (wel of juist niet medisch

handelen), welke handelingen worden uitgevoerd en op welke wijze. Volgens welk protocol worden de handelingen vervolgens uitgevoerd en moet dat protocol aan de specifieke omstandigheden van de patiënt worden aangepast of moet er worden afgeweken. Zo ja, waar en waarom wordt er afgeweken en is dit juist gedocumenteerd.

Het begrip bekwaamheid omvat echter meer dan het juist verpleegkundig en/of medisch (assisterend) handelen. Het gaat ook over het voldoen aan alle eisen die het beroep stelt, zoals uitgewerkt volgens de CanMEDS-systematiek. De CanMEDS-systematiek beschrijft de verschillende rollen (competenties) van de verschillende zorgprofessionals. De systematiek bestaat uit één centrale rol, de zorgverlener met vakinhoudelijke competenties, en zes rollen die daarmee samenhangen. Per ambulancezorgprofessional zijn de CanMEDS-rollen uitgewerkt in de deskundigheidsbeschrijvingen, opleidingsprofielen en, indien van toepassing, Entrusted Professional Activities (*hierna: EPA's*).



Figuur 1: Rollen volgens de CanMEDS-systematiek

Professioneel gedrag

Naast kennis en vaardigheden is professioneel gedrag een essentieel onderdeel van de bekwaamheid van ambulancezorg-professionals. Professioneel gedrag kenmerkt zich door:

- *toewijding aan het belang van patiënten en de samenleving:*
Dit houdt in het handelen in het belang van patiënten en het algemene welzijn van de samenleving, wat de kern vormt van het vakgebied;
- *voortdurend bijstellen van de eigen theoretische kennis:*
Professionaliteit vereist een stevige kennisbasis die essentieel is voor professionele besluitvorming en het handelen in de praktijk;
- *beheersing van het praktijkdomein:*
Ambulancezorgprofessionals moeten unieke vaardigheden en handelingen kunnen toepassen die kenmerkend zijn voor het vakgebied. De diversiteit van het vakgebied vereist daarbij het vermogen om tot effectieve oplossingen te komen in diverse situaties;
- *vermogen tot handelen onder onzekerheid:*
Ambulancezorgprofessionals werken in een complexe omgeving waarin zij geconfronteerd worden met nieuwe en onvoorspelbare uitdagingen. Dit vereist het kunnen maken van complexe beoordelingen en het nemen van beslissingen met integriteit en verantwoordelijkheid;
- *voortdurende bereidheid tot leren en groeien:*
Reflectie op ervaringen, zowel individueel als binnen een professionele gemeenschap, is essentieel voor het continu verbeteren van kennis en vaardigheden;
- *onderhouden van en werken aan een professionele gemeenschap:*
Samenwerken met collega's om ervaringen te delen, nieuwe inzichten te verwerven en best practices te ontwikkelen, draagt bij aan het verbeteren van kwaliteit van zorg.

3.2 Bevoegd en bekwaam

Ambulancezorgprofessionals die hun basisopleiding hebben afgerond, zijn op dat moment op basis van het behalen van het diploma bevoegd en bekwaam. Zij hebben laten zien dat zij de kennis en vaardigheden voor het verlenen van goede ambulancezorg voldoende beheersen. De voorhanden zijnde deskundigheidsbeschrijvingen, opleidingsprofielen en, indien van toepassing, EPA's bieden hierbij houvast.

De bekwaamheid na afronden van de basisopleiding wordt echter niet alléén bepaald door de opleiding, maar hangt ook

af van de concrete praktijkervaring van de ambulancezorg-professional na deze opleiding. De feitelijke bekwaamheid wordt mede beïnvloed door de frequentie waarmee een type zorgvraag voorkomt, een bepaalde handeling wordt uitgevoerd en de omstandigheden waarin de ambulancezorgprofessional werkzaam is. Kennis, vaardigheden en praktische ervaring zijn geen statische gegevens en kunnen fluctueren in de loop van de tijd.

Met andere woorden: de feitelijke bekwaamheid van een individuele ambulancezorgprofessional is niet enkel af te leiden uit het gevolgd hebben van een bepaalde opleiding. Het verifiëren van de feitelijk aanwezige bekwaamheid is een continu proces op basis van expliciete scholings- en toetsingscriteria.

3.3 Bekwaamheid vastgelegd

De bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals wordt vastgelegd zodat de ambulancezorgprofessional inzicht heeft in de eigen bekwaamheid en de MMA en het management van de RAV zich ervan kunnen vergewissen dat een ambulancezorg-professional bekwaam is en zij kunnen aantonen dat medewerkers bekwaam zijn.

Elke ambulancezorgprofessional beschikt, conform de Regeling ambulancezorgvoorzieningen⁴, over een geldige bekwaamheidsverklaring afgegeven door een BIG-geregistreeerde medisch eindverantwoordelijke arts. De bekwaamheidsverklaring heeft een geldigheidsduur van maximaal vijf jaar en geldt alleen in de organisatie waarin deze is afgegeven.

3.4 Feitelijke bekwaamheid

Toetsen en een bekwaamheidsverklaring ontslaan de individuele ambulancezorgprofessional er niet van telkens bij zichzelf bewust na te gaan of hij werkelijk bekwaam is om een handeling voldoende zorgvuldig en deskundig uit te voeren:

- Bezit ik de kennis en vaardigheden voor het uitvoeren van deze zorgverlening en/of handeling?
- Ben ik op de hoogte van het geldende protocol of toepasselijke richtlijnen voor deze zorgverlening en/of handeling?
- Is mij duidelijk wat ik moet doen als er onverwachte situaties/ reacties optreden?
- Ben ik bekwaam in deze specifieke context/situatie?

Als de individuele ambulancezorgprofessional deze vragen positief kan beantwoorden dan mag hij zichzelf bekwaam

⁴. Regeling ambulancezorgvoorzieningen, art. 10, lid 4.

achten, onder de voorwaarde dat de MMA de professional ook bekwaam heeft verklaard. Als de ambulancezorgprofessional zichzelf niet bekwaam acht dan moet hij de opdracht weigeren. Immers: onbekwaam is onbevoegd. De feitelijk aanwezige bekwaamheid is dus altijd doorslaggevend en de bekwaamheidsverklaring slechts hulpmiddel.

Het weigeren van een opdracht vanwege onbekwaamheid is in principe geen acuut ontstane situatie. Een afnemende bekwaamheid ontstaat geleidelijk. Zodra een ambulancezorgprofessional bemerkt dat er sprake is van tekortkomingen in de eigen bekwaamheid (kennis, vaardigheden en/of attitude), met risico voor de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, is het de verantwoordelijkheid van de ambulancezorgprofessional dit tijdig bespreekbaar te maken en actie te ondernemen om de bekwaamheid weer op het gewenste niveau te krijgen.

3.5 Verantwoordelijkheden t.a.v. de bekwaamheid

De verantwoordelijkheid voor het op peil houden van de eigen bekwaamheid ligt in eerste instantie bij de ambulancezorgprofessional zelf. De MMA en het management van de RAV hebben hierbij de verantwoordelijkheid om op deze bekwaamheid toe te zien en zich ervan te vergewissen dat de ambulancezorgprofessional daadwerkelijk bekwaam is. Hiervoor beschikt een RAV over een bekwaamheidsbeleid waarbinnen het onderhouden, volgen en toetsen van de bekwaamheid gefaciliteerd wordt.

Ambulancezorgprofessional⁵

De ambulancezorgprofessional handelt bij de uitoefening van zijn beroep naar de normen, richtlijnen, protocollen, gedragsregels en eisen van zorgvuldigheid die invulling geven aan goed hulpverlenerschap (professionele standaard).

Dit houdt in dat de ambulancezorgprofessional:

- kennis heeft van actuele richtlijnen en protocollen;
- zicht heeft op relevante wetgeving;
- beroepsrelevante ontwikkelingen en opvattingen volgt;
- hier reflectief mee om kan gaan;
- zijn professionele oordeelsvermogen gebruikt om te bepalen of bij een zorgvrager de richtlijn of het protocol gevolgd wordt of daar beredeneerd van afwijkt.

De ambulancezorgprofessional is verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op het eigen handelen, bejegening en gedrag als professional.

Dit houdt in dat de ambulancezorgprofessional:

- deze verantwoordelijkheid niet kan overgedragen op andere collega's;
- door collega's aanspreekbaar is op deze verantwoordelijkheid;
- zich niet kan verschuilen achter de verantwoordelijkheid van anderen;
- daar, waar hij in opdracht van andere professionals handelingen uit moet voeren waar hij niet achter staat, hij dat beredeneert aan de professional laat weten.

De ambulancezorgprofessional is verantwoordelijk voor het op peil houden van zijn kennis en vaardigheden voor het op verantwoorde en adequate wijze uitoefenen van het beroep.

Dit houdt in dat de ambulancezorgprofessional:

- deelneemt aan deskundigheidsbevorderende activiteiten;
- vakliteratuur bijhoudt;
- ervoor zorgt dat zijn zorgverlening aansluit bij actuele wetenschappelijk, technologische en beroepsmatige ontwikkelingen;
- oog heeft voor maatschappelijke ontwikkelingen en hierop anticipeert.

De ambulancezorgprofessional kent de grenzen aan de eigen deskundigheid en beroepsverantwoordelijkheid en verricht alleen handelingen die binnen deze grenzen liggen.

Dit houdt in dat de ambulancezorgprofessional:

- geen opdrachten en verantwoordelijkheden accepteert die buiten de grenzen van zijn deskundigheid en/of beroepsverantwoordelijkheid liggen;
- in dergelijke gevallen adequaat weet door te verwijzen;
- ondersteuning zoekt in situaties waar hij niet alleen uit komt.

Medisch manager ambulancezorg (MMA)

De medische eindverantwoordelijkheid voor de ambulancezorg ligt bij de MMA van een RAV. Deze verantwoordelijkheid heeft betrekking op het medisch inhoudelijk beleid, het vaststellen van de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals, de inhoud van de scholing en het toegepast wetenschappelijk onderzoek⁶.

5. Gebaseerd op de beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden (2015).

6. Wet ambulancezorgvoorzieningen, art. 11, lid 2.

Met betrekking tot de bekwaamheid van ambulancezorg-professionals is de MMA verantwoordelijk voor:

- het toezien op de bevoegdheid en bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals in het kader van de Wet BIG;
- het opstellen en uitvoeren van een bekwaamheidsbeleid conform het landelijk fundament bekwaamheid;
- het verstrekken van individuele bekwaamheidsverklaringen aan ambulancezorgprofessionals⁷.

De MMA is hierbij tevens verantwoordelijk voor de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals die via een onderaannemer, een uitzendbureau of als zelfstandige zonder personeel worden ingeschakeld. Hieraan moeten goede afspraken ten grondslag liggen (*zie paragraaf 8.3*).

Het bekwaamheidsbeleid waarvoor de MMA verantwoordelijkheid draagt, omvat niet de volledige bekwaamheid van de ambulancezorgprofessional. Het betreft vanuit de rol van zorgverlener het medisch handelen en wat daarvoor ondersteunend of voorwaardelijk is vanuit de andere zes rollen in het CanMEDS-profiel. Alle andere aspecten vallen onder de verantwoordelijkheid van het management van de RAV. Zo is bijvoorbeeld de rijvaardigheid een belangrijk onderdeel van de bekwaamheid van de (ambulance)chauffeur, maar ligt de verantwoordelijkheid voor het toezien hierop bij het management van de RAV en niet bij de MMA.

Management van de RAV

Het management van de RAV heeft de verantwoordelijkheid om de zorg zodanig te organiseren dat goede zorg geboden kan worden. Dit betekent onder andere dat de RAV beschikt over kwalitatief en kwantitatief voldoende deskundig personeel om goede ambulancezorg te kunnen leveren, dat de RAV inzicht heeft in de competenties van de ambulancezorgprofessionals en vastlegt wie van hen welke voorbehouden handelingen kunnen verrichten en dat wordt geborgd dat deze competenties worden onderhouden. Een RAV beschikt hiervoor over een opleidings- en bekwaamheidsbeleid waaruit blijkt op welke wijze kennis en vaardigheden van het (reeds) gekwalificeerde personeel worden onderhouden. In het opleidingsplan moet duidelijk worden wanneer en op welke wijze het plan wordt uitgevoerd.

Zo moet het duidelijk zijn hoeveel scholingsdagen individuele medewerkers genieten en wat de inwerkplannen zijn ten aanzien van nieuw personeel. In het bekwaamheidsbeleid is beschreven hoe een RAV omgaat met toekennen van bekwaamheid, toezicht op bekwaamheid, behoud van bekwaamheid, maar ook te treffen maatregelen bij gebleken onbekwaamheid. Indien de dagelijkse praktijk niet voldoende is om de vaardigheden op peil te houden, dienen aanvullende maatregelen te worden getroffen⁸.

7. Regeling ambulancezorgvoorzieningen, Memorie van toelichting (2021).

8. Regeling ambulancezorgvoorzieningen, artikel 9, lid 2 (2021).



4. ONDERHOUDEN VAN DE BEKWAAMHEID



Bekwaam blijven is een actief proces. Wanneer een ambulancezorgprofessional zijn deskundigheid niet onderhoudt, kan de bekwaamheid afnemen en na verloop van tijd zelfs onvoldoende worden. Deskundigheidsbevorderende activiteiten en concrete praktijkervaring zijn dan ook essentieel voor het onderhouden van de bekwaamheid. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de invulling van deze activiteiten en op de exposure aan concrete praktijkervaring.

4.1 Bij- en nascholing

Voor het onderhouden van de bekwaamheid is het volgen van bij- en nascholing door de ambulancezorgprofessional essentieel. De RAV biedt, op basis van het opleidingsplan, een scholingsprogramma aan waarin zowel aandacht is voor het onderhouden van aanwezige kennis en vaardigheden als het aanbrengen van verdieping hierop en het opdoen van nieuwe benodigde kennis. De inhoud en leerdoelen van bij- en nascholingen sluiten aan bij de beroeps- en functie-uitoefening van de betreffende ambulancezorgprofessional, afgeleid van de beroepsprofielen en/of van actuele ontwikkelingen in de ambulancezorg.

4.2 Intercollegiale consultatie

Intercollegiale consultatie is een instrument dat ambulancezorgprofessionals kunnen inzetten om een bepaald niveau te handhaven en om de beroepsuitoefening te vernieuwen en verbeteren. Het woord consultatie geeft aan dat collega's adviezen inbrengen, waaruit de ambulancezorgprofessional zelf een oordeel vormt en zelf conclusies trekt. Het gaat hierbij om gezamenlijke reflectie op het eigen handelen en de aannames die daarbij een rol speelden. Intercollegiale consultatie kent twee vormen: intercollegiale toetsing en intervisie.

Bij intercollegiale toetsing staat de professie centraal. Het startpunt, dus datgene de ambulancezorgprofessional inbrengt, is een vraagstuk dat met het beroep te maken heeft. De ambulancezorgprofessional gaat via de vragen en feedback

van collega's na of het eigen handelen in overeenstemming was met richtlijnen en handelen die in de beroepsgroep gangbaar zijn. De toetsing of beoordeling is hier een vorm van feedback op basis waarvan een individu een besluit tot verandering of verbetering neemt. Bespreking van een praktijkvraag binnen een toetsgroep heeft een leereffect voor de groep en het individu; het leidt tot nieuwe inzichten en verbetervoorstellen voor nieuwe of verbeterde procedures en richtlijnen.

Bij intervisie staat in eerste instantie de professional centraal. Dat wat iemand tijdens het intervisiegesprek aan de orde stelt, heeft vooral met hem- of haarzelf te maken. Het doel is de beroepsbeoefenaar zelf, individueel, te helpen ontwikkelen. Dat gebeurt door persoonlijke, werkgerelateerde vragen te bespreken met collega's (zoals hoe werk ik samen, hoe treed ik op in bepaalde situaties, hoe ga ik om met lastige omstanders of patiënten, waar heb ik moeite mee in mijn werk). De nadruk ligt hier dus minder op het vergroten van kennis en kunde binnen het beroepsdomein. Bij intervisie staat verandering en verbetering van de individuele professional zélf voorop, niet zozeer de beroepsuitoefening in het algemeen.

De inhoud van de intercollegiale toetsingsgesprekken en/of intervisiegesprekken spelen geen rol in het beoordelen van de bekwaamheid. Bij het vaststellen van de bekwaamheid bepaalt men alleen of de ambulancezorgprofessional aan voldoende bijeenkomsten heeft deelgenomen.

4.3 Exposure

Naast het uitvoeren van deskundigheidsbevorderende activiteiten is vooral het uitoefenen van het vak essentieel voor het onderhouden van de bekwaamheid. Hierbij is exposure met voldoende zorgverleningen met een diversiteit aan zorgvragen van belang. Een minimaal aantal uren werkzaam zijn in de directe patiëntenzorg garandeert niet dat een

ambulancezorgprofessional de meest optimale exposure krijgt, maar draagt daar wel aan bij.

Om bij te dragen aan voldoende exposure wordt voor elke ambulancezorgprofessional een minimaal gemiddeld aantal uren van het dienstverband werkzaam in de directe patiëntenzorg gehanteerd. Dit is inclusief de uren voor betaald vakantieverlof, erkende feestdagen, zwangerschaps- en bevallingsverlof, ziekteverzuim en scholing. Hierop kan door de MMA en het management van de RAV een uitzondering gemaakt worden indien een ambulancezorgprofessional gelijkgestelde werkzaamheden uitvoert, bijvoorbeeld bij combi-functies.

Het minimaal aantal uren werkzaam in de directe patiëntenzorg is vastgesteld op basis van de complexiteit van ambulancezorg die door een ambulancezorgprofessional wordt verleend. Daarbij geldt bij uitoefening van een combi-functie het aantal uren geldende voor de functie met de hoogste mate van complexiteit. Het is aan de MMA en het management van de RAV om te bepalen wat dit betekent voor het aantal uren geldende voor functie met een lagere complexiteit. Bij gelijke complexiteit in functie wordt bepaald hoeveel uur per functie gehanteerd wordt.

Hoogcomplexe ambulancezorg, minimaal gemiddeld

16 uur per week:

- ambulancechauffeur;
- ambulanceverpleegkundige;
- medisch hulpverlener acute zorg;
- physician assistant;
- verpleegkundig meldkamercentralist ambulancezorg;
- verpleegkundig specialist.

Middencomplexe ambulancezorg, minimaal gemiddeld

12 uur per week:

- chauffeur middencomplexe ambulancezorg;
- uitgiftcentralist meldkamer ambulancezorg;
- verpleegkundige middencomplexe ambulancezorg.

Laagcomplexe ambulancezorg, minimaal gemiddeld

8 uur per week:

- chauffeur laagcomplexe ambulancezorg;
- verzorgende laagcomplexe ambulancezorg.

Naast een combifunctie is het ook mogelijk dat een ambulancezorgprofessional een deeltaak uitvoert. Voor ambulancezorgprofessionals die enkel deeltaken uitvoeren, wordt een minimum van gemiddeld acht uren per week werkzaam in de directe patiëntenzorg gehanteerd. Ook hier kan, op basis van gegronde redenen, van afgeweken worden.



5. AANTONEN EN BEOORDELEN VAN DE BEKWAAMHEID

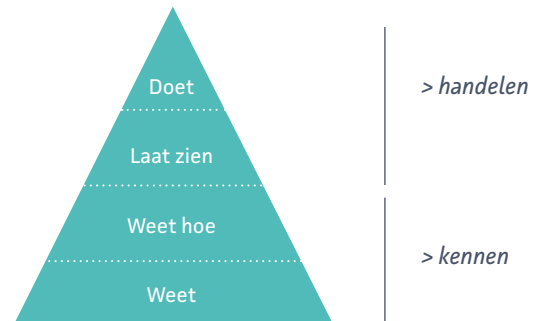


Bij het aantonen en beoordelen van de bekwaamheid gaat het om de wijze waarop een ambulancezorgprofessional de functie in de dagelijkse praktijk uitoefent. De ambulancezorgprofessional toont periodiek aan dat het eigen handelen in de beroepspraktijk naar behoren wordt uitgevoerd en de MMA en het management van de RAV vergewissen zich redelijkerwijs van deze bekwaamheid. Het aantonen en beoordelen van de bekwaamheid gebeurt met meerdere instrumenten en door meerdere beoordelaars, zodat een zo compleet mogelijk beeld wordt verkregen. Hierbij vormt een ontwikkelingsgericht perspectief de basis. Uitgangspunt is het krijgen van feedback zodat ervan geleerd kan worden. Het beoordelen wordt zodanig ingericht dat een afvinkcultuur wordt vermeden en er ruimte is voor kwalitatief goede feedback.

Dit hoofdstuk gaat in op de aan te tonen bekwaamheid door dan wel het te verkrijgen inzicht in de bekwaamheid van de verschillende ambulancezorgprofessionals en welke beoordelingsinstrumenten hiervoor ingezet kunnen worden. De RAV bepaalt in het eigen bekwaamheidsbeleid voor welke didactische vormgeving wordt gekozen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van beschikbare voorbeelden uit de sector.⁹

5.1 Bekwaamheidsniveaus

Voor het aantonen en beoordelen van de bekwaamheid wordt gebruikt gemaakt van de bekwaamheidsniveaus volgens Miller. Miller onderscheidt vier niveaus van beroepsbekwaamheid die schematisch in een piramide worden weergegeven waarbij de onderliggende niveaus het fundament vormen voor de bovenliggende laag. In elk niveau worden daarmee de voorgaande niveaus meegenomen.



Figuur 2: Piramide van Miller (1990)

Bekwaamheidsniveaus van Miller:

- *niveau 1 'Weet'*: de kennis die nodig is om de vaardigheid uit te voeren;
- *niveau 2 'Weet hoe'*: weten hoe de opgedane kennis te gebruiken;
- *niveau 3 'Laat zien'*: in een gesimuleerde situatie laten zien, op basis van de opgedane kennis en inzichten, te kunnen handelen;
- *niveau 4 'Doet'*: het zelfstandig handelen in de beroepspraktijk waarbij een beroep wordt gedaan op een geïntegreerd geheel van kennis, vaardigheden en attitude.

Bij het aantonen en beoordelen van de bekwaamheid gaat het met name om de wijze waarop de ambulancezorgprofessional de functie in de dagelijkse praktijk uitoefent. De nadruk ligt hierbij dan ook op de hoogste niveaus van Miller, *niveau 4 'Doet'* en *niveau 3 'Laat zien'*.

Voorbeelden van beoordelingsinstrumenten per niveau:

Niveau 4 'Doet':

- korte praktijkbeoordeling;
- zorgverleningsevaluatie;
- toetsing (assisteren bij) voorbehouden handelingen.

Niveau 3 'Laat zien':

- assessment;
- toetsing (assisteren bij) voorbehouden handelingen.

9. AZN, Beschouwing en beoordeling van de beroepspraktijk (2017).

5.2 Ambulancezorgprofessionals op de ambulance

Bij het aantonen en beoordelen van de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals op de ambulance, als in niet zelfstandig bevoegden, is het afhankelijk van de functie welke taken en vaardigheden aangetoond, dan wel getoetst worden. In het bekwaamheidsbeleid van de RAV is dit nader uitgewerkt. Afhankelijk van de functie gaat het hierbij om het inzicht te krijgen in:

Algemeen:

- het proces van klinisch redeneren dan wel medisch assisteren;
- het interpreteren van de verkregen diagnostische gegevens;
- of het juiste protocol en/of procedure gevolgd is en welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij de keuze hierin;
- of het protocol en/of de procedure opgevolgd is of dat op goede gronden (deels) hiervan is afgeweken;
- op welke wijze de keuze voor transfer is gemaakt;
- of de patiënt het juiste zelfzorgadvies heeft gekregen;
- of de patiënt op dat moment en onder die omstandigheden de best mogelijke zorg heeft ontvangen;
- de kwaliteit van invullen van het patiëntendossier;
- het effectief communiceren en interactie met patiënten en andere betrokkenen;
- het doelgericht toepassen van samenwerkingsvaardigheden;
- het effectief bijdragen aan de inter- en multidisciplinaire samenwerking in (hectische en complexe situaties binnen) de ketenzorg.

(Assisteren bij) voorbehouden en/of risicovolle handelingen:

- of er voldoende theoretische basiskennis over de handeling, de technieken, het doel, de anatomie, de risico's, de mogelijke complicaties en de voor- en nazorg aanwezig is;
- of er rekening gehouden wordt met de context waarin de handeling wordt uitgevoerd;
- of signalen die op complicaties wijzen worden herkend en noodzakelijke handelingen bij het optreden van complicaties worden verricht;
- of (de assistentie bij) de handeling op een verantwoorde wijze wordt uitgevoerd.

Beoordelingsinstrumenten

Voor het aantonen en beoordelen van de bekwaamheid is in het bekwaamheidsbeleid van de RAV beschreven welke beoordelingsinstrumenten hiervoor worden gebruikt. Van belang hierbij

is dat de bekwaamheid in een periode van maximaal vijf jaar zowel op 'doet' als op 'laat-zien' niveau wordt getoetst en dat inzicht wordt gegeven dan wel verkregen in de voor de functie van toepassing zijnde taken en vaardigheden.

Korte praktijkbeoordeling

De ambulancezorgprofessional laat aan de hand van praktijkbeoordelingen zien, bekwaam te zijn in het handelen in de beroepspraktijk. Bij een korte praktijkbeoordeling wordt de ambulancezorgprofessional tijdens de zorgverlening geobserveerd.

Vervolgens vindt een feedbackgesprek plaats en reflecteert de ambulancezorgprofessional op het eigen handelen. Toetsing van de bekwaamheid voor het uitvoeren van (assisteren bij) voorbehouden en/of risicovolle handelingen kan onderdeel zijn van de praktijkbeoordeling.

Zorgverleningsevaluatie

Naast de korte praktijkbeoordeling kan de ambulancezorgprofessional inzicht geven in zijn handelen in de praktijk met zorgverleningsevaluaties op basis van het patiëntendossier. Omdat de zorgverleningsevaluatie plaatsvindt uitgaande van het patiëntendossier wordt deze uitgevoerd met de ambulancezorgprofessionals die verantwoordelijk zijn voor de registratie en verslaglegging van de zorgverlening. Voor het selecteren van de te evalueren zorgverleningen wordt gekeken naar een evenredige verdeling van bijvoorbeeld de verschillende specialismes, urgenties en transfer. Het aantal zorgverleningen dat jaarlijks wordt geëvalueerd is afhankelijk van de door de ambulancezorgprofessional aangetoonde bekwaamheid. Op basis hiervan kunnen meer of minder zorgverleningsevaluaties nodig zijn. Dit is aan de MMA en management van de RAV om te bepalen.

Assessment

De ambulancezorgprofessional volgt conform de Regeling ambulancezorgvoorzieningen¹⁰ minimaal één maal per vijf jaar een assessment of een vergelijkbaar gevalideerde bekwaamheidstoets. De inhoud van het assessment is afhankelijk van de taken en vaardigheden die behoren bij de functie van de betreffende ambulancezorgprofessional. Het assessment is een getrouwe afspiegeling van het gehele spectrum van de ambulancezorg. De setting en te gebruiken materialen komen zoveel mogelijk overeen met de werkpraktijk.

¹⁰. Regeling ambulancezorgvoorzieningen, art. 10, lid 3.

Toetsing (assisteren bij) voorbehouden en/of risicovolle handelingen

De ambulancezorgprofessional toont aan bekwaam te zijn in het uitvoeren van (assisteren bij) voorbehouden en/of risicovolle handelingen. In een maximale periode van vijf jaar worden alle van toepassing zijnde voorbehouden en risicovolle handelingen minimaal één keer getoetst. Doel van de toetsing is inzicht krijgen in of de ambulancezorgprofessional over voldoende kennis en praktische vaardigheden beschikt voor het uitvoeren van of assisteren bij voorbehouden en risicovolle handelingen. In het bekwaamheidsbeleid van de RAV wordt vastgelegd om welke voorbehouden en risicovolle handelingen het gaat.

5.3 Ambulancezorgprofessionals op de meldkamer

Op de meldkamer ambulancezorg vinden momenteel meerdere ontwikkelingen plaats waarbij er in toenemende mate sprake is van zorgdifferentiatie. Aan deze zorgdifferentiatie wordt door de meldkamers op diverse wijze uitvoering gegeven, waardoor meerdere nieuwe functies met verschillende taken en verantwoordelijkheden zijn ontstaan. Deze wijze van functie-differentiatie vraagt om een andere kijk op het aantonen en beoordelen van bekwaamheid, waarbij het niet zozeer gaat om de functie die iemand vervult maar om de (deel)taken die worden uitgevoerd en de daarvoor benodigde vaardigheden. Het is namelijk onmogelijk om voor al deze verschillende functies een landelijk bekwaamheidsprofiel vast stellen. In het bekwaamheidsbeleid van de RAV wordt dan ook nader uitgewerkt hoe verschillende (deel)taken en vaardigheden getoetst worden. Het gaat hierbij om het inzicht krijgen in:

Algemeen:

- het proces van klinisch redeneren, waarbij ook specifiek aandacht is voor aannames/meldingen waarbij geen ambulance wordt ingezet;
- of het juiste protocol en/of procedure gevolgd is en welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij de keuze hierin;
- of het protocol en/of de procedure opgevolgd is of dat op goede gronden (deels) hiervan is afgeweken;
- het effectief communiceren en interactie met patiënten en andere betrokkenen;
- het effectief bijdragen aan de inter- en multidisciplinaire samenwerking in hectische en complexe situaties binnen de ketenzorg;
- de kwaliteit van invullen van het patiëntendossier;
- de vaardigheid in het gebruik van de ICT-middelen;
- het correct toepassen van de procedures ondersteunend

aan het zorgproces, bijvoorbeeld DIA, spreiding en beschikbaarheid, etc.;

- het effectief superviseren vanuit een expertfunctie (indien van toepassing).

Aannames proces 112/spoed:

- het uitvoeren van het proces van aannames via 112 en of deze aannames volgens de professionele standaard (o.a. het triagesysteem) en de richtlijnen plaatsvinden;
- het uitvoeren van het proces van aannames van professionele melders (spoed) en of deze aannames volgens de professionele standaard (o.a. het triagesysteem) en de richtlijnen plaatsvinden;
- het geven van een meldersinstructie.

Triage:

- of er voldoende theoretische basiskennis over het triageren, de procedure, de ziektebeelden, de risico's en de mogelijke complicaties aanwezig is;
- of er rekening gehouden wordt met de context waarin de patiënt zicht bevindt;
- of signalen die op complicaties wijzen worden herkend en noodzakelijke handelingen bij het optreden van complicaties worden verricht;
- of eventuele gevaarlijke situaties binnen de hulpverlening worden gesignaleerd en hierop wordt geacteerd;
- of de juiste urgentiecode wordt gekozen;
- of de triage op een verantwoorde wijze wordt uitgevoerd.

Aannames proces niet-spoed:

- het uitvoeren van het proces van aannames van professionele melders (regulier) en of deze aannames volgens de professionele standaard (o.a. het triagesysteem) en de richtlijnen plaatsvinden.

Uitgifte:

- het uitvoeren van het proces van uitgifte spoed, inclusief prioritering van ambulances bij meerdere uitgiftes tegelijkertijd;
- het uitvoeren van het proces van uitgifte bij geplande zorg.

Opgeschaalde zorg

- het handelen in opgeschaalde situatie (GGB) en het verlenen van de zorg in de opgeschaalde situatie, inclusief communicatie met ketenpartners en collega's.

Beoordelingsinstrumenten

De werksetting en procedures op de meldkamer ambulancezorg creëren andere mogelijkheden voor bekwaamheidsbeoordeling dan op de ambulance. Dit komt mede doordat alle binnenkomende meldingen en gesprekken worden opgenomen. Daarnaast zijn er, afhankelijk van het triagesysteem op een meldkamer, meerdere beoordelingsinstrumenten voor handen die gebruikt kunnen worden.

Bij het aantonen en beoordelen van de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer wordt in het bekwaamheidsbeleid beschreven welke taken en vaardigheden per functie getoetst moeten worden en welke beoordelingsinstrumenten hiervoor gebruikt worden. Van belang hierbij is dat alle relevante taken en vaardigheden beoordeeld worden, waarbij in een maximale periode van vijf zowel op 'doet' als op 'laat-zien' niveau getoetst wordt. Mogelijkheden hiervoor zijn bijvoorbeeld audits of een korte praktijkbeoordeling. Het assessment en toetsing van de risicovolle handelingen maken echter standaard deel uit van de bekwaamheidstoetsing.

Assessment

De ambulancezorgprofessional volgt conform de Regeling ambulancezorgvoorzieningen¹¹ minimaal één maal per vijf jaar een assessment of een vergelijkbaar gevalideerde bekwaamheidstoets. De inhoud van het assessment is afhankelijk van de taken en vaardigheden die behoren bij de functie van de betreffende ambulancezorgprofessional. Het assessment is daarbij een getrouwe afspiegeling van het gehele spectrum van de ambulancezorg. De setting en te gebruiken ICT-systemen komen daarnaast zoveel mogelijk overeen met de werkpraktijk.

Toetsing risicovolle handelingen

De triage is sectoraal gedefinieerd als een risicovolle handeling en de ambulancezorgprofessional toont aan hierin bekwaam te zijn. In een maximale periode van vijf jaar wordt het uitvoeren van de triage minimaal twee keer getoetst. Doel van de toetsing is inzicht krijgen in of de ambulancezorgprofessional over voldoende kennis en vaardigheden beschikt voor het uitvoeren van de triage.

5.4 Verpleegkundig specialisten en physician assistants

Zoals beschreven in paragraaf 2.2 beschikken de verpleegkundig specialist (hierna: VS) en de physician assistant (hierna: PA)

over een zelfstandige bevoegdheid. Dit houdt in dat de VS en PA onder andere naast en samen met artsen en geneeskundig specialisten werken en dat zij binnen de gestelde kaders voorbehouden handelingen mogen indiceren, uitvoeren en delegeren. De VS en PA hebben dan ook geen supervisie nodig voor de handelingen waartoe de VS en PA vanuit de wet BIG zelfstandig bevoegd is. Voorwaarde is wel dat de VS en PA bekwaam zijn om de handeling(en) uit te voeren. Conform de Regeling ambulancezorgvoorzieningen¹² beschikken de VS en PA hiervoor over een geldige bekwaamheidsverklaring afgegeven door de MMA. De VS en PA hebben hierbij de verantwoordelijkheid zelf aantoonbaar te maken dat zij bekwaam zijn. Welk handelen aantoonbaar bekwaam wordt gemaakt en op welke wijze is afhankelijk van de individuele invulling van de functie van VS of PA binnen een RAV. De VS en PA maken hierover individuele afspraken met de MMA. Uitgangspunt hierbij is tevens het sectoraal kader waarin de handelingsruimte van de VS en PA in de ambulancezorg nader is uitgewerkt. Daarnaast dient in ogenschouw gehouden te worden dat de MMA conform de Wet ambulancezorgvoorzieningen de medische eindverantwoordelijkheid draagt (zie paragraaf 2.1).

De VS en PA volgen conform de Regeling ambulancezorgvoorzieningen¹³ ook minimaal één maal per vijf jaar een assessment of een vergelijkbaar gevalideerde bekwaamheidstoets. De wijze waarop dit plaatsvindt en welk handelen in het assessment aan de orde komt, is ter bespreking tussen de VS of PA en de MMA.

Daarnaast voeren de VS en PA samen met de MMA zorgverleningsevaluaties uit. De wijze waarop dit plaatsvindt en welke onderwerpen hierbij aan de orde komen, is tevens ter bespreking tussen de VS of PA en de MMA.

5.5 Signalen

Naast de, in de vorige paragrafen, genoemde instrumenten zijn er nog meerdere bronnen die inzicht kunnen geven in het functioneren van ambulancezorgprofessionals. Denk aan complimenten, klachten, feedback van patiënten en registratie van complicaties of incidenten. Ook signalen van collega's en ketenpartners helpen (tijdelijk) verminderd of juist bovengemiddeld functioneren herkennen.

11. Regeling ambulancezorgvoorzieningen, art. 10, lid 3.

12. Regeling ambulancezorgvoorzieningen, art. 10, lid 4.

13. Regeling ambulancezorgvoorzieningen, art. 10, lid 3.

Aan signalen of informatie op zichzelf kan men géén beoordelingsnormen ontleen. Zij zijn vooral bedoeld om te kunnen zien of a) er aanleiding is te veronderstellen dat de bekwaamheid op onderdelen niet is zoals deze zou moeten zijn en b) waaraan bij de beoordeling van de bekwaamheid vooral aandacht zal moeten worden geschonken. Signalen geven richting, geen uitsluitel.

5.6 Eigen verklaring

De verantwoordelijkheid voor het verlenen van een goede kwaliteit van zorg, en daarmee de eigen deskundigheid, ligt in eerste instantie bij de ambulancezorgprofessional. Voorwaardelijk voor het afgeven, dan wel verlengen, van de bekwaamheidsverklaring is dan ook de eigen verklaring van de ambulancezorgprofessional zichzelf bekwaam te achten om goede ambulancezorg te kunnen verlenen.



6. BEKWAAMHEIDSPROFIELEN



De minimale voorwaarden voor het behouden of opnieuw verkrijgen van de bekwaamheidsverklaring verschillen per ambulancezorgprofessional. Elke ambulancezorgprofessional heeft immers zijn eigen deskundigheid met zijn eigen taken en verantwoordelijkheden en daarbij behorende wettelijke kaders. In dit hoofdstuk worden per ambulancezorgprofessional de minimale voorwaarden voor het behouden of opnieuw verkrijgen van de bekwaamheidsverklaring weergegeven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen ambulancezorgprofessionals op de ambulance, ambulancezorgprofessionals op de meldkamer en verpleegkundige specialisten en physician assistants. Het aantal uren te besteden aan deskundigheidsbevorderende activiteiten is daarbij afgeleid van de landelijke beroepsnormen per beroepsgroep.

Indien een ambulancezorgprofessional een combifunctie heeft of enkel een deeltaak uitvoert, is het aan de MMA en het management van de RAV om te beoordelen welke combinatie en/of onderdelen van de bekwaamheidsprofielen van toepassing zijn. Hetzelfde is van toepassing voor ambulancezorgprofessionals met een functie anders dan de genoemde kernfuncties, bijvoorbeeld verpleegkundige laagcomplexe ambulancezorg.

Voor elke ambulancezorgprofessional geldt dat de verkregen bekwaamheidsverklaring een maximale geldigheidsduur heeft van vijf jaar. Een RAV kan er voor kiezen een kortere geldigheidsduur te hanteren, passend bij hoe de RAV het proces voor het aantonen en beoordelen van de bekwaamheid heeft ingeregeld. Een gekozen periode hoeft daarbij niet één vast start- of eindmoment op basis van één bepaald beoordelingsinstrument te hebben. Bekwaamheid betreft immers een continu proces. Daarnaast kan ervoor gekozen worden om beoordelingsinstrument vaker in te zetten. Met name bij signalen van tekortkomingen in de bekwaamheid kan ervoor gekozen worden de beoordelingsmomenten te intensiveren.

6.1 Ambulancezorgprofessionals op de ambulance

De minimale voorwaarden voor het behouden of opnieuw verkrijgen van de bekwaamheidsverklaring verschillen per ambulancezorgprofessional. In onderstaande tabel worden deze per ambulancezorgprofessional, als in niet zelfstandig bevoegden, weergegeven.

	ACH	CHLMA	AVP	MHAZ	VPKLMA	VZLA
Verkrijgen van de bekwaamheid	(CZO) diploma Ambulancechauffeur	Certificaat scholingsprogramma conform het Kwaliteitskader laag- en midden-complexe ambulancezorg	Diploma MBO Verpleegkunde/ HBO Verpleegkunde/ Inservice opleiding Verpleegkunde (CZO) diploma Ambulanceverpleegkundige	Diploma HBO Bachelor Medische Hulpverlening Certificaat trainee-programma Medisch Hulpverlener Ambulancezorg	Diploma MBO Verpleegkunde/HBO Verpleegkunde/ Inservice opleiding Verpleegkunde Certificaat scholingsprogramma conform het Kwaliteitskader laag- en midden-complexe ambulancezorg	MBO Verzorgende IG Scholingsprogramma conform het Kwaliteitskader laag- en midden-complexe ambulancezorg
BIG-registratie zonder beperkingen	-	-	ja	ja	ja	-
Exposure op basis van minimaal gemiddeld aantal uren per week in de directe patiëntenzorg	16 uur per week	12 uur per week	16 uur per week	16 uur per week	12 uur per week	8 uur per week
Uren voor deskundigheidsbevordering per 5 jaar	184 uur	184 uur	184 uur	200 uur	184 uur	184 uur
Intercollegiale toetsing en/of intervisie; minimaal 1 keer per jaar	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Korte praktijkbeoordeling; minimaal 1 per 5 jaar	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Zorgverleningsevaluatie; minimaal 1 keer per jaar	-	-	ja	ja	ja	ja
Assessment; minimaal 1 keer per 5 jaar	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Toetsing (assisteren) bij voorbehouden en/of risicovolle handelingen; minimaal 1 keer per 5 jaar	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Eigen verklaring van bekwaamheid	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Geldigheid bekwaamheidsverklaring	max. 5 jaar	max. 5 jaar	max. 5 jaar	max. 5 jaar	max. 5 jaar	max. 5 jaar

Tabel 1: Minimale voorwaarden voor het behouden of opnieuw verkrijgen van de bekwaamheidsverklaring per ambulancezorgprofessional op de ambulance.

6.2 Ambulancezorgprofessionals op de meldkamer

De minimale voorwaarden voor het behouden of opnieuw verkrijgen van de bekwaamheidsverklaring verschillen per ambulancezorgprofessional. Bij het vaststellen van het bekwaamheidsprofiel van de ambulancezorgprofessionals op de meldkamer is het afhankelijk van de functie welke (deel)taken en vaardigheden getoetst moeten worden. Het is het aan de MMA en het management van de RAV om te bepalen hoe deze (deel)taken en vaardigheden getoetst worden en welke beoordelingsinstrumenten hierbij van toepassing zijn (zie paragraaf 5.3). Van belang hierbij is dat alle relevante taken en vaardigheden gedurende de maximale vijfjaarscyclus zowel op 'doet' als op 'laat-zien' niveau getoetst worden. In onderstaande tabel worden de vereisten per basisfunctie op de meldkamer weergegeven.

6.3 Verpleegkundig specialist en physician assistant

Het bekwaamheidsprofiel voor deze functies verschilt per VS en PA en is afhankelijk van de individuele invulling van de functie binnen een RAV. Bij het vaststellen van het bekwaamheidsprofiel bepaalt de VS en PA samen met de MMA hoe de VS of PA de bekwaamheid ten aanzien van het eigen handelen in de beroepspraktijk onderhoudt en aantoonbaar maakt. Dit heeft zowel betrekking op de inhoud van het handelen als op de wijze waarop dit onderhouden en aantoonbaar wordt gemaakt. Hierbij wordt uitgegaan van het sectoraal kader waarin de handelingsruimte van de VS en PA in de ambulancezorg nader is uitgewerkt.

	UCMKA	VCMKA
Verkrijgen van de bekwaamheid	Diploma Uitgiftecentralist meldkamer ambulancezorg	Diploma MBO /HBO Verpleegkunde/ Inservice opleiding Verpleegkunde (CZO) diploma Verpleegkundig centralist meldkamer ambulancezorg
BIG-registratie zonder beperkingen	-	ja
Exposure op basis van minimaal gemiddeld aantal uren per week in de directe patiëntenzorg	12 uur per week	16 uur per week
Uren voor deskundigheidsbevordering per 5 jaar	184 uur	184 uur
Intercollegiale toetsing en/of intervisie; minimaal 1 keer per jaar	ja	ja
Toetsing op niveau 4 'Doet'	ja	ja
Assessment; minimaal 1 keer per 5 jaar	ja	ja
Toetsing risicovolle handelingen; minimaal 2 keer per 5 jaar	-	ja
Eigen verklaring van bekwaamheid	ja	ja
Geldigheid bekwaamheidsverklaring	max. 5 jaar	max. 5 jaar

Tabel 2: Minimale voorwaarden voor het behouden of opnieuw verkrijgen van de bekwaamheidsverklaring per ambulancezorgprofessional op de meldkamer.



7. TEKORTKOMINGEN IN DE BEKWAAMHEID



Het fundament heeft twee functies, te weten een beoordelende en een signalerende functie. Door vroegtijdig signaleren van tekortkomingen in de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals kan tijdig een plan van aanpak worden opgesteld waarmee de ambulancezorgprofessional zijn bekwaamheid weer op peil kan brengen. Om op signalen van tekortkomingen in de bekwaamheid te kunnen anticiperen, is het van belang dat de processen in de RAV dusdanig zijn gericht dat deze signalen tijdig bij het (medisch) management van de RAV terechtkomen.

Oorzaken van gesignaleerde tekortkomingen kunnen meerledig zijn en vragen om maatwerk om deze tekortkomingen aan te pakken. Daarbij kan het zijn dat de bekwaamheidsverklaring al dan niet (tijdelijk) wordt ingetrokken.

7.1 Begeleidingstraject met behoud van bekwaamheidsverklaring

In bepaalde situaties kan het nodig zijn om beperkte tekortkomingen in de bekwaamheid te ondervangen met een individueel begeleidingstraject. Het intrekken van de bekwaamheidsverklaring hoeft hierbij niet gelijk aan de orde te zijn.

Op aangeven van de ambulancezorgprofessional

Zoals eerder aangegeven ligt de verantwoordelijkheid voor de eigen bekwaamheid allereerst bij de ambulancezorgprofessional zelf. Deze verantwoordelijkheid houdt ook in dat, wanneer een ambulancezorgprofessional zich niet (volledig) bekwaam acht om op verantwoorde wijze goede ambulancezorg te kunnen verlenen, hij dit aangeeft. Indien de bekwaamheid nog wel aan de algemene norm voldoet en slechts op een beperkt aantal onderdelen aandacht behoeft, is het niet noodzakelijk om de bekwaamheidsverklaring in te trekken. In deze situatie kan worden volstaan met een individueel begeleidingstraject waarmee de ambulancezorgprofessional in de gelegenheid wordt gesteld de bekwaamheid op het gewenste niveau te brengen.

Daarnaast kan het zijn dat een ambulancezorgprofessional zich om persoonlijke redenen (tijdelijk) niet in staat acht om goede ambulancezorg te kunnen verlenen. Een gesprek over wat wel mogelijk is en welke ondersteuning hierbij nodig is, is dan aan de orde.

Signalen van beperkte tekortkomingen in de bekwaamheid

Naast op eigen aangeven, kunnen ook op basis van verschillende signalen tekortkomingen in de bekwaamheid bij een ambulancezorgprofessional geconstateerd worden (zie ook paragraaf 5.5). Indien ook hier de bekwaamheid nog wel aan de algemene norm voldoet, maar verbetering wel gewenst is, is intrekken van de bekwaamheidsverklaring niet noodzakelijk. Van belang hierbij is echter wel dat de betreffende ambulancezorgprofessional na het bespreken van de tekortkomingen blijk van inzicht in de eigen bekwaamheid geeft, een duidelijke focus op verbetering heeft en hier de verantwoordelijkheid voor neemt. Met een individueel begeleidingstraject wordt de ambulancezorgprofessional in staat gesteld de bekwaamheid weer op het gewenste niveau te krijgen.

Langdurige uitval of afwezigheid

Na drie maanden uitval of afwezigheid volgt de ambulancezorgprofessional, ongeacht de reden, een re-integratietraject. In dit re-integratietraject wordt aandacht gegeven aan onder andere het herwinnen van routines, het trainen van (nieuwe) werk-instructies en het inhalen van gemiste scholing. De duur van het re-integratietraject is afhankelijk van de reden en duur van de uitval of afwezigheid.

7.2 Tijdelijk intrekken van de bekwaamheidsverklaring

In bepaalde situaties kan de MMA besluiten de bekwaamheidsverklaring tijdelijk in te trekken. Indien de ambulancezorgprofessional na het doorlopen van een traject weer bekwaam wordt geacht, wordt de bekwaamheidsverklaring wederom afgegeven.

Signalen van ernstige tekortkomingen in de bekwaamheid

Wanneer een ambulancezorgprofessional blijkt geeft van ernstige tekortkomingen in de bekwaamheid (kennis, vaardigheden en/of attitude), met risico voor de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, wordt de bekwaamheidsverklaring ingetrokken.

Deze tekortkoming in de bekwaamheid kan blijken uit incidenten, klachten, evaluaties of beoordelingen. Het gaat hierbij om een tekortkoming in het vormen een totaalbeeld van de gezondheidssituatie van de patiënt, een gebrek aan technische vaardigheden én/of inzicht in de context van de handelingen, zicht op consequenties en besluitvaardigheid. Omdat bekwaamheid meer inhoud dan het beschikken over de benodigde kennis en vaardigheden zijn ook signalen van onzorgvuldigheid redenen om te twijfelen aan de vereiste bekwaamheid.

In geval van ernstige tekortkomingen in de bekwaamheid wordt een maatwerktraject opgesteld. Hierbij is van belang de achterliggende oorzaak van de tekortkomingen goed helder te hebben, zodat vastgesteld kan worden wat er specifiek voor nodig is om de ambulancezorgprofessional op het juiste bekwaamheidsniveau te krijgen.

Niet voldoen aan de voorwaarden voor bekwaamverklaring

De ambulancezorgprofessional draagt de verantwoordelijkheid om te voldoen aan de voorwaarden die aan het verkrijgen, dan wel behouden van de bekwaamheidsverklaring worden gesteld. Wanneer de ambulancezorgprofessional (tussentijds) benodigde activiteiten, zonder gegronde reden, niet heeft uitgevoerd en daarmee niet aan deze voorwaarden voldoet, wordt de bekwaamheidsverklaring ingetrokken. Vervolgens is het de verantwoordelijkheid van de ambulancezorgprofessional om hier actie op te nemen.

7.3 Definitief intrekken van de bekwaamheidsverklaring

In uitzonderlijke gevallen kunnen de MMA en het management van de RAV besluiten een bekwaamheidsverklaring definitief in te trekken. Hiervan is sprake wanneer een ambulancezorgprofessional, ondanks het volgen van een maatwerktraject, tijdens beoordelingsmomenten herhaaldelijk een onvermogen van bekwaamheid laat zien. Op basis daarvan kan besloten worden dat een ambulancezorgprofessional niet in de huidige functie op de ambulance en/of meldkamer terug kan keren. De bekwaamheidsverklaring wordt dan voor de betreffende functie definitief ingetrokken.



8. REGISTREREN VAN DE BEKWAAMHEID



Voor de registratie van de bekwaamheid worden relevante documenten en gegevens verzameld, gecontroleerd en gearchiveerd. Met betrekking tot de bekwaamheid van uitzendkrachten worden hiervoor afspraken gemaakt tussen een RAV en het uitzendbureau.

8.1 Aantoonbaar maken en inzicht geven in de bekwaamheid

Om de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals inzichtelijk en aantoonbaar te maken, registreert de RAV per ambulancezorgprofessional de volgende documenten en/of gegevens:

- het diploma van de voor de functie vereiste (CZO-erkende) beroepsopleiding;
- het diploma van de voor de functie vereiste (CZO-erkende) vervolgoopleiding;
- de inschrijving in het BIG-register zonder beperkingen, indien voor de functie van toepassing;
- de herregistratie in het BIG-register, indien van toepassing;
- de uitgevoerde deskundigheidsbevorderende activiteiten;
- de uitgevoerde activiteiten in het kader van het beoordelen van de bekwaamheid inclusief de beoordelingsformulieren en gegeven feedback.

Daarnaast worden indien van toepassing de volgende documenten en/of gegevens geregistreerd:

- individuele afspraken met ambulancezorgprofessionals in relatie tot het onderhouden en beoordelen van de bekwaamheid bij combifuncties, neventaken, etc.;
- plannen van aanpak bij een gesignaleerde tekortkoming in de bekwaamheid.

8.2 Bekwaamheidsverklaringen

De ambulancezorgprofessional beschikt over een geldige bekwaamheidsverklaring afgegeven door de MMA van de RAV. De bekwaamheidsverklaring heeft een geldigheidsduur van maximaal vijf jaar.

Voor inzicht in de afgegeven bekwaamheidsverklaringen registreert de RAV per ambulancezorgprofessional de volgende documenten en/of gegevens:

- de door de MMA afgegeven bekwaamheidsverklaring. Dit hoeft geen document te zijn maar kan ook digitaal ingeregeld zijn;
- de verklaring van bekwaamheid door de ambulancezorgprofessional zelf;
- bij indiensttreding vanuit een andere RAV een geldige bekwaamheidsverklaring afgegeven door de MMA van de RAV waar de ambulancezorgprofessional tot voor kort werkzaam was. Ter bevestiging vindt tevens een contactmoment plaats tussen de ontvangende MMA en de MMA van de voorgaande RAV;
- een eventuele aantekening op de bekwaamheidsverklaring in geval van een begeleidingstraject en/of tijdelijk intrekken van de bekwaamheid;
- het besluit met toelichting wanneer sprake is van het definitief intrekken van de bekwaamheid voor een functie.

8.3 Bekwaamheid van flexkrachten

In de sector worden via verschillende uitzendbureaus flexkrachten (uitzendkrachten, zelfstandigen zonder personeel) ingezet voor het verlenen van ambulancezorg. Deze flexkrachten zijn alleen werkzaam voor een uitzendbureau of verrichten uitzendwerk als nevenwerkzaamheid naast een vast dienstverband bij een RAV.

In de CAO Ambulancezorg is opgenomen dat door de RAV verstrekte bekwaamheidsverklaringen niet van toepassing zijn bij het verrichten van nevenwerkzaamheden en dat daar bij het verrichten van die werkzaamheden ook geen rechten aan kunnen worden ontleend (*artikel 2.3, lid 6, pag. 13*).

Dit betekent dat een flexkracht dient te beschikken over een bekwaamheidsverklaring afgegeven door de medisch manager van het uitzendbureau van waaruit de flexkracht wordt ingezet.

Het afgeven van deze bekwaamheidsverklaring vindt plaats op basis van de kaders van het Fundament bekwaamheid in de ambulancezorg. Een RAV maakt hierover afspraken met het uitzendbureau.

Zoals beschreven in de Wet ambulancezorgvoorzieningen (*artikel 10*) draagt de MMA van een RAV ook een verantwoordelijkheid voor de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals die via een uitzendbureau in de RAV werkzaam zijn. De RAV maakt hiervoor aanvullende afspraken met het uitzendbureau over periodieke afstemming tussen de medisch manager van het uitzendbureau en de MMA van de RAV met betrekking tot in te zetten uitzendkrachten. Daarnaast worden afspraken gemaakt over afstemming bij twijfel aan de bekwaamheid van een flexkracht, bij een calamiteit of het intrekken van een bekwaamheidsverklaring.

Indien bij een flexkracht, die zowel bij een uitzendbureau als bij een RAV in dienst is, de bekwaamheidsverklaring wordt ingetrokken door de medisch manager van het uitzendbureau of door de MMA van de eigen RAV is het in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de ambulancezorgprofessional om dit bij alle partijen kenbaar te maken. Daarnaast vindt contact plaats tussen de MMA van de eigen RAV en de medisch manager van het uitzendbureau.



9. KWALITEITSZORG



Zoals in de inleiding van dit document aangegeven, is de kwaliteit van de patiëntenzorg in grote mate afhankelijk van de deskundigheid van de ambulancezorgprofessionals. Dit maakt het borgen van de bekwaamheid en de wijze waarop dit wordt gedaan essentieel voor het verlenen van goede en veilige ambulancezorg. Om de bekwaamheid op een juiste wijze te kunnen beoordelen, gaat het daarmee niet alleen om het daadwerkelijk toetsen van de bekwaamheid maar ook om de wijze van bekwaamheidstoetsing en of dit op de juiste manier wordt gedaan. Hierbij gaat het naast de kwaliteitseisen die gesteld worden aan beoordelingsinstrumenten en de deskundigheid van beoordelaars ook over of dit fundament de juiste kaders biedt om de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals te borgen.

9.1 Kwaliteitseisen aan beoordelingsinstrumenten

Het beoordelen van de bekwaamheid is van belang voor het behouden van de benodigde bekwaamheidsverklaring. Dit maakt voor ambulancezorgprofessionals een beoordeling van grote betekenis voor het mogen uitoefenen van hun vak. Een beoordeling moet dan ook een eerlijke en rechtvaardige uitspraak zijn over de bekwaamheid van een ambulancezorgprofessional. Dit impliceert dat de kwaliteit van een beoordelingsinstrument van hoog niveau moet zijn en dat het instrument daadwerkelijk moet meten wat bedoeld is te meten. Beoordelingsinstrumenten moeten daarom voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen. Deze eisen hebben betrekking op de validiteit, betrouwbaarheid, objectiviteit, transparantie en normering van een beoordelingsinstrument.

De validiteit heeft te maken met de betekenis, de bruikbaarheid en de juistheid van de conclusies die op basis van de beoordelingscriteria worden getrokken. In hoeverre meet het instrument wat bedoeld is te meten. De betrouwbaarheid geeft aan in hoeverre er vertrouwen in de beoordeling kan zijn als meting, ongeacht de inhoud van beoordelingsinstrument. Objectiviteit

wil zeggen dat de uitkomst van het beoordelen onafhankelijk moet zijn van storende invloeden van beoordelaars. Het mag er bijvoorbeeld niet toe doen welke beoordelaar de bekwaamheidstoetsing afneemt en beoordeelt. Transparantie vereist dat het voor de ambulancezorgprofessionals duidelijk is wat van hen wordt verwacht en hoe zij worden beoordeeld. Ten slotte dient een normering gesteld te worden voor wanneer beoordelingscriteria als voldoende worden beschouwd. Het doel van normering is het hard kunnen maken van beslissingen zodat deze kunnen worden gerechtvaardigd. Met name in situaties waarin beslissingen gevolgen hebben voor de bekwaamheidsverklaring.

De kwaliteit van bekwaamheidstoetsing wordt niet alleen bepaald door de afzonderlijke beoordelingsinstrumenten maar ook door de beoordelingsinstrumenten als geheel. Dit is belangrijk omdat beslissingen over de bekwaamheid alleen kunnen worden genomen als deze zijn gebaseerd op informatie uit meerdere beoordelingsinstrumenten in een samenhangend programma voor bekwaamheidstoetsing. Het blijft echter mogelijk dat, wanneer een ambulancezorgprofessional tijdens een enkel beoordelingsmoment een dusdanige tekortkoming in de bekwaamheid laat zien, hier gepaste actie op ondernomen kan worden.

Het samenhangend programma is op een duidelijke wijze afgeleid van de beroepscompetenties van de betreffende ambulancezorgprofessional en is een juiste afspiegeling van de inhoud van deze beroepscompetenties en de aspecten daarvan. De beroepscompetenties zijn uitgewerkt in specifieke beoordelingscriteria. Deze criteria met bijbehorende normering worden eenduidig vastgelegd, zodat alle betrokkenen de criteria zo veel mogelijk op dezelfde manier interpreteren. Daarnaast is van het belang dat beslissingen niet zijn gebaseerd op het (subjectieve) oordeel van één beoordelaar of op het (toevallige) oordeel in één situatie. Om een beslissing te kunnen nemen, wordt informatie vanuit meerdere beoordelingsinstrumenten en beoordelaars

gebruikt. Zoals eerder aangeven betekent dit niet dat bij een dusdanige tekortkoming in de bekwaamheid geen actie ondernomen kan worden.

9.2 Deskundigheid van de beoordelaars

Voor de kwaliteit van de afname en beoordeling van de bekwaamheidstoetsing is de kwaliteit van de beoordelaars cruciaal. Dit begint met een gedegen vakinhoudelijke deskundigheid en brede, actuele kennis van de beroepspraktijk. Daarnaast zijn scholing en voortdurende professionalisering nodig om beoordelingsvaardigheden te ontwikkelen en onderhouden, een uniforme werkwijze te realiseren en een objectief en onafhankelijke oordeel te kunnen garanderen. Hierbij gaat het ook om vaardigheid krijgen in gespreksvoering en feedback geven. Van belang is om ook het daadwerkelijke observeren en beoordelen als een leerproces te zien. Ervaringen uitwisselen tussen beoordelaars en reflecteren op opgedane ervaringen ondersteunt bij het onderhouden van de beoordelingsvaardigheden.

9.3 Evaluatie van het fundament bekwaamheid

Het fundament voor bekwaamheid in de ambulancezorg biedt een minimaal vereiste voor het bekwaamheidsbeleid van de RAV. Om te evalueren of dit kader op de juiste wijze bijdraagt aan de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals wordt het fundament na uiterlijk vijf jaar geëvalueerd. Het doel van deze evaluatie is om na te gaan of:

- datgene wat in het fundament is vastgesteld ook daadwerkelijk op die wijze wordt gehanteerd;
- het fundament toepasbaar is zoals is beschreven;
- het fundament ook daadwerkelijk leidt tot hetgeen wat ermee wordt beoogd.

Kortom: meten we wat we willen meten en draagt het inderdaad bij aan de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals en aan het aantoonbaar en inzichtelijk maken van deze bekwaamheid?

Voor de evaluatie worden streefdoelen geformuleerd, maar ook criteria op grond waarvan kan worden nagegaan of en in hoeverre de streefdoelen zijn bereikt. Alle relevante betrokkenen worden bij de evaluatie betrokken.

De te gebruiken methoden en instrumenten zijn zo valide en betrouwbaar als mogelijk is. De evaluatieresultaten worden in een rapportage vastgelegd. Nadat is vastgesteld of de streefdoelen zijn bereikt, worden eventueel benodigde maatregelen opgesteld en uitgevoerd.

Naast een inhoudelijke evaluatie van het fundament kunnen ook ontwikkelingen op het gebied van functie- en/of zorgdifferentiatie en taakherschikking ertoe leiden dat het fundament hierop aangepast moet worden. Voor het monitoren en bespreken van deze ontwikkelingen vindt jaarlijks een overleg plaats met alle relevante betrokken partijen.

FUNDAMENT VOOR BEKWAAMHEID
IN DE AMBULANCEZORG



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
8011 AE Zwolle

088 38 38 200

info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl