

SECTORAAL KADER
PILOT PHYSICIAN
ASSISTANT EN VERPLEEG-
KUNDIG SPECIALIST
AMBULANCEZORG (PAA/VSA)

**Ambulancezorg
Nederland**



Het Sectoraal kader pilot physician assistant en verpleegkundig specialist ambulancezorg (PAA/VSA) is tot stand gekomen met betrokkenheid van en in samenwerking met de volgende partners:



© Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Ambulancezorg Nederland te Zwolle.



SECTORAAL KADER PILOT PHYSICIAN ASSISTANT EN VERPLEEG- KUNDIG SPECIALIST AMBULANCEZORG (PAA/VSA)

Ambulancezorg Nederland,
Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg,
V&VN Ambulancezorg, V&VN VS en
NAPA

Oktober 2020

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	4
1.1 Inleiding	4
1.2 Totstandkoming kader	5
1.3 Betekenis van het kader	5
2. Wettelijk kader	6
2.1 Inleiding	6
2.2 Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz)	6
2.3 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)	6
3. Omschrijving sectorale pilot	9
3.1 Aanleiding sectorale pilot	9
3.2 Opzet sectorale pilot	10
4. Stappenplan opzetten regionale pilot	14
5. Opzet evaluatie sectorale pilot	15
5.1 Inleiding	15
5.2 Relevante thema's	15
5.3 Aanpak	16
Bijlage 1 Deskundigheid PA en VS	17
Bijlage 2 Juiste zorg door juiste zorgverlener	19
Bijlage 3 Samenstelling werkgroep	20
Afkortingenlijst	21



1. INLEIDING



1.1 Inleiding

De afgelopen 20 jaar heeft zich binnen de gezondheidszorg een tweetal nieuwe beroepsgroepen ontwikkeld die als het ware ‘tussen verpleegkundige en arts’ opereren. Het betreft de zelfstandig bevoegde professionals met een masteropleiding tot physician assistant (PA) of tot verpleegkundig specialist (VS). Zij vervullen diverse taken, van directe patiëntenzorg tot wetenschappelijk onderzoek en projectleiding of management. Vaak is er ook sprake van taakherschikking vanuit het medische domein. Na een experimenteerperiode is de zelfstandige bevoegdheid van deze twee groepen professionals inmiddels definitief geregeld in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).

De afgelopen jaren hebben meerdere ambulanceverpleegkundigen de opleiding tot PA of VS met succes afgerond. Sinds de eerste pioniers in 2004 zijn er anno 2020 ongeveer 80 werkzaam binnen de sector. Diverse Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) hebben inmiddels ervaring opgedaan met de positionering van deze groep masteropgeleide professionals. Enerzijds werken ze vaak als rapid responder en volgen ze het huidige Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). Anderzijds zijn deze professionals werkzaam binnen het functiegebied medisch management. Daarnaast detacheren enkele RAV's deze professionals voor een deel van het contract naar de huisartsenzorg voor het uitvoeren van consulten en het rijden van visites voor bepaalde patiëntencategorieën.

Landelijk waren er nog geen afspraken over de wijze waarop deze beroepsbeoefenaren precies gepositioneerd kunnen worden binnen de ambulancezorg. V&VN had wel een start gemaakt met een kwaliteitskader voor de VS. Op basis van bovenstaande ontwikkelingen heeft de sectorale

adviescommissie zorgzaken in 2018 opdracht gegeven aan een werkgroep om de positionering van de zorgmaster nader uit te kristalliseren in een visiedocument¹. Deze visie is uitgewerkt aan de hand van de zeven CanMeds rollen en eind 2018 vastgesteld door Ambulancezorg Nederland (AZN). Zowel het visiedocument 'Ambulancezorg in 2025: zorgcoördinatie en mobiele zorg'² als het vastgestelde 'Actieplan ambulancezorg'³ bieden goede aanknopingspunten voor een dergelijke visie. De beroepsgroep van zorgmasters is namelijk bij uitstek geschikt voor het uitvoeren en ook uitbreiden van het mobiel zorgconsult. Het mobiel zorgconsult is zorgverlening door een ambulanceprofessional op locatie, waarbij ambulancevervoer naar bijvoorbeeld het ziekenhuis niet noodzakelijk is. Voorheen werd deze vorm van zorgverlening in de ambulancezorg ook wel 'Eerste hulp geen vervoer' (EHGV) genoemd. In het Actieplan ambulancezorg is afgesproken dat de ambulancesector beleid ontwikkelt om op meer passende wijze de PA en VS binnen de organisatie RAV in te zetten zodat hun kwaliteiten optimaal benut worden. Tevens is afgesproken dat de sector, in samenwerking met ketenpartners, zorgdifferentiatie verder vorm en inhoud geeft. Beide actiepunten in het actieplan hebben dus raakvlakken met de ontwikkelde visie.

Als vervolg op de visie is afgesproken om een sectoraal kader voor een landelijke pilot met de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist ambulancezorg (PAA/VSA) in de directe patiëntenzorg te ontwikkelen. Dit sectorale kader richt zich vooral op de ontwikkeling en uitbreiding (in toevoeging op het huidige LPA) van het mobiel zorgconsult, uitgevoerd door de PAA/VSA. Middels een sectorale pilot creëren we ruimte voor zorgdifferentiatie door de PAA/VSA.

¹ Visiedocument 'Masters in de Ambulancezorg, nieuwe schakel in de acute keten'

² Visiedocument: 'Ambulancezorg in 2025: zorgcoördinatie en mobiele zorg'

³ Actieplan ambulancezorg

Er is onderzoek gedaan om inzicht te krijgen in het potentieel van anderhalvelijnszorg waarbij physician assistants en verpleegkundig specialisten betrokken zijn⁴. Onderzocht is op welke wijze physician assistants en verpleegkundig specialisten werkzaam zijn in anderhalvelijnszorg, wat de haalbaarheid is (inclusief belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie) en wat de (ervaren) effecten zijn.

Anderhalvelijnszorg is zorg op het grensvlak van complexe of chronische eerstelijnszorg en tweedelijnszorg. De anderhalvelijn combineert de toegankelijkheid van de eerste lijn met de specifieke kennis en diagnostiek van de tweede lijn. Het is een manier om de zorg duurzaam te verbeteren en vormt de schakel tussen huisarts, spoedeisende hulp en ambulancedienst.

Een aanbeveling voor alle partijen is om physician assistants en verpleegkundig specialisten te ondersteunen in het initiëren, opzetten en uitvoeren van anderhalvelijnszorg. Daarnaast is de aanbeveling om zorg te dragen voor de bekendheid met de mogelijkheden van physician assistants en verpleegkundig specialisten in anderhalvelijnszorg en het evalueren van initiatieven.

1.2 Totstandkoming kader

AZN heeft een sectorale werkgroep de opdracht gegeven om een sectoraal kader uit te werken. De NAPA, V&VN Ambulancezorg, V&VN VS, de NVMMA en AZN hebben vertegenwoordigers afgevaardigd. Het definitieve kader is ook ter instemming voorgelegd aan bovenstaande partijen. Tevens is het voorgelegd aan relevante ketenpartners als Ineen en NHG. Tot slot is het kader omwille van de pilotvorm ter instemming voorgelegd aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

1.3 Betekenis van het kader

Met een landelijk kader voor de pilot rondom de inzet van de PAA/VSA - en meer specifiek in de directe patiëntenzorg - streeft de sector naar uniformiteit en eenduidigheid op een aantal aspecten die vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid van belang zijn. Het kader bevat een omschrijving van de pilot en de minimale eisen voor de inzet van deze groep binnen de ambulancezorg. Het kader voor de inzet van de PAA/VSA dient te worden beschouwd als branchenorm.

Het kader valt onder het regime van de Nota Goede Ambulancezorg⁵. Alle RAV's worden geacht dit kader te volgen als ze deelnemen aan de pilot. RAV's hebben geen individuele instemming nodig van het ministerie van VWS om te kunnen starten met een regionale pilot. Het is een strategische keuze van een RAV om tot deelname aan de pilot over te gaan.

⁴ Van Vught, A., van Erp, R., Laurant, M. en van den Brink, G. (2020). Ruimte voor physician assistants en Verpleegkundig Specialisten in anderhalvelijnszorg. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

⁵ Nota Goede Ambulancezorg



2. WETTELIJK KADER



2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is het wettelijk kader geschetst dat op de PAA/VSA van toepassing is. Alle wetten die op de ambulancezorg van toepassing zijn, zijn relevant voor de inzet van de PAA/VSA. Voor de PAA/VSA geldt dezelfde regelgeving zoals die ook voor andere zorgverleners geldt. Van toepassing zijn in ieder geval de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO), de Wet BIG, en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Voor een overzicht van alle relevante wetgeving wordt verwezen naar de Nota Goede Ambulancezorg⁶.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de belangrijkste wet- en regelgeving die van invloed is op de inzet van de PAA/VSA.

2.2 Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz)⁷

Ambulancezorg wordt in de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz)⁸ gedefinieerd als: zorg, erop gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel:

- hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of een ambulanceverpleegkundige, en in spoedeisende gevallen hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige, en per ambulance te vervoeren, of;
- hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of een ambulanceverpleegkundige, en in spoedeisende gevallen hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige, met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar voertuig.

Op grond van artikel 10a Twaz kan nader worden bepaald wat onder een 'ambulancezorgprofessional' dient te worden verstaan middels een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). Echter, in een brief, d.d. 29 maart 2019, heeft de voormalig minister voor Medische Zorg en Sport aangegeven dat deze regelgeving er niet meer zal komen: *"In de bovengenoemde pilots worden verschillende vormen van ambulancezorg onderscheiden en wordt bezien of bepaalde zorgverleners bepaalde vormen*

*van ambulancezorg goed kunnen leveren. Juist in deze tijd van arbeidsmarktkrapte, is het goed om verschillende vormen van functiedifferentiatie te onderzoeken. Uiteraard worden daarbij de grenzen van goede en veilige zorg in acht genomen. Nu in een AMvB vaststellen wie ambulancezorgprofessionals zijn en wie welke ambulancezorg mag leveren, zou geen juiste prikkel geven voor dergelijke perspectiefvolle pilots. Dit is ook de mening van AZN en IGJ."*⁹

Met 'dergelijke perspectiefvolle pilots' doelt de voormalig minister op bijvoorbeeld het project 'CZO Flex Level' (van NFU en NVZ), de pilot bij RAV Ambulance Amsterdam, RAV Haaglanden en RAV Rotterdam Rijnmond (medium care ambulancezorg) en de pilot 'verpleegkundig specialist op straat' van de RAV Brabant Midden-West-Noord.

Dit landelijke kader voor een pilot is nodig omdat in de Twaz het begrip ambulancezorg een beperkte definitie kent.* Middels een sectorale pilot creëren we ruimte voor zorgdifferentiatie en kunnen we de kwaliteiten van de PAA/VSA beter benutten. Dat sluit ook aan bij de geschetste ontwikkelingen in de brief van de voormalig minister voor Medische Zorg en Sport.

2.3 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet BIG¹⁰ heeft als doelstelling de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de cliënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren.

* *Doordat bij spoedeisende gevallen gesproken wordt over een ambulanceverpleegkundige.*

⁶ Nota Goede Ambulancezorg

⁷ Met ingang van 1 januari 2021 wordt de Twaz vervangen door de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv)

⁸ Tijdelijke wet ambulancezorg

⁹ Kamerbrief over stand van zaken ambulancezorg en rol in acute zorg

¹⁰ Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

In het voorliggende sectorale kader zien wij de PA en de VS als zorgmaster. Daarom zijn hieronder de wettelijke regelingen van deze twee beroepen opgenomen.

Regeling physician assistant (PA)^{11, 12}

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

- het onderzoeken en beoordelen van een patiënt en het op basis van de verkregen gegevens stellen van een diagnose en het opstellen van een behandelplan;
- het uitvoeren van het behandelplan en het daartoe verrichten van gangbare medische handelingen;
- het verrichten van handelingen waartoe de PA op grond van artikel 36 van de Wet BIG bevoegd is. De handelingen worden uitsluitend verricht voor zover het betreft:
 - handelingen van een beperkte complexiteit;
 - routinematige handelingen;
 - handelingen waarvan de risico's te overzien zijn;
 - handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.
- het stellen van indicaties en het herkennen van complicaties van medische handelingen en verrichtingen en het daarop anticiperen;
- het verlenen van spoedeisende hulp, het bewaken van vitale lichaamsfuncties en waar nodig het treffen van maatregelen ter herstel daarvan;
- het verwijzen naar, consulteren van en samenwerken met arts en met andere gezondheidszorgmedewerkers;
- het geven van advies, voorlichting en het verlenen van preventieve zorg.

De PA heeft op grond van artikel 36 van de Wet BIG een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van de volgende voorbehouden handelingen:

- heilkundige handelingen;
- endoscopieën;
- catheterisaties;
- injecties;
- puncties;
- electieve cardioversie;

- het toepassen van defibrillatie;
- het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

In de uitwerking van het gebied van deskundigheid liggen ook besloten de beperkingen die de PA bij het verrichten van deze voorbehouden en andere medische handelingen in acht neemt. Als de PA constateert dat er handelingen zijn die buiten het betreffende deelgebied van de geneeskunst liggen of geen betrekking hebben op de veelvoorkomende aandoeningen die de PA behandelt, dan handelt de PA als ter zake kundig door een arts te consulteren of diens hulp in te roepen dan wel de patiënt door te verwijzen naar een arts (medisch specialist). Aldus is de deskundigheid van de PA afgegrensd van die van de arts (medisch specialist).

De bevoegdheidsgrenzen van de PA worden onder andere bepaald door de opleiding, de omschrijving van het deskundigheidsgebied en de bij dit besluit gestelde beperkingen met betrekking tot de voorbehouden handelingen. Tot slot geldt ook ten aanzien van de PA de algemene eis, dat uitsluitend bevoegdheid bestaat voor een voorbehouden handeling, als sprake is van bekwaamheid om deze uit te voeren (gezien het bepaalde in artikel 36, vijftiende lid van de Wet BIG). Aangezien bekwaamheid individueel bepaald is, zal de zelfstandige verrichting van die handeling in het concrete geval ook daarvan afhangen.

De voorbehouden handelingen die door de PA worden verricht zijn in principe beperkt tot de voor het betreffende deelgebied van de geneeskunst gangbare handelingen. De handelingen die zelfstandig uitgevoerd mogen worden voldoen aan de volgende voorwaarden: het gaat om handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen, waarvan de risico's te overzien zijn, een routinematig karakter hebben en van een beperkte complexiteit. PA's maken schriftelijke samenwerkingsafspraken over de bevoegdheden met de arts (medisch specialist). In de dagelijkse praktijk is de PA daarbij gebonden aan de richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen van het betreffende geneeskundig specialisme en vindt afstemming met de arts (medisch specialist) plaats. Binnen deze kaders neemt de PA

¹¹ Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant

¹² Nota van toelichting - Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant

zelfstandig beslissingen omtrent de indicatie en de verrichting van de voorbehouden handelingen. Een en ander is nader omschreven in de nota van toelichting van het besluit.

Regeling verpleegkundig specialist (VS) ^{13, 14}

De VS is ingeschreven in een specialismeregister op grond van de mogelijkheden die artikel 14 van de Wet BIG hiertoe biedt. Door de inschrijving in een artikel 14-specialismen blijkt dat de VS, als verpleegkundige, een bijzondere deskundigheid heeft. Deze deskundigheid betreft het leveren van complexe verpleegkundige zorg en/of geneeskundige zorg van beperktere complexiteit. De VS heeft een zelfstandige bevoegdheid conform artikel 36¹⁵ van de Wet BIG. Dit stelt de VS in staat om als zelfstandig behandelaar te fungeren.

Belangrijk hierbij is dat de verpleegkundig specialisten altijd verantwoordelijk zijn voor het werk dat zij doen, of dat nu is als regievoerend behandelaar of als medebehandelaar. Zij werken onder andere naast en samen met artsen en geneeskundig specialisten en mogen op grond van de Wet BIG binnen de gestelde kaders voorbehouden handelingen indiceren, uitvoeren en delegeren.

De VS is bevoegd tot het verrichten van de voorbehouden handelingen voor zover:

- die handelingen plaatsvinden binnen de uitoefening van het deelgebied van het beroep waarvoor hij 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.

De *verpleegkundig specialist acute zorg* heeft binnen de genoemde beperkte complexiteit een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van de volgende voorbehouden handelingen:

- heerkundige handelingen;
- endoscopieën;
- catheterisaties;
- injecties;
- puncties;
- electieve cardioversie;

- het toepassen van defibrillatie;
- het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

Verwachte wijziging regeling voor verpleegkundig specialisten

De indeling in specialismen is in 2015 geëvalueerd door een raadpleging onder verpleegkundig specialisten. Hieruit bleek dat voor vier van de vijf specialismen de indeling niet goed werkt. Uitzondering is het specialisme geestelijke gezondheidszorg. Van de andere vier specialistische titels (preventieve zorg bij somatische aandoeningen, acute zorg bij somatische aandoeningen, intensieve zorg bij somatische aandoeningen, chronische zorg bij somatische aandoeningen) wordt nauwelijks gebruik gemaakt. De titels blijken niet duidelijk te maken wat de VS is. Ook is er veel overlap tussen de specialismen. Verpleegkundig specialisten met een specialisme met een zelfstandige bevoegdheid voor relatief weinig handelingen, hebben soms minder kans om bepaalde functies te vervullen. Daardoor kiezen veel studenten voor de opleiding met de breedste zelfstandige bevoegdheid.

Op dit moment is de zelfstandige bevoegdheid per specialisme geregeld. Bij een nieuwe indeling wordt opnieuw bepaald welke zelfstandige bevoegdheid per specialisme geldt. Ook hierbij zal een overgangsregeling komen voor de huidige VS. Eind 2017 is het advies van het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) naar de minister voor Medische Zorg en Sport gegaan. Als de minister het advies overneemt, volgt daarna een concrete uitwerking van de verpleegkundig specialismen in competentieprofielen en een vertaling naar de opleiding. Vervolgens wordt de nieuwe indeling van de specialismen geïmplementeerd, inclusief een overgangsregeling. Het gehele traject zal naar verwachting in 2020 worden afgerond.

¹³ Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten

¹⁴ Staatscourant juli 2018: Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten

¹⁵ Wet BIG artikel 36



3. OMSCHRIJVING SECTORALE PILOT



3.1 Aanleiding sectorale pilot

Een van de belangrijkste pijlers uit het actieplan én in de toekomstvisie van AZN is *samenwerken in de keten*. Optimale samenwerking in de keten maakt dat de patiënt *de juiste zorg, op de juiste plaats, door de juiste zorgverlener, op het juiste moment ontvangt*.

De verwachting is dat de inzet van de PAA/VSA in de directe patiëntenzorg hieraan bijdraagt. Dit wordt met een sectorale pilot nader onderzocht en beproeft. Met de inzet van de PAA/VSA bij bepaalde patiëntcategorieën wordt de spoedzorg versterkt en kan meer zorg op locatie verleend worden middels een mobiel zorgconsult dan nu het geval is. De zorg wordt (waar mogelijk) dichterbij mensen thuis verleend en hiermee wordt (duurdere) zorg elders in het (acute) zorgproces voorkomen. Dit is in lijn met de visie van het rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek'¹⁶, van de gelijknamige Taskforce. De verwachting is dat deze pilot leidt tot substitutie van zorg, resulterend in een vermindering van (onnodige) presentaties in de tweede lijn. Verder is de verwachting dat de samenwerking in de keten van acute zorg verder wordt versterkt.

Deze pilot met de PAA/VSA betekent:

- *Juiste zorg*: de acute zorgvrager, al dan niet met multimorbiditeit, kan een zorgvraag hebben welke een complexere behandeling vraagt dan wat onder het LPA verleend kan worden. Hierin kan de PAA/VSA aanvullend voorzien. Denk bijvoorbeeld aan het voorschrijven van bepaalde UR-geneesmiddelen. Door de PAA/VSA in te zetten kan een groot palet aan (acute) zorgvragen efficiënt beantwoord worden en kan verdere zorgplanning zinvol worden georganiseerd.
- *Juiste plaats*: de zorg wordt (waar mogelijk) dichterbij mensen thuis verleend en is hiermee minder belastend voor de zorgvrager en diens directe omgeving. Ook wordt (duurdere) zorg elders in het (acute) zorgproces voorkomen. Zorg op locatie middels een mobiel zorgconsult sluit vaak goed aan bij

persoonlijke wensen en is ook vaak beter en efficiënter. Het voorkomt vervoer naar het ziekenhuis of doorverwijzing naar de huisarts. Dit draagt bij aan het beheersbaar houden van de zorgkosten.

- *Juiste zorgverlener*: het zorgaanbod van de RAV kent met de komst van de PAA/VSA meer differentiatie en kan op maat ingezet worden. De PAA/VSA kan uitgebreidere zorg verlenen (als dit nodig is) in vergelijking met de ambulanceverpleegkundige. Als zelfstandig beroepsbeoefenaar kan de PAA/VSA zorgplanning met ketenpartners organiseren, preventie afspraken maken en uitgebreidere behandelingen of interventies inzetten of uitvoeren.
- *Juiste moment*: als het een (acute) zorgvraag is, wordt de melding via de meldkamer ambulancezorg (MKA) getriemd en komt er, indien nodig, met een passende urgentie een zorgverlener.

Deze pilot betekent ook iets voor medewerkers en de organisatie, namelijk:

- Loopbaanperspectief voor zorgprofessionals, zoals ambulanceverpleegkundige (loopbaanpaden);
- Meer mogelijkheden om bekwaam te blijven als PAA/VSA;
- Beter benutting van competenties van medewerkers.

Deze sectorale pilot past in een bredere ontwikkeling.

De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) heeft onlangs een literatuurstudie¹⁷ gedaan. Zij geven aan dat als gevolg van de vergrijzing en de toename van het aantal mensen met multimorbiditeit er een toenemende vraag is naar medisch specialistische zorg. Om hoge kwaliteit en toegankelijke zorg te behouden met beheersbare kosten verschuift medisch specialistische zorg steeds meer naar de eerste lijn. Deze verschoven zorg noemen de onderzoekers anderhalvelijnszorg.

¹⁶ Rapport De Juiste Zorg op de Juiste Plek (2019)

¹⁷ Literatuurstudie De rol van physician assistants en verpleegkundig specialisten in de Anderhalvelijnszorg

De inzet van de PAA/VSA in de zogenaamde eerste lijn en/of anderhalvelijnszorg staat aan het begin van de ontwikkeling. Uit de literatuurstudie blijkt dat er slechts 16 studies beschikbaar zijn op het gebied van de inzet van de zorgmaster in de anderhalvelijnszorg. Deze studies zijn allemaal recent uitgevoerd en enkel gericht op de Verenigde Staten. De studies die effecten hebben gemeten lieten zien dat er weinig tot geen verschil is in kwaliteit van zorg op patiëntniveau door de VS (in een team van professionals) in de anderhalvelijnszorg in vergelijking met de kwaliteit door een team van professionals in het ziekenhuis. Er zijn aanwijzingen dat het aantal verwijzingen naar en (her)opnames in het ziekenhuis lijken te verminderen bij de inzet van anderhalvelijnszorg, waardoor de wachtlijsten in ziekenhuizen verkorten. Er is weinig onderzoek gedaan naar de effecten op de kosten van de gezondheidszorg.

3.2 Opzet sectorale pilot

Er wordt een sectorale pilot ingericht voor een periode van drie jaar. Regionaal kunnen RAV's zelf besluiten of ze meedoen aan deze pilot. RAV's die gaan werken met de PAA/VSA in de directe patiëntenzorg in lijn met het sectorale kader, worden betrokken in de evaluatie van deze pilot. Op basis van de eindevaluatie wordt nagegaan in hoeverre dit een duurzame ontwikkeling is en in hoeverre deze ontwikkeling een plek moet krijgen in sectorale afspraken en regelgeving.

Wanneer een PAA/VSA wordt ingezet is het van belang om nadere afspraken te maken. Er is een handreiking¹⁸ gemaakt voor de implementatie van taakherschikking door KNMG, V&VN en de NAPA. Hierin staat dat de volgende stappen van belang zijn:

- Stap 1: Om welke beroepsbeoefenaren gaat het?
- Stap 2: Bepaal de bijdrage van de PAA/VSA aan het zorgproces.
- Stap 3: Bepaal welke protocollen en richtlijnen gelden en welke voorbehouden handelingen zelfstandig geïndiceerd en verricht worden.
- Stap 4: Randvoorwaarden.

Deze stappen worden hieronder nader uitgewerkt.

Stap 1: Positionering mobiel zorgconsult door de PAA/VSA

Voor de inzet van de PAA/VSA in de directe patiëntenzorg geldt gedurende de pilotperiode dat de PAA/VSA naast een diploma tot VS of PA tevens minimaal beschikt over twee jaar werkervaring in de functie van ambulanceverpleegkundige of

medisch hulpverlener in de ambulancezorg. Hiermee borgen we de deskundigheid die nodig is om werkzaam te zijn binnen de ambulancezorg. De PAA en de VSA hebben vanuit de afgeronde masteropleiding aanvullende deskundigheid (zie ook bijlage 1). Dit maakt het mogelijk dat de PAA/VSA zorg verleent met een plus op het huidige LPA.

De PAA/VSA wordt binnen de RAV ingezet als dichtstbijzijnde ambulance-eenheid en verzorgt met name mobiele (acute) zorgconsults op locatie. Als tijdens het consult blijkt dat de patiënt toch vervoerd moet worden (bijvoorbeeld naar het ziekenhuis), wordt de meldkamer ambulancezorg verzocht om een eenheid met vervoersmogelijkheid te sturen. Het mobiel zorgconsult is zorgverlening – in opdracht van de meldkamer ambulancezorg – door een ambulancezorgprofessional op locatie, waarbij vervoer naar bijvoorbeeld het ziekenhuis in de meeste gevallen niet noodzakelijk is. De toegevoegde waarde van de PAA/VSA ligt in de anderhalvelijnszorg.

Stap 2: Bijdrage van de PAA/VSA aan het zorgproces

De indicatiestelling voor en de inzet van de PAA/VSA vindt plaats op de Meldkamer Ambulancezorg. Dit gebeurt aan de hand van door de RAV vastgestelde criteria gebaseerd op dit sectorale kader. Regionaal maatwerk is daarmee mogelijk. MKA-centralisten voeren de zorgintake uit, ondersteund door de triagemethodiek. Het is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundig centralist om de juiste zorgindicatie vast te stellen, afgestemd op de individuele zorgvraag van de patiënt. Heldere inzetcriteria zijn hierbij onmisbaar. Er is een basisset voor de inzetcriteria voor de PAA/VSA ontwikkeld. Deze basisset omvat onderstaande inzetcriteria.

¹⁸ KNMG - V&VN - NAPA - Handreiking implementatie taakherschikking

Basisset inzet PAA/VSA

1	Kortademigheid
2	Pijn thorax
3	Hartkloppingen
4	Wegraking (syncope)
5	Insult
6	Wond
7	Trauma (alle varianten)
8	Algehele malaise volwassene
9	Trauma extremiteit
10	Intoxicatie
11	Buikklachten volwassene
12	Urinewegproblemen
13	Bloedneus
14	Rugpijn
15	Hoofdpijn
16	Consultvraag ambulance
17	Overig, op verzoek van MKA bij niet nader omschreven situaties

Bij bovengenoemde inzetcriteria is uitgegaan van ingangsklachten zoals opgenomen in de NHG-standaarden en het triagesysteem NTS. Deze zijn ook voldoende toepasbaar voor regio's die werken met ProQA.

Een RAV kan – indien gewenst – aan deze basisset elementen toevoegen en hier aanvullende regionale afspraken over maken. Er zijn namelijk regionale verschillen waar rekening mee gehouden moet kunnen worden. Tevens maakt de inhoud van deze basisset onderdeel uit van de evaluatie. Het uitgangspunt is dat de PAA/VSA werkt volgens het huidige LPA, aangevuld met specifieke NHG-standaarden en spoedeisende hulp protocollen. Deze werkwijze wordt landelijk vastgelegd in het document “Uitwerking ingangsklachten PAA/VSA”.

Als tijdens de pilot blijkt dat er specifieke protocollen wenselijk zijn voor de PAA/VSA, dan kunnen deze ontwikkeld en ter goedkeuring voorgelegd worden aan de Landelijke Protocollencommissie waarin de NVMMA en de V&VN vertegenwoordigd zijn. Op deze manier kan de kwaliteit van de protocollen gewaarborgd worden. De PAA/VSA leert

tijdens de opleiding te werken volgens de methodiek van deze standaarden, dus ze zijn hiermee bekend. Ambulancezorg Nederland houdt de regie over de inhoud van de uitwerkingsklachten en zal dit document waar nodig bijstellen.

Stap 3: Protocollen, richtlijnen en voorbehouden handelingen

Per ingangsklacht is nagegaan welke protocollen en richtlijnen van toepassing zijn voor de PAA/VSA. Het uitgangspunt is dat de PAA/VSA werkt vanuit een kader met het vigerende LPA, specifieke NHG-standaarden en SEH-richtlijnen. Daarmee kan de PAA/VSA diagnostische en therapeutische handelingen uitvoeren die passen binnen zijn handelingsbevoegdheid. Na de vaststelling van voorliggend kader zal de handelingsruimte nader beschreven worden en dient de NVMMA haar instemming hierover te geven. Hierbij kan regionaal maatwerk bepalend zijn, met dien verstande dat een RAV bij de pilot niet verplicht is om de volledige handelingsruimte te benutten. De tussentijdse evaluaties van de pilot dienen uiteindelijk om de handelingsruimte sectoraal definitief vast te leggen.

Stap 4: Randvoorwaarden

Onder randvoorwaarden worden de volgende elementen verstaan:

- borg kwaliteit van zorg;
- zorg voor heldere verantwoordelijkheidsverdeling;
- monitor de inzet van de PAA/VSA;
- evalueer samenwerkingsafspraken;
- zorg voor heldere informatie over de inzet van beroepsbeoefenaars richting patiënten en ketenpartners;
- pas de functiebeschrijving aan conform de bevoegdheden.

Borg kwaliteit van zorg:

Op grond van de Wkkgz en de Wet BIG rust de verplichting om kwaliteit van zorg te leveren op de instelling respectievelijk op de individuele zorgverlener. Als de PAA/VSA wordt ingezet, moet deze professional onderdeel gaan uitmaken van reguliere kwaliteitssystemen. Tevens moet ervoor gewaakt worden dat de PAA/VSA voldoende bekwaam is om de nieuwe taak uit te voeren. Dit omvat mede het volgen van voldoende (geaccrediteerde) nascholing.

Bekwaamheid moet in alle gevallen vanuit het beroep op peil zijn (en worden gehouden), indien een organisatie betrokkene als zodanig wil inzetten. De PAA en VSA moeten dus zorgen dat zij bekwaam blijven op hun deskundigheidsgebied. Bekwaamheid heeft betrekking op wat een beroepsbeoefenaar

weet én kan. De daadwerkelijke bekwaamheid (dus niet alleen het hebben van een diploma), bepaalt of iemand bevoegd kan handelen. De Wet BIG laat dan ook de beroepsbeoefenaar zelf bepalen of er voldoende bekwaamheid aanwezig is.

De PAA en VSA zijn bevoegd handelingen te verrichten, mits zij daartoe bekwaam zijn. In het algemeen geldt dat de medische zorg uitsluitend verleend dient te worden door aantoonbare bevoegde en bekwame professionals. Een randvoorwaarde voor deze bevoegdheid en bekwaamheid is in de toekomst dat de beroepsgroep van deze professionals een kwaliteitscyclus uitvoert. De kwaliteitscyclus toetst periodiek de kwaliteit van zorg geleverd door de professional. Daarnaast moeten deze professionals geregistreerd zijn en dienen er herregistratie eisen te worden gesteld. Eenmaal bekwaam betekent natuurlijk geen garantie dat de professional bekwaam is voor het gehele leven. De NAPA beschikt over een kwaliteitsregister (conform GAIA) waar de PAA zich in kan schrijven. Tevens is de PAA ingeschreven in het BIG-register. De VSA staat ingeschreven in het BIG-register en daarnaast in het verpleegkundig specialistenregister. Voor de drie registers gelden herregistratie eisen.

De PAA en VSA zijn zelf verantwoordelijk voor het behalen van voldoende geaccrediteerde nascholing gericht op de werkplek en het behoud van de registratie in het kwaliteitsregister en het BIG-register. De RAV scheidt de randvoorwaarden, tijd en financiële ondersteuning voor het volgen van de nascholing.

Medisch manager ambulancezorg (MMA)

De Nota Goede Ambulancezorg duidt onder andere aan dat de medisch manager ambulancezorg (MMA) toeziet op de bevoegd- en bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals volgens de Wet BIG. Dit houdt het volgende in. Ten aanzien van de ambulanceverpleegkundige-taken verandert er niets. De relatie tot het mogen handelen blijft de functionele zelfstandigheid. In het geval de PAA of de VSA wordt ingezet voor taken die buiten de taken en bevoegdheden van een ambulanceverpleegkundige om gaan, is er sprake van een zelfstandige bevoegdheid en dus van een ander wettelijk kader.

De verantwoordelijkheid van de MMA is anders ingevuld, omdat de PAA en de VSA zelfstandig bevoegd zijn. Wel moeten zij uiteraard binnen die taken/handelingen (blijven) voldoen aan het medisch beleid van de organisatie waarvoor de MMA als arts verantwoordelijk is. Het sectorale fundament bekwaamheidsbeleid is de basis.

Zorg voor heldere verantwoordelijkheidsverdeling

De RAV is eindverantwoordelijk voor het leveren van goede ambulancezorg. De RAV dient derhalve de medische verantwoordelijkheid voor de te leveren en de geleverde zorg integraal binnen de organisatie in te bedden. In de Nota Goede Ambulancezorg staat omschreven dat het medisch management zodanig wordt vormgegeven dat:

- de medisch inhoudelijke kwaliteit van de ambulancezorgverlening wordt geborgd;
- er toezicht is op de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals;
- de eindverantwoordelijkheid voor het medisch management in handen is van een arts;
- de bereikbaarheid van een zelfstandig bevoegde 24 uur per dag en 7 dagen per week wordt gegarandeerd, onder verantwoordelijkheid van de MMA.

De MMA is een aan de RAV verbonden arts. Taken van de MMA zijn onder andere:

- toezien op de bevoegdheid en bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals volgens de eisen van de Wet BIG;
- formuleren van het medische beleid en toezien op de uitvoering van dit beleid en het toepassen van protocollen in de ambulancezorg;
- medisch-inhoudelijk afstemmen met zorgketenpartners;
- toezien op de uitvoering van rechten en plichten van patiënt en hulpverlener volgens de WGBO.

Dit is vastgelegd in de Nota Goede Ambulancezorg en nader uitgewerkt in het professioneel statuut MMA en de functieomschrijvingen die gehanteerd worden binnen de verschillende RAV's. De RAV draagt de eindverantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid, de kwaliteit en veiligheid van de zorg, zonder dat dit afdoet aan de eigen professionele verantwoordelijkheid van de professionals zelf.

De geneeskundige behandelingsovereenkomst wordt gesloten tussen de RAV en de patiënt. Dat zijn de contractspartijen, zoals ook blijkt uit de algemene voorwaarden. Ambulancezorgprofessionals (ambulanceverpleegkundige, PAA, VSA etc.) in dienst van de RAV hebben uit hoofde van hun arbeidsovereenkomst taken opgedragen gekregen, waaronder het uitvoeren van de rechten en plichten uit de WGBO namens de RAV. Indien in die uitoefening zich een voorval voordoet, iets niet goed gaat, komt de claim bij de RAV terecht en niet bij de ambulancezorgprofessionals, omdat zij in dienst zijn.

Op grond van de Wkkgz dient de RAV op de uitvoering van de (rechten en plichten op grond van de) geneeskundige behandelingsovereenkomst mede toe te zien. De RAV is als organisatie eindverantwoordelijk voor het handelen van de behandelaren die de geneeskundige behandelingsovereenkomst uitvoeren. Omdat voor de patiënt een aanspreekpunt in de organisatie aanwezig moet zijn, moet daar iemand voor worden aangewezen. In de Nota Goede Ambulancezorg is beschreven dat dit binnen de RAV de MMA is.

Op grond van de Wet BIG kent elke BIG-geregistreerde zorgverlener een eigenstandige verantwoordelijkheid voor het *eigen handelen*. De PAA, de VSA en de ambulanceverpleegkundige kunnen aldus tuchtrechtelijk worden aangesproken voor zijn/haar zorgverlening.

Er zijn twee tuchtnormen waaraan wordt getoetst. De eerste tuchtnorm heeft betrekking op het handelen of nalaten in strijd met de zorg die de beroepsbeoefenaar in die hoedanigheid behoort te betrachten. De tweede tuchtnorm heeft betrekking op het handelen of nalaten in de hoedanigheid van hulpverlener dat in strijd is met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg. Een PAA/VSA die tevens ambulanceverpleegkundige is, kan dus voor beide functies tuchtrechtelijk aangesproken worden.

De MMA ziet toe op de bevoegd- en bekwaamheid, dat volgt ook uit de Nota Goede Ambulancezorg. Dit toezicht is voor de PAA en de VSA anders relevant, in die zin, dat de PA en de VS op grond van de Wet BIG zelfstandig bevoegd zijn. Dit in tegenstelling tot de ambulanceverpleegkundigen, zij zijn enkel functioneel bevoegd. Als iets niet goed is gegaan ten aanzien van het medisch beleid, dan kan de MMA (c.q. arts) daar tuchtrechtelijk op worden aangesproken.

Monitor de inzet van de zorgmaster en evalueer samenwerkingsafspraken

Door de RAV wordt de inzet van de PAA en VSA gemonitord en regionale samenwerkingsafspraken worden regelmatig geëvalueerd. De sectorale pilot wordt ook landelijk geëvalueerd. De opzet voor deze evaluatie wordt in het volgende hoofdstuk nader uitgewerkt.

Zorg voor heldere informatie over de inzet van beroepsbeoefenaren richting patiënten en ketenpartners

De RAV zorgt tijdens de pilot voor heldere communicatie richting patiënten en ketenpartners. Verder zal informatie over dit sectorale kader beschikbaar zijn via de website van AZN.

Pas de functiebeschrijving aan conform de taken en bevoegdheden

Voorbeeld van functiebeschrijving wordt in 2020 conform FWG-procedure uitgewerkt, na implementatie van de cao ambulancezorg.



4. STAPPENPLAN OPZETTEN REGIONALE PILOT



De organisatorische aanpak van de pilot is aan de RAV. Een aantal zaken is hierbij van belang:

- De RAV stelt de omvang (aantal fte en tijden inzet zorgmaster tijdens de pilot) van de pilot vast en deelt deze informatie met AZN, voorafgaand aan de pilot.
- Er wordt een plan van aanpak opgesteld op basis van dit sectorale kader.
- Er zijn op basis van dit sectorale kader regionale afspraken gemaakt over de precieze inzet van de PAA/VSA. Er liggen samenwerkingsafspraken over de bevoegdheden gemaakt tussen de PAA/VSA en de MMA en de huisartsenzorg. Het betreft afspraken resulterend uit regionaal ketenpartneroverleg.
- De RAV maakt afspraken met de apothekerskring in het kader van het voorschrijven van UR-medicatie. De PA en VS zijn als nieuwe beroepsgroep opgenomen in de herziene Autorisatierichtlijn Medicatieveiligheid¹⁹. De herziene richtlijn is met ingang van 1 januari 2020 geïmplementeerd in het Landelijk Schakelpunt.
- De RAV zorgt bij aanvang van de pilot voor een Inwerkprogramma/scholingsprogramma voor de PAA/VSA over de standaarden die gevolgd gaan worden, zodat deze in de praktijk toegepast kunnen worden.
- De PAA en VSA beschikken over de benodigde materialen en middelen en hebben toegang tot de benodigde protocollen en richtlijnen.
- Regionaal is er een prospectieve risico-inventarisatie (PRI) opgesteld voorafgaand aan de pilot om de mogelijke risico's in kaart te brengen. Een PRI bestaat vaak uit zes stappen²⁰. Hieronder staan deze stappen opgesomd:
 1. Het kritische proces kiezen;
 2. PRI-team formeren (met alle belangrijke betrokkenen bij dit proces);
 3. Het proces in beeld brengen;
 4. De risicoanalyse uitvoeren;
 5. Verbeteracties vaststellen;
 6. Rapporteren.
- De medewerkers van de RAV en de ketenpartners in de regio zijn schriftelijk geïnformeerd voor aanvang van de regionale pilot. Vanuit de RAV wordt er één aanspreekpunt aangewezen voor de regionale ketenpartners.
- De centralisten op de meldkamer ambulancezorg zijn goed geïnformeerd en getraind voor de inzet van de PAA/VSA.
- Relevante informatie en data is beschikbaar in het kader van de regionale en landelijke evaluatie.
- De regionale pilot wordt tussentijds geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Een landelijke (tussen-)evaluatie vindt plaats na 6, 12 en 36 maanden.

¹⁹ Autorisatierichtlijn Medicatieveiligheid

²⁰ NHG - Hoe verricht ik een prospectieve risico-inventarisatie (PRI)?



5. OPZET EVALUATIE SECTORALE PILOT



5.1 Inleiding

De inzet van de PAA/VSA dient gedurende de pilotperiode zowel regionaal als landelijk goed gevolgd te worden. Doel is om nut en noodzaak van de PAA/VSA in de mobiele acute zorg aan te tonen.

De verwachting is dat deze pilot onder andere leidt tot:

- Een verbetering van de doelmatigheid;
- Betere patiëntenzorg door meer zorg op maat te leveren, waardoor er sprake is van de juiste zorg door juiste zorgverlener;
- Substitutie van zorg, resulterend in een vermindering van (onnodige) presentaties in de tweede lijn;
- Een verbetering van de samenwerking in de keten van acute en sub-acute zorg.

Deze elementen worden ook uitgewerkt bij de aanleiding van deze pilot. In de evaluatie wordt onderzocht of er aanwijzingen zijn in hoeverre de inzet van de PAA/VSA een bijdrage levert aan deze doelstellingen.

5.2 Relevante thema's

Op basis van ervaringen bij RAV Brabant Midden-West-Noord zijn de onderstaande relevante onderwerpen naar voren gekomen.

Patiënt- en ritkenmerken

1. Wat zijn de kenmerken van de patiënten (routes, ingangsklachten, werkdiagnoses en demografie) en ritten (tijdsverloop, tijdstip, urgenties) van patiënten aan wie een ambulancezorgconsult door de PAA/VSA wordt verleend?

Veiligheid

2. Hoe veilig is het ambulancezorgconsult door de PAA/VSA in termen van incidenten²¹, calamiteiten²², VIM-meldingen en nieuwe zorgcontacten van de patiënten?
3. Welke diagnostiek en behandeling zet de PAA/VSA in tijdens een ambulancezorgconsult?

4. Evaluatie van de inhoudelijke afbakening voor de inzet van de PAA/VSA (basisset) zoals beschreven in dit sectorale kader op basis van regionale ervaringen. Dit geldt ook voor de samenwerkingsafspraken.
5. In welke mate worden geldende richtlijnen en protocollen opgevolgd tijdens het ambulancezorgconsult door de PAA/VSA?
6. Wat wordt gemist om de zorg optimaal te kunnen inrichten?

Doelmatigheid

7. Wat is het effect van de extra optie van een ambulancezorgconsult door de PAA/VSA binnen het ambulancezorgsysteem op de kosten, doorlooptijden en beschikbaarheid?

Tevredenheid

8. Hoe tevreden zijn patiënten die een ambulancezorgconsult van de PAA/VSA krijgen over de inzet, het consult en de nazorg?
9. Hoe tevreden zijn ketenpartners met de extra optie van een ambulancezorgconsult door de PAA/VSA binnen het ambulancezorgsysteem?
10. Hoe tevreden zijn ambulancezorgprofessionals (MKA, ambulanceverpleegkundigen, medisch hulpverleners en ambulancechauffeurs) met de extra optie van een ambulancezorgconsult door de PAA/VSA binnen het ambulancezorgsysteem?

²¹ De Wkkgz gebruikt de volgende definitie voor een incident in de zorg: 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt.'

²² De Wkkgz gebruikt de volgende definitie voor een calamiteit in de zorg: 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor de cliënt heeft geleid.'

Implementatie procesevaluatie

11. Welke factoren beïnvloeden de implementatie van 'een ambulancezorgconsult door de PAA/VSA' binnen het ambulancezorgsysteem? Onderdeel hiervan is een tussentijdse evaluatie, van waaruit verbeterpunten worden afgeleid. RAV's kunnen op deze manier van elkaar leren en zo nodig bijsturen.

Evaluatie randvoorwaarden en structurele borging

12. In hoeverre draagt dit kader bij aan het stellen van de noodzakelijke randvoorwaarden voor de inzet van de PAA/VSA?
13. Op welke punten kan dit kader verbeterd worden?
14. Wat is nodig voor een structurele borging?
15. Moeten er op termijn sectoraal aanvullende zaken geregeld worden voor de inzet van de PAA/VSA (voor na de pilotfase)?

5.3 Aanpak

In het kader van de sectorale monitor worden regionale trajecten met de inzet van de PAA/VSA op sectoraal niveau gevolgd. Hiervoor worden onderstaande middelen ingezet:

- Voor de evaluatie wordt door AZN een enquête uitgezet onder physician assistants en verpleegkundig specialisten ambulancezorg, medisch managers ambulancezorg en directeuren van RAV's. Vragen zijn afgeleid van de hierboven opgenomen vraagstellingen. Er worden focusgroep-bijeenkomsten georganiseerd om de uitkomsten en ervaringen te bespreken en protocollen bij te stellen.
- De tussentijdse evaluatie van de pilot vindt plaats na 6, 12 en 36 maanden. De eindevaluatie vindt plaats na 3 jaar. Daarnaast zullen er tussentijdse kennissessies worden georganiseerd.
- Uitkomsten van het systematisch verzamelen van gegevens over de zorgverlening (kenmerken van patiënten en ritten PAA en VSA in beeld/tevredenheid patiënt/incidenten, VIM-meldingen en nieuwe zorgcontacten).
- Casuïstiekbeschrijving/beschrijving van regionale aanpak.
- Patiëntervaringen en -beschrijvingen in de vorm van case-reports, waarin indicatie, aard aandoening, therapie en evaluatie aan de orde komen.

De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) wordt gevraagd om op basis van bovenstaande kaders een onderzoeksvoorstel uit te werken en uit te voeren. RAV's die meedoen aan de pilot werken mee aan dit landelijke onderzoek en zorgen ervoor dat bovenstaande informatie beschikbaar is. De uitkomsten van

de evaluatie worden geanonimiseerd teruggekoppeld naar de inhoudsdeskundigen (NVMMA, V&VN en/of relevante AZN commissies). Vervolgens worden de uitkomsten gedeeld met de ledenvergadering van AZN. AZN voert de regie en de ingerichte werkgroep is betrokken bij de uitvoering van de pilot en de evaluatie.

BIJLAGE 1

DESKUNDIGHEID PA EN VS

Deskundigheid physician assistant²³

Het doel van het beroep van PA is het verlenen van geneeskundige zorg. Deze taken omvatten het onderzoeken, diagnosticeren, behandelen en begeleiden van patiënten met veel voorkomende aandoeningen binnen een bepaald medisch specialisme, het geven van onderwijs, het bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek en het (mee) organiseren van de medische zorgketen voor patiënten ter bevordering van kwaliteit en continuïteit van zorg.

De PA werkt binnen het medisch domein en vervangt specialisme breed de medisch specialist bij patiënten met veel voorkomende aandoeningen. De deskundigheid van de PA richt zich specifiek op een deelgebied van de geneeskunde. Daarnaast heeft de PA een brede medische basiskennis. De PA werkt op basis van de landelijke richtlijnen en standaarden van de medisch wetenschappelijke vereniging en de daarvan afgeleide protocollen, zoals die ook gelden voor de geneeskundig specialist. Binnen deze kaders neemt de PA zelfstandig beslissingen omtrent de diagnostiek en behandeling van patiënten. In de dagelijkse praktijk kan de PA een beroep doen op intercollegiaal overleg en vakinhoudelijk advies van een geneeskundig specialist. De bevoegdheidsgrenzen van de PA worden bepaald door de functionele afspraken met de geneeskundig specialist waarmee de PA een samenwerkingsverband heeft, de beleidskaders van de gezondheidszorginstelling, de opleiding c.q. de eigen bekwaamheid en de wettelijke bepalingen met betrekking tot de bevoegdheden. De PA werkt samen met onder andere artsen, verpleegkundigen en paramedici binnen de eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg. De PA is werkzaam in onder andere academische en algemene ziekenhuizen, thuiszorg, revalidatiecentra, gezondheidscentra, huisartsenpraktijken, huisartsenposten, ambulancediensten, verpleeg- en verzorgingshuizen en GGZ-instellingen.

De PA heeft als vooropleiding een HBO-studie in de gezondheidszorg met minimaal twee jaar relevante werkervaring en daarna de masteropleiding tot PA gevolgd. Dit is een duale twee-en-halfjarige HBO-master, welke enerzijds verzorgd wordt door het opleidingsinstituut. Het takenpakket en de opleidingsplaats worden getoetst door de opleiding. Vanwege het duale karakter van de opleiding dient de PA te beschikken over een PA-opleidingsplaats binnen een geneeskundig specialisme. Gedurende de masteropleiding verwerft de PA een brede geneeskundige basiskennis. Daarnaast ontwikkelt de PA specifieke medische bekwaamheden binnen het specialisme waar deze werkzaam is. De PA beschikt over het diploma Master PA van een door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) erkende hbo-masteropleiding.

Deskundigheid verpleegkundig specialist²⁴

De VS is een zelfstandig behandelaar met een zelfstandige bevoegdheid. De kern van het vakgebied bestaat uit het bieden van een integrale behandeling aan zorgvragers op basis van klinisch redeneren in complexe zorgsituaties, waarbij de VS zorgt voor continuïteit en kwaliteit van de behandeling, en het ondersteunen van de autonomie, de eigen regie, het zelfmanagement en het bevorderen van de empowerment van zorgvragers binnen de patiënt journey. De behandeling omvat zowel geneeskundige als verpleegkundige interventies. De VS werkt vanuit een holistisch perspectief. Dat betekent dat zij zich richt op de ziekte en op het ziek zijn, waarbij de mens in zijn context centraal staat. Daarnaast richt de VS zich op de gevolgen van ziekte en op preventie.

Als zelfstandig behandelaar binnen een zorgteam is de VS regievoerend behandelaar of medebehandelaar. Als regievoerend behandelaar is de VS, naast het uitvoeren van

²³ Beroepsprofiel physician assistant (2017)

²⁴ Beroepsprofiel verpleegkundig specialist (2019)

een deel van de behandeling, verantwoordelijk voor de regie over het zorgproces aan de zorgvrager. De regievoerend behandelaar overziet het geheel van de behandeling, coördineert de behandeling en zet zo nodig andere hulp in. Als medebehandelaar is de VS verantwoordelijk voor een specifiek deel van de behandeling.

De VS streeft naar het verbeteren van de professionele standaard, de kwaliteit van het multidisciplinaire zorgteam en de kwaliteit van zorg, en toont leiderschap, zowel in de patiëntenzorg als ten behoeve van het verder professionaliseren van het vakgebied verpleegkunde.

De VS heeft als vooropleiding HBO-verpleegkunde met minimaal twee jaar relevante werkervaring en heeft daarna de masteropleiding Advanced Nursing Practice doorlopen. Deze masteropleiding is een tweejarige duale HBO-master waarbij de student gedurende de opleiding een minimaal werkverband heeft van 32 uur. De student beschikt over een opleidingsplaats en twee opleiders (minimaal een VS en mogelijk een arts). Het takenpakket en de opleidingsplaats worden getoetst door de opleiding. De praktijkopleidingsplaatsen worden gevisiteerd door de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV).

Ambulancezorg: juiste zorg door juiste zorgverlener



NMMA
Nederlandsche Vereniging van
Medische Managers Ambulancezorg



Het leveren van de juiste zorg door de juiste zorgverlener kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Uitgangspunt daarbij is de zorgvraag van de patiënt. Onderstaand raamwerk geeft overzichtelijk weer welke mogelijkheden er zijn. Iedere RAV levert op elk niveau zorg, de invulling van de juiste zorgverlener dient binnen de sectorale afspraken te passen.

Ambulancezorg: afstemmen zorgvraag patiënt met aanbod zorgniveaus en ambulancezorgprofessionals



Triage op de meldkamer ambulancezorg
Zorgverlening door een verpleegkundig centralist MKA (en aanvullend eventueel een uitgiftecentralist MKA)



Hoogcomplexe ambulancezorg

Spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorgverlening door een:

- Ambulanceverpleegkundige
- Medisch hulpverlener ambulancezorg*
- physician assistant en verpleegkundig specialist ambulancezorg (PAA/VSA)**

Eventueel met aanvullende inzet van het mobiel medisch team (MMT)



Mobiel zorgconsult:
Zorgverlening op
(thuis)locatie,
behandeling zonder
verder vervoer.



Als (solo) rapid responder of als ambulance-eenheid in samenwerking met een ambulancechauffeur

Middencomplexe ambulancezorg

Niet spoedeisende ambulancezorg *minimaal* door een:

- BIG-geregistreerde verpleegkundige ambulancezorg (voldoend aan de scholingseisen middencomplexे ambulancezorg)



In samenwerking met een chauffeur, *minimaal* voldoende aan scholingseisen middencomplexе ambulancezorg

Laagcomplexe ambulancezorg

Niet spoedeisende ambulancezorg *minimaal* door een:

- Verzorgende IG (voldoend aan de landelijke scholingseisen laagcomplexе ambulancezorg)



In samenwerking met een chauffeur, *minimaal* voldoende aan scholingseisen laagcomplexе ambulancezorg

Intensieve ambulancezorg

Specialistisch team met arts levert intensieve zorg (MICU / PICU / NICU) tijdens overplaatsen van een patiënt tussen zorginstellingen, in een speciaal ingericht ambulancevoertuig, bestuurd door een ambulancechauffeur

* Landelijke pilot met de bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg middels een sectoraal vastgesteld kader

** Landelijke pilot met de physician assistant en verpleegkundig specialist ambulancezorg (PAA/VSA): er is een sectoraal kader in ontwikkeling en naar verwachting Q2-2020 gereed; opzet is door aanvullende zorg op het LPA te leveren enerzijds de spoedzorg te versterken en anderzijds meer zorg op locatie te bieden bij het mobiel zorgconsult.

BIJLAGE 3

Samenstelling werkgroep

Vanuit de sector:

Han Rozemeijer – Sectormanager Ambulancezorg GGD/Veiligheidsregio Kennemerland
Maaike Derksen – Operationeel directeur Witte Kruis
Sophie de Vries – NVMMA/Medisch Manager Ambulance Amsterdam
Thijs Verhagen – NVMMA/Medisch Manager RAVU
David Harten – NAPA/physician assistant Ambulance Amsterdam
Alex van het Net – NAPA/physician assistant Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (tot 1 december 2019)
Johan Keijzer – Manager Ambulancezorg Ambulance Oost
Risco van Vliet – V&VN VS/verpleegkundig specialist RAV Brabant Midden-West-Noord
Richard Krijger – Locatiehoofd RAV Hollands-Midden (tot mei 2020)
Rogier Evenhuis – V&VN ambulancezorg/verpleegkundig specialist RAV Brabant Midden-West-Noord
Karsjen Koop – Manager staf en bedrijfsbureau Ambulance Oost

Vanuit Ambulancezorg Nederland:

Betty van der Roest – Programmamanager Ambulancezorg Nederland (tot februari 2020)
Trudie van Duin – Programmamanager Ambulancezorg Nederland
Jolanda Rigterink – Beleidsmedewerker Ambulancezorg Nederland
Matthijs de Visser – Projectleider Ambulancezorg Nederland (vanaf mei 2020)

Meelezers:

Marileen Biekart – Medisch Manager AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond
Hugo Brounen – Verpleegkundig specialist GGD Zuid-Limburg
Reggie Diets – Manager onderwijs Ambulancezorg Gelderland-Midden
Geertje Geuzebroek – Verpleegkundig specialist Ambulance Amsterdam
David IJben – Verpleegkundig specialist UMCG Ambulancezorg
Mark Zanstra – Verpleegkundig specialist Ambulance Amsterdam
Ruud Verhalle – Verpleegkundig specialist RAV Brabant Midden-West-Noord
Arjan Bruintjes – Verpleegkundig specialist RAVU

AFKORTINGENLIJST

AZN	Ambulancezorg Nederland
CSV	College Specialismen Verpleegkunde
EHGV	Eerste hulp geen vervoer
HAN	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
LPA	Landelijk Protocol Ambulancezorg
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMA	Medisch manager ambulancezorg
NVAO	Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie
PA	physician assistant
PAA	physician assistant ambulancezorg
PRI	Prospectieve risico-inventarisatie
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RSV	Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde
Twaz	Tijdelijke wet ambulancezorg
VS	verpleegkundig specialist
VSA	verpleegkundig specialist ambulancezorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

SECTORAAL KADER PILOT PHYSICIAN ASSISTANT
EN VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST (PAA/VSA)



Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
8019 AE Zwolle

088 38 38 200

info@ambulancezorg.nl

www.ambulancezorg.nl