



Brabant Midden-West-Noord

Pilot Verpleegkundig Specialist op straat
Visiedocument



Documenteigenschappen

Visiedocument t.b.v. het overleg met het ministerie van VWS, 13 december 2018

Inleiding

De functie verpleegkundig specialist acute zorg (VSAZ) is de afgelopen jaren ingebed geraakt binnen RAV Brabant MWN, zij zijn sinds 2012 verenigd in het Medisch Stafbureau (MSB). De expertise en competenties van de VSAZ zijn vanaf 2012 voornamelijk ingezet voor niet-patiëntgebonden werkzaamheden, die inmiddels geborgd zijn binnen de diverse procedures en werkafspraken van de RAV. Om moverende redenen, die hieronder verder worden beschreven, heeft het MT RAV Brabant MWN de opdracht gegeven om vanuit het perspectief van zorg- en functiedifferentiatie binnen ambulancezorg de functie van VSAZ verder te ontwikkelen, implementeren en integreren binnen het primaire zorgproces van de RAV.

In dit visiedocument wordt uitleg gegeven over de aanleiding en doelstelling van het project, en worden de te verwachten resultaten in kaart gebracht. Tevens worden de stakeholders en de scope bepaald. Het project zal in verschillende fases gestalte krijgen, en zal uiteindelijk moeten leiden tot het realiseren van de geformuleerde doelstelling(en).

Voorafgaand aan het gesprek willen we namens de RAV onze waardering uitspreken naar het ministerie van VWS voor het bieden van de gelegenheid om de pilot met verpleegkundig specialisten toe te lichten.

mr. G. Jacobs MSc, Directeur RAV Brabant MWN

Drs. H. van de Pas, SEH-arts KNMG, Medisch Manager RAV en SEH Elisabeth - TweeSteden Ziekenhuis Tilburg

Dhr. C. Bruggeman, MSc, Manager Zorg RAV Brabant MWN en auteur projectvoorstel

Achtergrond & aanleiding

Op maatschappelijk niveau zijn er diverse ontwikkelingen gaande die van invloed zijn op businessmodellen van organisaties (Koen, 2018; Lapré, 2018). Hierbij kan gedacht worden aan trends als digitalisering en duurzaamheid, die leiden tot veranderende paradigma's. De overheid en consumenten verwachten meer van organisaties dan alleen een product of een dienstverlening. Er dient een groter doel te zijn, waaruit blijkt dat maatschappelijke verantwoording wordt genomen.

Dit uit zich bijvoorbeeld in initiatieven als de *Sustainable Development Goals* (United Nations, 2015), waarin de lidstaten werken aan zeventien doelen. Realisatie van deze doelen moet leiden tot een betere en duurzame wereld (Barbier & Burgess, 2017). Een aantal van deze doelen, zoals goede gezondheid en verantwoorde consumptie, zijn van toepassing op de zorgsector (van Engelen, 2018). Ook vanuit ethisch perspectief dienen organisaties hun verantwoording te nemen; recht op en toegang tot kwalitatief goede (spoed)zorg is immers een basisrecht voor ieder mens binnen onze maatschappij (Engberts, 2018).

Deze ontwikkelingen zullen de gezondheidszorg gaan beïnvloeden (RIVM, 2014; AZN, 2017). Het Sociaal en Cultureel Planbureau (2016) schetst een toekomstbeeld waarin een grote pluriforme groep hulpbehoevende ouderen de behoefte hebben om langer thuis blijven wonen. Het uitgangspunt hierin is zelfredzaamheid van burgers, en participatie van patiënten in het organiseren van zorg (Centraal Planbureau, 2013; Delespaul et al., 2018). Er zal in toenemende mate een beroep worden gedaan op zorgprofessionals en een kleiner wordende groep mantelzorgers. Met name technologische ondersteuning en een betere organisatie van zorg zal de discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod moeten verkleinen.

Momenteel zijn al effecten merkbaar van de veranderende zorgvraag; het aantal urgente zorgvragen in de eerste lijn stijgt (Ineen, 2015), volgens Kommer, Gijssen en van Gils (2015) wordt deze stijging mede veroorzaakt door vergrijzing. Berchet (2015) beaamt dit, maar wijst ook naar aspecten als toegankelijkheid van spoedzorg en de beschikbare dienstverlening buiten kantooruren. De zorgvragen zijn hierdoor lastiger te triëren met als gevolg dat de verkeerde zorgverlener bij de patiënt terecht komt. Deze conclusies lijken overeen te komen met bevindingen van AZN (2017): in de avond- en nachturen is er sprake van toename van het aantal doorverwijzingen van de huisarts naar ambulancedienst. Daarnaast is er ook een toename van het aantal 'eerste hulp geen vervoer' ritten waarbij vervolgzorg niet nodig is. Eerder is aangetoond dat in een groot deel van deze ritten ambulancezorg niet noodzakelijk was geweest, en de inzet van een andere zorgverlener had volstaan (Smit et al., 2014; Plat et al., 2017). Zorginstellingen zullen de gestelde visie op zorg moeten evalueren en waar mogelijk het businessmodel moeten veranderen om in te kunnen springen op toekomstige zorgvraag en zorgbehoeften van cliënten. Volgens Minkman (2018) vraagt 'de veranderende samenleving' om een integrale aanpak van zorg. Integrale zorg is hierbij gedefinieerd als geplande organisatie-overstijgende dienstverlening, gericht op de behoeften en voorkeuren van het individu, mogelijk gemaakt door interprofessionele samenwerking (Minkman, 2012). Zorgorganisaties dienen in toenemende mate te streven naar netwerksamenwerkingen om vanuit een maatschappelijke verantwoordelijkheid patiëntgerichte en integrale zorg mogelijk te maken. Hierdoor verandert de rol van zorgorganisaties: De mens, en niet de organisatiedoelen, komt centraal te staan (Helsloot & Timmermans, 2009).

Er wordt een beroep gedaan op bestuurders en toezichthouders in het zorgdomein, waarin samenwerking en netwerken een dominantere positie opeisen, om als moreel kompas de op handen zijnde ontwikkelingen in de gewenste banen te leiden (Buijs, Legemaate, Luyer, van Twist & de Wolff, 2017).

Het veranderende paradigma op gezondheid en zorg heeft uiteraard ook effect op de pre-hospitale / acute zorg. Diverse stakeholders als de overheid, Landelijke Netwerk Acute Zorg en Ambulance Zorg Nederland (AZN, 2017) hebben deze paradigmashift recentelijk vertaald naar visie & beleid. Het LNAZ in het document kwaliteitskader spoedzorg, en AZN in het visiedocument 2025. Beide documenten kennen veel overlapping, en schetsen een toekomstbeeld van pre-hospitale / acute zorg. De rode draad in deze visies is: waardecreatie voor de patiënt, op basis van paradigma's als empowerment, autonomie en zelfregie. De zorg wordt integraal georganiseerd rondom de patiënt, waarbij de betrokken zorgorganisaties (huisartsen, ziekenhuizen, RAV's en GGZ) vanuit een netwerkorganisatie dit gezamenlijk als doel stellen.

Visie Ambulancezorg Nederland (AZN)

De visie van AZN is uitgangspunt voor de beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkeling van de ambulancesector in de komende jaren. Op de agenda voor de komende jaren staan:

- *de twee kernthema's zorgcoördinatie en mobiele zorg met en zonder vervoer*
- *de samenhang binnen de acute zorg*
- *de ordening van de acute zorg en de ordening van de ambulancezorg*
- *aandacht voor de arbeidsmarktproblematiek en arbeidsvoorwaarden binnen de acute zorg*

Mobiele zorg met en zonder vervoer; RAV's zijn aanbieders van mobiele zorg en brengen de zorg naar de patiënt, of als dit noodzakelijk is, de patiënt naar de zorg. Ambulancezorg is altijd en overal beschikbaar.

Kenmerkend voor ambulancezorg in 2017 is dat een ambulance-inzet altijd gepaard gaat met een intentie tot vervoer naar (meestal) het ziekenhuis. Vervoer is echter altijd ingrijpend voor de patiënt en er is in toenemende mate sprake van inzetten waarbij ter plaatse wel zorg wordt verleend, maar vervoer daarna niet noodzakelijk blijkt. Innovatie en technologische ontwikkelingen maken dit ook steeds beter mogelijk.

In de nieuwe visie van AZN staat de patiënt centraal; de zorg wordt integraal rondom de patiënt georganiseerd. Zorgcoördinatie moet leiden tot afstemming tussen professionals, die in een netwerk verenigd zijn, om te komen tot maatwerk en zinnige zorg voor de patiënt. De patiënt krijgt waar mogelijk in zijn eigen omgeving de noodzakelijke zorg. Door netwerksamenwerking kan er sprake zijn van maatwerk en neemt het aantal patiënten die in de tweede lijn gepresenteerd wordt af.

Uit een review van literatuur blijkt dat deze mobiele, integrale eerstelijnszorg kan leiden tot waardecreatie bij patiënt en de spoedzorgketen (Castillo, Myers, Mocko & Beck, 2016; Choi, Blumberg & Williams, 2015; Beck et al., 2012). Recente resultaten uit de Verenigde Staten laten zien, hoewel nog op kleine schaal, dat integrale samenwerking in pre-hospitale (spoed)zorg kan leiden tot verhoging van de kwaliteit tegen lagere kosten.

Visie RAV Brabant MWN

In de kernboodschappen van de RAV wordt deze visie uitgedragen, waarbij de kwaliteit van zorg uitgangspunt en speerpunt van het RAV-beleid is;

- Wij bieden de patiënt de juiste zorg, op de juiste tijd en de juiste plaats
- Wij zijn een betrouwbare, respectvolle partner
- Wij bieden een gezonde en dynamische werkomgeving
- Wij voeren een publieke taak uit en zijn transparant over bedrijf en resultaten

Het management realiseert zich echter dat er niet alleen naar de huidige horizon gekeken kan worden. Het MT onderkent dat er innovatie nodig is om ook in de toekomst de maatschappelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van pre-hospitale spoedzorg te kunnen nemen. In dit kader is recentelijk besloten om over te gaan tot functiedifferentiatie, onder andere door nadere invulling te geven aan de functie verpleegkundig specialist acute zorg (vsaz).

Het MT is van mening dat de master-opgeleide zorgprofessional kan zorgdragen voor waardecreatie voor zowel patiënt- als spoedzorgketen. Tevens is de zelfstandig bevoegd VSAZ beter in staat om waar mogelijk, vanuit een netwerksamenwerking met partners in eerste- en tweede lijn, de zorg rondom de complexe patiënt thuis te coördineren. Het betreft een nieuwe dienstverlening die naast de huidige dienstverlening aangeboden zal worden, volledig op elkaar afgestemd. De RAV staat niet alleen in deze visie. Momenteel wordt door een werkgroep binnen AZN het visiedocument 'Ambulance Master, nieuwe schakel in de keten' ingezoomd op de rol van de VSAZ binnen toekomstige ambulancezorg. Dit visiedocument wordt in december 2018 verwacht, het bevindt zich nu nog in de conceptfase.

Bovenstaande ligt geheel in de lijn met de opdracht die minister Bruins op 12-11-18 aan AZN heeft gegeven met betrekking tot het ondertekenen van het actieplan Ambulancezorg. Maatwerk en de juiste zorg op het juiste moment zijn hierin kernbegrippen (Rijksoverheid, 2018).

Projectdoelstelling

Het doel van het project verpleegkundig specialist op straat is: Het ontwikkelen en implementeren van de functie van verpleegkundig specialist binnen de dienstverlening van ambulancezorg. De patiënt staat hierin centraal, zoals beschreven in de visie van de RAV Brabant MWN.

De RAV Brabant MWN heeft het bovenstaande vertaald naar de volgende doelstelling en subdoelen:

*Per **1-1-2019** beschikt RAV MWN over een team van verpleegkundig specialisten acute zorg die in Tilburg, 7 x 10 uur per dag, inzetbaar zijn binnen het primaire proces van ambulancezorg.*

Subdoelen

- Waardecreatie creëren voor de spoedketen*
- Aanvullende voorwaarden creëren voor integrale zorg*

Scope & afbakening

De scope van dit projectplan is intern gericht, op het gehele verzorgingsgebied van RAV Brabant MWN. Na implementatie kan afstemming worden gezocht met ketenpartners met betrekking tot (netwerk) samenwerkingen. Samenwerking met de huisarts is noodzakelijk en inmiddels vormgegeven in de vorm van een detacheringsovereenkomst. Alle uit het project voortvloeiende procedures, (medische) handelingen etc. worden vanuit het perspectief op een toekomstige integrale samenwerking met de eerste- en tweede lijn ingericht. Waar mogelijk worden NHG- of ziekenhuisstandaarden toegepast.

Pilot VS Tilburg

Recentelijk is besloten om per 1 januari 2019 de verpleegkundig specialist in Tilburg 7 dagen per week, 10 uur per dag in te zetten binnen ambulancezorg. Juist de uitstekende samenwerking met zowel de eerste- als tweede lijn maakt Tilburg de perfecte locatie voor deze pilot. De verpleegkundig specialisten zijn 1 dag in de week gedetacheerd naar de HAP. Doel hiervan is het opdoen van ervaring met betrekking tot huisartsengeneeskunde, en het opbouwen van een samenwerkingsrelatie met de huisartsen van Midden-Brabant. Daarnaast is de medisch manager van de RAV Brabant MWN tevens medisch manager van de SEH van het Elisabeth TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) in Tilburg. Vanuit het ETZ is medewerking toegezegd aan de pilot. Streven is hierbij naar substitutie van zorg, resulterend in een vermindering van (onnodige) presentaties in de tweede lijn.

Op meldkamerniveau vindt nu de voorbereiding plaats die nodig is voor de start van de pilot. Centralisten worden getraind in het toepassen van OMEGA-protocollen, binnen de AMPDS-structuur. De verkregen ACE-status van de meldkamer Tilburg maakt het mogelijk dat dergelijke protocollen toegepast kunnen worden. Door toepassingen van de OMEGA, gericht op secundaire triage, en door analyse van Big Data, wordt getracht de patiënten die in aanmerking komen voor een consult van de VS te segmenteren. Uiteraard zal dit een groeiemodel zijn.

Voordelen pilot VS

Beschreven vanuit:

- Het perspectief van de patiënt
- Het perspectief van de spoedzorgketen
- Het perspectief van de organisatie.

Vanuit het perspectief van de patiënt, kan met betrekking tot de volgende aspecten aanvullende waarde gecreëerd worden door de inzet van de verpleegkundig specialist binnen ambulancezorg:

- Zorg op maat: in relatie tot een toenemende en complexere hulpvraag. De zelfstandig bevoegde VS heeft meer competenties met betrekking tot het beantwoorden van deze zorgvraag. Door de inzet van VS is de RAV beter in staat in te spelen op de veranderende zorgvraag. Het zorgaanbod van de RAV wordt aangepast aan deze zorgvraag.
- Zorgcoördinatie; verminderen risico's, of toename van veiligheid m.b.t. de geboden zorg of overdracht van zorg.
- Kwaliteit van zorg: ondersteuning ambulanceteams bij complexe casuïstiek als reanimatie, grote trauma's, maar ook adviserend bij twijfel over een presentatie in de 2^e lijn (EHGV).
- Competenties VS genereren nieuwe zorgpaden binnen ambulancezorg en creëren mogelijkheden tot onderzoek en innovatie met betrekking tot het primaire proces.

Vanuit het perspectief van de spoedzorgketen kan de verpleegkundig specialist bijdragen aan het streven naar integrale keten (*netwerk*) zorg:

- Zorg op maat, integraal georganiseerd, oftewel juiste zorg door de juiste hulpverlener op het juiste moment. De zelfstandige bevoegdheid van de VS biedt mogelijkheden met betrekking tot netwerksamenwerking met ketenpartners. Dit vanuit de unieke positie van de RAV, als schakel tussen de eerste- en tweede lijn. Door vanuit een netwerksamenwerking spoedzorg integraal te organiseren, ontstaan er mogelijkheden voor nieuwe zorgpaden. Informeel zijn er al diverse mogelijkheden tot nieuwe zorgpaden geconstateerd door de stakeholders in zowel eerste- als tweede lijn. Beiden hebben toezeggingen gedaan om na de start van de pilot in overleg te gaan over ontwikkeling en implementatie van deze zorgpaden. Uiteraard zal het Netwerk Acute Zorg Brabant hierbij betrokken worden, evenals de verantwoordelijke zorgverzekeraars.
- Integraal participeren op de veranderende zorgvraag, gebruik makend van substitutie van zorg, technologieën etc.
- Biedt meer mogelijkheden voor onderzoek en innovatie binnen de spoedsector.
- Bouwsteen voor initiatieven als de zorgmeldkamer, etc.

Naast de beoogde verbetering van de geboden (keten)zorg, kan de integratie van de verpleegkundig specialist binnen ambulancezorg de volgende organisatorische aspecten positief beïnvloeden:

- Draagt bij aan de huidige ontwikkelingen in de keten en sector, waarbij maatschappelijke verantwoordelijkheid wordt genomen.
- Mogelijkheid tot onderzoek/ innovatie binnen de organisatie/sector.
- Doorontwikkeling huidige VS versus bekwaam houden huidige VS.
- Doorontwikkeling huidig personeel, wat leidt tot hogere medewerkertevredenheid en uiteindelijk tot betere klanttevredenheid.
- Positief effect op instroom-doorstroom-uitstroom personeel wegens ontwikkelmogelijkheden als medewerker.
- Aantrekkelijkheid/aantrekkingskracht als werkgever vergroten: ontwikkelmogelijkheden (complete opleidingsleerlijn van MBO/HBO Bachelor tot Master).
- Praktijkonderwijs door zelfstandig bevoegden binnen de sector aan initiële- en HBO-v leerlingen.
- Bouwsteen voor toekomstige taak-/functiedifferentiatie.

Aandachtspunten pilot VS

Het betreft een verandering, en zoals bij iedere verandering kan en mag er weerstand worden verwacht. Zowel intern, als extern. Intern landt de boodschap met betrekking tot functiedifferentiatie zeer goed, wat te merken is aan het aantal medewerkers dat wil participeren in deze ontwikkeling.

Ook AZN, zoals eerder aangegeven, is momenteel bezig met de ontwikkeling van het visiedocument Master Ambulancezorg. De conceptversie komt overeen met de visie van de RAV Brabant MWN. Twee van de verpleegkundig specialisten van de RAV Brabant MWN participeren in de overleggen rondom de totstandkoming van dit visiedocument. Mocht dit document ten tijde van het gesprek op 13-12 gepubliceerd zijn, zal dit als bijlage worden toegevoegd.

De pilot gaat niet ten koste van bestaande paraatheid of middelen. Door de huidige formatie VS slim in te zetten binnen de RAV, levert de pilot zelfs een kleine uitbreiding van de paraatheid op in de regio Tilburg (stijging van 728 uur).

Doordat er voornamelijk gebruik gemaakt wordt van bestaande middelen, zijn de kosten met betrekking tot de pilot te overzien. Op het moment dat er echter sprake gaat zijn van:

- Substitutie van zorg van eerste/tweede lijn naar ambulancezorg, of

- de pilot naar de andere grote steden van Brabant (Breda en 's-Hertogenbosch) wordt uitgebreid,

zal er overleg gepleegd moeten worden met de stakeholders over verdere bekostiging van deze dienstverlening.

Juridisch kader

Uiteraard dient een pilot binnen gezondheidszorg binnen de geldende wet- en regelgeving te passen. De RAV heeft dit laten toetsen bij Van Bentum & Keulen, advocaten gezondheidsrecht. Zij zijn tot de volgende conclusie gekomen:

'Het betreft een nieuwe functie die nog niet operationeel is binnen directe patiëntenzorg in de ambulancezorg. Dit vraagt om een verduidelijking van het juridisch kader waarbinnen gehandeld gaat worden'. De vraagstelling luidde als volgt: met betrekking tot de rechtspositie van de VSAZ binnen de ambulancezorg en de eventuele daaraan verbonden tuchtrechtelijke consequenties zijn aan de zijde van de projectgroep van de RAV Brabant MWN de volgende vragen gerezen:

1) Zijn er, mede gelet op het bepaalde in de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) juridische belemmeringen om als zelfstandig bevoegd zorgverlener in de zin van art. 14 Wet BIG-patiëntenzorg te verlenen, terwijl in de Twaz nog niet een duidelijk handelingskader en toetsingskader voor de VSAZ is vastgelegd?

2) Geeft de AMvB voor ambulancezorgprofessionals, naast onze zelfstandige bevoegdheid, voldoende juridische dekking voor de VSAZ in de uitvoering van de directe patiëntenzorg?

De antwoorden op deze vragen staan in bijlage 1 benoemd, maar waar het in het kort op neer komt is dat de handelingsbekwaamheid en de verdere ontwikkeling van de VSAZ in de directe patiëntenzorg geen belemmering kent. Medisch management en directie zullen na officieel akkoord zich vergewissen van deugdelijke protocollen en richtlijnen die zijn opgesteld door de VSAZ in samenwerking met de MMA's.

Onderwijs

Het scholen van de VSAZ binnen de RAV Brabant MWN staat in het teken van het bevoegd en bekwaam blijven in die competenties verbonden aan het profiel VSAZ, zoals V&VN dit in het register voorschrijft. Daarnaast van hetgeen dat in het profiel van de VSAZ opgenomen en vastgelegd wordt in de procedure Bekwaam en Bevoegd binnen de RAV Brabant MWN.

In tegenstelling tot de ambulancehulpverlener heeft de verpleegkundig specialist (VS) wel een zelfstandige bevoegdheid. Zij hebben hierin de individuele verantwoordelijkheid om hun bekwaamheid op peil te houden. Om dit professionele niveau te objectiveren en te verantwoorden wordt er een assessment en een scholingsplan vormgegeven (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, 2017). Dit wordt tevens vanuit Ambulancezorg Nederland (AZN), Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) en V&VN aanbevolen (Ambulancezorg Nederland, 2015). Het assessment van de ambulancehulpverlener is niet geschikt om het werk- en denkniveau van de VS te toetsen. Daarom is het van belang om ook bij de VS dit proces uniform, objectief en meetbaar te maken op het werk- en denkniveau van de VS. In bijlage 2 is het voorstel met betrekking tot scholing en het assessment van verpleegkundig specialisten binnen ambulancezorg beschreven.

Op het moment dat concreet wordt over welke competenties de VS moet beschikken ten einde invulling te kunnen geven aan zijn nieuwe taak binnen ambulancezorg, zal dit vertaald worden naar het assessment voor VS. Hierin zullen de MMA's, als opdrachtgevers, uiteraard een belangrijke rol hebben.

Onderzoek

Onderzoek zal in de vorm van een pilot gebeuren. De pilot zal vooral retrospectief, niet-gerandomiseerd en observationeel van aard zijn. Dit zal leiden tot patiëntbeschrijvingen in de vorm van case-reports, waarin indicatie, aard aandoening, therapie en evaluatie aan de orde komen. Hierbij worden de kaders van wetgeving op privacy uiteraard gerespecteerd. Deze gegevens zullen worden gebruikt als input om aan te tonen wat nut en noodzaak van de VSAZ op straat is. Landelijke richtlijnen VSAZ klinisch handelen (V&VN) zullen uitgebreid bestudeerd worden. Daarnaast wordt de input vanuit de gehele pilot gebruikt om in artikelvorm te publiceren in een blad zoals NTVG of Medisch Contact met grote impactfactor/high exposure.

Planning

Bij akkoord van VWS start de pilot in januari 2019. De scope zal in de eerste maanden voornamelijk intern liggen, als uitbreiding van het zorgaanbod van de RAV. Door goede secundaire triage en analyse van historische data wordt het segment patiënten bepaald. Direct na de start van de pilot zal regelmatig overleg met de eerste- en tweede lijn plaatsvinden over integrale spoedzorg. Als zowel de VS als de organisatie gewend zijn aan de nieuwe rol van de VS binnen ambulancezorg, kan de scope op de keten worden gericht. Na dit moment kent de pilot een tweetal doelen:

- (Ambulance)Zorg op maat, waarin de patiënt daadwerkelijk centraal staat
- Zorgcoördinatie als middel om de (spoedzorg)keten te optimaliseren

Afronding

Op 13 december bespreken wij met u in Tilburg dit projectvoorstel. De afspraak daarvoor is inmiddels gepland. Tijdens ons overleg zullen wij dit projectvoorstel nader toelichten en eventuele vragen van uw kant beantwoorden.

Literatuurlijst

- Ambulancezorg Nederland. (2015, mei). *Fundament voor bekwaamheidsbeleid ambulanceverpleegkundige*. Opgeroepen op september 2017, van Ambulancezorg Nederland:
<https://www.ambulancezorg.nl/nederlands/pagina/11204/bekwaamheidsbeleid.html>
- Ambulancezorg Nederland. (2017, december 1). *Ambulancezorg in 2025; Zorgcoördinatie en mobiele zorg*. Opgeroepen op februari 20, 2018, van Ambulancezorg Nederland: Missie en visie: <https://www.ambulancezorg.nl/azn/missie-en-visie>
- Barbier, E., & Burgess, J. (2017, juni 8). *The Sustainable Development Goals and the systems approach to sustainability*. Opgeroepen op 05 22, 2018, van www.economics-ejournal.org: www.economics-ejournal.org/economics/discussionpapers/2017-28/file
- Beck, E., Graig, A., Beeson, J., Bourn, S., Goodloe, J., Moy, H., . . . White, L. (2012, december 9 - 10). *Mobile Intergrated Healthcare Practice. A Healthcare Delivery Strategy to improve access, Outcome and Value*. Chicago, Illinois, United States: Medtronic Foundation.
- Berchet, C. (2015). *Emergency Care Services; Trends, drivers, and interventions to manage the demand. OECD Working Paper No. 83*. Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Buijs, G., Legemaate, J., Luyer, M., van Twist, M., & de Wolff, D. (2017). *Mandaat en moeras*. Utrecht: Nederlandse vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn.
- Castillo, D., Myers, J., Mocko, J., & Beck, E. (2016). Mobile Integrated Healthcare; Preliminary Experience And Impact Analysis with a Medicare Advantage Population. *Journal of Health Economics and Outcomes research*, 4 (2), 172-187.
- Choi, B., Blumberg, C., & Williams, K. (2016). Mobile integrated Health Care and Community Paramedicine: An Emerging Emergency Medical Services Concept. *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 67, NO. 3: pp 361-366
<http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.005>.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Os, J. (2018). Zorg op een schaal die werkt; de persoon in context. In *Goede GGZ: Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. (pp. 105-112. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2062-2_11). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Engberts, D. (2018, februari 1). Ethiek, college TIAS. Utrecht, Utrecht, Nederland.
- Helsloot, R., & Timmermans, A. (2009). Functionele bekostiging en integrale zorg; De waarde van lijnen. *Huisarts & Wetenschap*, 52 (4), 358-359.
- Ineen. (2016, augustus 18). *Benchmark Bulletin Huisartsenposten 2015 - Ineen*. Opgeroepen op mei 22, 2018, van <https://ineen.nl>: <https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/160818-Benchmarkbulletin-2015-Huisartsenposten.pdf>
- Koen, C. (2017, juni 14). College TIAS; Strategie en innovatie. Utrecht, Utrecht, Nederland.
- Kommer, G., Gijssen, R., & van Gils, P. (2015). *Trendanalyse spoedeisende ambulancezorg*. Bilthoven: RIVM.

- Lapré, F. (2018, februari 14). Ouderenzorg, college TIAS. Utrecht, Utrecht , Nederland.
- Minkman, M. (2012). The current state of integrated care. *Journal of Integrated Care, Vol. 20*, No. 6, 346-358.
- Minkman, M. (2018, januari 11). College TIAS: Besturing. Utrecht, Utrecht, Nederland.
- Plat, F., Peters, Y., Loots, F., de Groot, C., Eckhardt, T., Keizer, E., & Giessen, P. (2017). Ambulance dispatch versus general practitioner home visit for highly urgent out-of-hours primary care. *Family Practice*, 1-6. doi:10.1093/fampra/cmz121.
- Rijksoverheid. (2018, november 12). *Rijksoverheid.nl*. Opgehaald van Rijksoverheid/Actueel nieuws: <https://rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/11/12/minster-bruno-bruins-ondertekent-actieplan-ambulancezorg>
- RIVM. (2014, juni 24). *Toekomstverkenning RIVM; Een gezonder Nederland met meer chronisch zieken*. Opgeroepen op mei 22, 2018, van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2014/Toekomstverkenning_RIVM_Een_gezonder_Nederland_met_meer_chronisch_zieken
- Smit, M., Weerts, M., Janssen, K., Giessen, P., Francissen, O., & Grunsvan, P. (2014). Spoedritten ambulance vaak eerstelijnszorg. *Ned Tijdschr Geneeskd. 014; 158:A7863*.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2016). *De toekomst tegemoet: Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 20130 agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations.
- V&VN. (2017). *Wet BIG*. Opgeroepen op september 2017, van V&VN: <https://www.venvn.nl/Themas/Wet-en-regelgeving/Wet-BIG>
- van Engelen, A. (2018, februari 15). Society, college TIAS. Utrecht, Utrecht, Nederland.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. (2017, augustus 1). Opgeroepen op september 2017, van Overheid.nl: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2017-08-01#HoofdstukIV>

Bijlage 1: Toelichting advocaat gezondheidsrecht

Memo

Voor: Ruud Verhale (RAV Brabant MWN)

Van: Wouter Koelewijn (VBK) Van Benthem & Keulen- Advocaten & Notariaat

Datum: 24 april 2018

Betreft: Inzake positie VSAZ binnen de RAV Brabant MWN

I Inleiding

1. Binnen de RAV Brabant MWN wordt op dit moment een projectplan uitgewerkt voor de inzet en taakinvulling van de Verpleegkundig Specialist Acute Zorg (VSAZ) binnen de ambulancezorg. Deze functie is op dit moment nog relatief nieuw binnen de ambulancezorg en er ontbreken daarom nog landelijke richtlijnen, standaarden en protocollen.

2. Met betrekking tot de rechtspositie van de VSAZ binnen de ambulancezorg en de eventuele daaraan verbonden tuchtrechtelijke consequenties zijn aan de zijde van de RAV Brabant MWN de volgende vragen gerezen:

1. Zijn er, mede gelet op het bepaalde in de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (Twaz) juridische belemmeringen om als zelfstandig bevoegd zorgverlener in de zin van art. 14 Wet BIG zorg te verlenen, terwijl in de Twaz nog niet een duidelijk handelingskader en toetsingskader voor de VSAZ is vastgelegd?
2. Geeft de AMvB voor ambulancezorgprofessionals, naast onze zelfstandige bevoegdheid, voldoende juridische dekking voor de VSAZ in de uitvoering van de directe patiëntenzorg?

3. Ter beantwoording van de vragen zet ik hieronder kort het relevante juridische beoordelingskader uiteen waarna ik de bovenstaande vragen beantwoord.

II Juridisch kader VSAZ

4. Binnen de Twaz is ambulancezorg - kort samengevat - gedefinieerd als zorg die erop gericht is om een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening hulp te verlenen door een 'ambulanceprofessional' of een 'ambulanceverpleegkundige'.

5. De rechtspositie van de 'ambulanceverpleegkundige' wordt bepaald door art. 3 Wet BIG en het op grond van art. 39 Wet BIG vastgestelde 'Besluit functionele zelfstandigheid'. In dit besluit (algemene maatregel van bestuur) is de opleidingseis vastgelegd (art. 3a) en is vastgelegd wat tot het gebied van de deskundigheid van een ambulanceverpleegkundige wordt gerekend en waartoe deze zelfstandig, dat wil zeggen zonder tussenkomst van een bekwaam en bevoegde opdrachtgever, bevoegd is. Het gaat daarbij om de volgende handelingen:

- toepassen van electieve cardioversie;
- toepassen van defibrillatie;
- in- of extuberen van de luchtpijp met een orale of nasale tube;
- toepassen van drainagepunctie bij een spanningspneumothorax;
- verrichten van een coniotomie.

6. Op grond van art. 14 Wet BIG is het 'Tijdelijke besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten vastgesteld' waarin onder meer de rechtspositie en specialistentitel van de 'verpleegkundig specialist acute zorg bij somatische aandoeningen' (VSAZ) is vastgelegd. Naast enkele algemene omschrijvingen die voor alle verpleegkundig specialisten gelden wordt in dit besluit bepaald dat de VSAZ zelfstandig bevoegd is tot de volgende handelingen:

- het verrichten van heilkundige handelingen;
- het verrichten van endoscopieën;
- het verrichten van catheterisaties;
- het geven van injecties;
- het verrichten van puncties;
- het verrichten van electieve cardioversie;

- het toepassen van defibrillatie;
- het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in [artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet](#).

7. Ik signaleer in de door de wetgever in beide besluiten opgesomde bekwaamheden tussen ambulanceverpleegkundige en de VSAZ een gedeeltelijke overlap in de zelfstandigheid om handelingen te verrichten. Wat opvalt is dat de VSAZ bevoegd is om aanmerkelijk meer handelingen zelfstandig uit te voeren maar dat de volgende handelingen wel zijn opgenomen in de opsomming voor de ambulanceverpleegkundige maar niet expliciet worden genoemd bij de VSAZ:

- in- of extuberen van de luchtpijp met een orale of nasale tube;
- toepassen van drainagepunctie bij een spanningspneumothorax;
- verrichten van een coniotomie.

8. Ik ga er binnen de context van de ambulancezorg evenwel vanuit dat de VSAZ als basis 'ambulanceverpleegkundige' is en vervolgens daarnaast een afgeronde opleiding (advanced nursing practice) heeft gedaan die hem handelingsbekwaam maakt als VSAZ. Dit zou tevens betekenen dat het voornoemde verschil tussen omschreven handelingen in de praktijk van de RAV niet relevant is omdat een VSAZ tevens voldoet aan de vereisten van een ambulanceverpleegkundige. Mocht dit anders zijn, dan vormt dit verschil mijns inziens wel een punt van aandacht in de uitwerking van de taken en positie van de VSAZ binnen de RAV.

9. In de verlenging van de Twaz per 1 januari 2018 is de nieuwe term 'ambulanceprofessional' geïntroduceerd, naast de term 'ambulanceverpleegkundige'. Op grond van art. 10a Twaz kan nader worden bepaald wat onder een ambulanceprofessional dient te worden verstaan. Blijkens de memorie van toelichting hangt de introductie van deze term met name samen met een nadere afbakening van het domein van de ambulancezorg ten opzichte van o.a. liggend taxivervoer. De wetgever lijkt deze term te gebruiken als aanknopingspunt voor een verdere afbakening van een 'ondergrens' van wat nog kwalificeert als ambulancezorg en daarmee behoort tot het exclusieve domein (monopolie) van de RAV.

10. Op dit moment is de invulling van de functie 'ambulanceprofessional' nog niet nader ingevuld in een algemene maatregel van bestuur. Mogelijk dat in dit besluit ook de 'VSAZ' wordt opgenomen maar de memorie van toelichting van de wetgever laat daar vooralsnog onduidelijkheid over bestaan en eerder lijkt het, zoals aangegeven, de bedoeling dat hiermee de 'ondergrens' van wat nog behoort tot de ambulancezorg kan worden aangegeven.

11. De termen 'ambulanceverpleegkundige' en 'ambulanceprofessional' in de context van de Twaz worden zodoende met name gebruikt om de 'reikwijdte' en het domein van de ambulancezorg af te bakenen. De Twaz biedt echter geen nadere invulling voor individuele eisen die worden gesteld aan de bekwaamheid en bevoegdheid van ambulanceverpleegkundigen en een VSAZ. De rechtspositie van deze twee disciplines op dit punt wordt (exclusief) bepaald door de Wet BIG en de besluiten op grond van de Wet BIG waarin is vastgelegd tot welke handelingen deze verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten zelfstandig bevoegd zijn.

III Beantwoording vraag 1 en 2

12. Gelet op het hiervoor uiteengezette juridisch kader en de kenbare bedoeling van de wetgever, vormt naar mijn oordeel het feit dat de VSAZ niet expliciet wordt genoemd in de omschrijving van de 'ambulancezorg' in de Twaz en de omstandigheid dat op dit moment de functie van 'ambulanceprofessional' nog niet nader is omschreven in een algemene maatregel van bestuur, geen belemmering om de functie van de VSAZ binnen de RAV verder te ontwikkelen en in te vullen.

13. Zolang de ontwikkeling en invulling van de VSAZ binnen de RAV blijft binnen de wettelijke kaders op grond van de Wet BIG vastgestelde 'Tijdelijke besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten' heeft de RAV de ruimte om deze functie in te vullen. Ook vanuit een tuchtrechtelijke beoordeling zal het kader van de Wet BIG en het tijdelijke besluit bepalend zijn.

14. Het voorgaande brengt ook mee dat voor de reikwijdte van de invulling van de functie VSAZ binnen de RAV strikt genomen ook niet vereist is dat er een algemene maatregel van bestuur voor de ambulanceprofessional wordt vastgesteld. De handelingsbekwaamheid van de VSAZ binnen de ambulancezorg wordt bepaald door de Wet BIG en niet op grond van de Twaz. Dat geldt overigens ook voor de 'ambulanceverpleegkundige'.

15. Voor de specifieke ontwikkeling en invulling van de VSAZ binnen de RAV worden de grenzen bepaald door met name artikel 3 van het Tijdelijke besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten. Indien gemotiveerd kan worden aangegeven dat de ontwikkeling en invulling van de functie VSAZ binnen de ambulancezorg (RAV) blijft binnen de in dit artikel aangegeven grenzen en wordt uitgewerkt in duidelijke protocollen en werkstandaarden, dan zijn naar mijn oordeel ook de tuchtrechtelijke risico's voor de VSAZ beperkt, ondanks het op dit moment nog ontbreken van specifieke landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

16. Mocht bovenstaande analyse aanleiding geven tot nadere vragen, dan ben ik vanzelfsprekend daarvoor beschikbaar.

Bijlage 2: Scholingsplan Verpleegkundig specialisten

Achtergrond en aanleiding

De ambulancehulpverlener wordt op dit moment getoetst met behulp van een landelijk assessment en een regionaal assessment. Tevens zijn er jaarlijks terugkerende trainingdagen voor de ambulancehulpverlener. De reden hiervoor is, dat deze niet zelfstandig bevoegd is als beroepsbeoefenaar. Voor zijn werkzaamheden wordt er een bekwaamheidsverklaring afgegeven door het medisch stafbureau (MSB) (V&VN, 2017). Dit pakket van eisen is vastgelegd in 'het fundament voor bekwaamheidsbeleid ambulanceverpleegkundige' (Ambulancezorg Nederland, 2015).

In tegenstelling tot de ambulancehulpverlener heeft de verpleegkundig specialist (VS) wel een zelfstandige bevoegdheid. Zij hebben hierin hun individuele verantwoordelijkheid om de bekwaamheid op peil te houden. Om dit professionele niveau te objectiveren en te verantwoorden wordt er een assessment en een scholingsplan vormgegeven (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, 2017). Dit wordt tevens vanuit Ambulancezorg Nederland (AZN), Nederlandse vereniging van medisch managers ambulancezorg (NVMMA) en V&VN aanbevolen (Ambulancezorg Nederland, 2015). Het assessment van de ambulancehulpverlener is niet geschikt om het werk- en denkniveau van de VS te toetsen. Daarom is het van belang om ook bij de VS dit proces uniform, objectief en meetbaar te maken op het werk- en denkniveau van de VS.

Afbakening

Dit opleidingsplan is specifiek gericht op de verpleegkundig specialist ambulancezorg en op de specifieke werkzaamheden van de VS binnen de RAV Brabant Midden-West-Noord vanaf 1 januari 2019.

Planning opleidingsplan

Het medisch stafbureau zorgt voor een planning van de opleidingen, het ontwikkelen en uitvoeren van de assessments in samenspraak met het roosterplanbureau en afdeling opleidingen.

Onderdelen opleidingsplan

Assessment en 360 graden feedback

Bij het assessment ligt de nadruk van toetsing op het klinisch redeneren, de inhoudelijke kennis, vaardigheden en de skills rondom Crew Resource Management. Met behulp van realistische simulatie wordt het natuurlijk gedrag en het relevante gedrag van de verpleegkundig specialist zichtbaar. Hiernaast wordt ook een kennistoets afgenomen waarbij het minimaal aanwezige kennisniveau wordt getoetst. Met de 360 graden feedback wordt aan de hand van de CanMeds-rollen de kwaliteit en de ontwikkelpunten van de verpleegkundig specialist in beeld gebracht. Er wordt aan de collega verpleegkundig specialisten, MMA's en enkele ambulancehulpverleners waarmee een samenwerking op straat heeft plaatsgevonden gevraagd naar feedback. Het assessment, de kennistoets en de 360 graden feedback worden elke twee jaar afgenomen.

Externe stagedagen en meerijden van de MMA

De verpleegkundig specialist zal tijdens zijn werkzaamheden 'op straat' minimaal 1x per jaar begeleid worden door een MMA. Tijdens deze dag wordt inhoudelijk ingegaan op het klinisch redeneren en de medische handelingen. Er wordt beoordeeld waar tijdens twee externe stagedagen de focus komt te liggen. Deze twee externe stagedagen zijn zelfstandig in te delen en te organiseren door de verpleegkundig specialist. Mogelijkheden zijn onder andere een stage medische vaardigheden op de SEH, anesthesie, echografie of PSA bij cardioversie.

Minimaal vereiste opleidingen

Om het takenpakket van de verpleegkundig specialist optimaal uit te voeren is het van belang dat de verpleegkundig specialist geschoold blijft op het gebied van de advanced life support, traumazorg, pre-hospitale pediatrie acute zorg, hechten en fractuurbehandeling. Op dit moment zijn onderstaande opleidingen een goede keuze. Deze opleidingen zullen om de enkele jaren herhaald worden om het gewenste niveau te behouden. Aankomende jaren kan naar aanleiding van nieuwe inzichten zo nodig een andere keuze gemaakt worden voor een minimaal vereiste opleiding.

- Advanced Life Support (ALS)
- Anaesthesia, Trauma and Critical Care (ATACC)

- Pre Hospital Paediatric Life Support (PHPLS)
- basiscursus operatieve technieken
- gesloten fractuurbehandeling

Keuzemogelijkheid opleidingen/symposia

Naast de minimaal vereiste opleidingen maakt de verpleegkundig specialist een analyse waar de leerdoelen het aankomende jaar liggen. Op basis hiervan heeft de verpleegkundig specialist de beschikking over een opleidingsbudget wat gebruikt wordt voor de kosten rondom opleidingen en symposia. Deze keuze moet een directe relatie hebben met het werkgebied van de verpleegkundig specialist binnen de RAV Brabant Midden-West-Noord wat betreft de taken op straat en/of het takenpakket binnen het medisch stafbureau. Bij twijfel over een directe relatie met het werkgebied vindt vooraf validatie plaats door de manager Zorg.

Financieel kader opleidingsbudget

Het opleidingsbudget voor de keuzemogelijkheid opleidingen/symposia is vastgesteld op € 3.000,- per jaar. Dit bedrag is conform de overige beroepsgroepen met een zelfstandige bevoegdheid en zelfstandige BIG-registratie binnen de gezondheidszorg.

De te volgen scholingsrichtingen zijn onder andere gericht op acute geneeskunde, huisartsgeneeskunde en hierbij horende relevante symposia/congressen. Ook bijvoorbeeld communicatie- en managementgerelateerde opleidingen vallen binnen dit kader. Het budget wat over is mag mee naar volgend jaar mits hier een valide onderbouwing voor is, anders vervalt het opleidingsbudget aan het einde van het financiële jaar.

Dit budget staat apart van de minimale opleidingseisen. De minimale opleidingseisen zijn gedekt door de kosten die voor de ambulanceverpleegkundige ook van toepassing zijn (de reguliere regionale scholingsdagen) om werkzaam te zijn binnen de RAV.