KWALITEITSKADER INZET PHYSICIAN ASSISTANT EN VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IN DE AMBULANCEZORG

AMBULANCEZORG NEDERLAND

TLP:WHITE

Ambulancezorg Nederland in samenwerking met:

NVMMA
Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg

V&VN Ambulancezorg

Nederlandse Associatie Physician Assistants NAPA

KWALITEITSKADER INZET PHYSICIAN ASSISTANT EN VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IN DE AMBULANCEZORG

Versie 1.0, juni 2026

© 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.

MANAGEMENTSAMENVATTING

1. Inleiding

De ambulancezorg staat voor de opgave om ook in een veranderende zorgcontext passende, toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg te blijven bieden. Ontwikkelingen zoals een toenemende en veranderende zorgvraag, complexere patiëntproblematiek en druk op de capaciteit vragen om verdere zorgdifferentiatie. Daarbij is het uitgangspunt dat zorg zo veel mogelijk aansluit bij de aard en complexiteit van de zorgvraag en dat beschikbare expertise doelmatig wordt ingezet.

Tegen deze achtergrond is dit kwaliteitskader opgesteld voor de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist binnen de ambulancezorg. Beide beroepsgroepen beschikken over een masteropleiding, brede medische en verpleegkundige expertise en zijn bevoegd om binnen hun deskundigheidsgebied zelfstandig klinische beslissingen te nemen. Hun inzet is aanvullend op de bestaande ambulancezorgprofessionals en is nadrukkelijk niet bedoeld als vervanging van ambulanceverpleegkundigen, medisch hulpverleners acute zorg of meldkamercentralisten. Door de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist wordt het totale zorgteam versterkt en kan de beschikbare expertise beter worden benut.

De ervaringen uit de landelijke pilot laten zien dat de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist bijdraagt aan passende zorg, versterking van de klinische besluitvorming, betere afstemming met ketenpartners, continuïteit van zorg en een doelmatige inzet van expertise binnen het ambulancezorgproces. Dit kwaliteitskader vertaalt deze ervaringen naar landelijke randvoorwaarden voor een verantwoorde, herkenbare en duurzame inzet binnen alle regionale ambulancevoorzieningen.

2. Wettelijk kader

Het kwaliteitskader sluit aan bij de bestaande wet- en regelgeving die van toepassing is op de ambulancezorg.
De Wet ambulancezorgvoorzieningen, de Wet BIG, de Wkkgz en de WGBO vormen gezamenlijk het juridisch fundament waarbinnen ambulancezorgprofessionals hun werkzaamheden uitvoeren.

De physician assistant en verpleegkundig specialist zijn in de Regeling ambulancezorgvoorzieningen aangewezen als ambulancezorgprofessionals voor zowel spoedeisende als niet-spoedeisende ambulancezorg. Beide beroepsgroepen beschikken over een zelfstandige bevoegdheid voor het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen binnen de grenzen van hun deskundigheidsgebied en individuele bekwaamheid. Dit kwaliteitskader geeft richting aan de wijze waarop deze wettelijke mogelijkheden binnen de ambulancezorg op een uniforme, veilige en toetsbare wijze worden toegepast.

3. Positionering

De meerwaarde van de physician assistant en verpleegkundig specialist ligt in hun inzet binnen zowel de directe als de indirecte patiëntenzorg. Door hun brede medische en verpleegkundige expertise kunnen zij een zelfstandige bijdrage leveren aan complexe zorgvragen, terwijl zij tegelijkertijd een verbindende rol vervullen tussen de dagelijkse patiëntenzorg, het medisch management en de regionale zorgketen.

Directe patiëntenzorg

Binnen de directe patiëntenzorg zetten de physician assistant en verpleegkundig specialist hun aanvullende diagnostische en therapeutische mogelijkheden in om de zorg beter af te stemmen op de individuele patiënt. Zo kunnen zij bijvoorbeeld op de meldkamer bijdragen aan verlengde triage en een beter onderbouwde keuze voor passende vervolgzorg. Ook kunnen zij tijdens de ambulancezorgverlening ter plaatse, op basis van een brede medische afweging, besluiten dat behandeling ter plaatse mogelijk is of gericht verwijzen naar de meest passende vervolgzorg. Daarmee dragen zij bij aan kwalitatief hoogwaardige zorg, passende zorg en een doelmatige inzet van beschikbare capaciteit.

Indirecte patiëntenzorg

Naast hun inzet in de directe patiëntenzorg leveren de physician assistant en verpleegkundig specialist een belangrijke bijdrage aan de verdere ontwikkeling van de ambulancezorg. Zij verbinden praktijkervaring met medisch beleid, kwaliteitsverbetering, innovatie, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en samenwerking met ketenpartners. Daarmee dragen zij bij aan de verdere professionalisering en doorontwikkeling van de ambulancezorg.

Het kwaliteitskader beveelt aan om directe en indirecte patiëntenzorg zoveel mogelijk te combineren. Hierdoor wordt de expertise van de physician assistant en verpleegkundig specialist optimaal benut en ontstaat een directe verbinding tussen patiëntenzorg, kwaliteitsontwikkeling en innovatie.

4. Deskundigheid en bekwaamheid

Het kwaliteitskader beschrijft uniforme landelijke uitgangspunten voor de deskundigheid en bekwaamheid van physician assistants en verpleegkundig specialisten binnen de ambulancezorg.

Beide beroepsgroepen functioneren op masterniveau en beschikken over een wettelijk erkend deskundigheidsgebied. Om binnen de ambulancezorg te kunnen werken, moeten zij aantoonbaar beschikken over de kennis, vaardigheden en competenties die specifiek zijn voor de prehospitale acute zorg. Afhankelijk van de instroomroute kan hiervoor een maatwerktraject worden ingericht, waarbij eerder verworven competenties worden meegewogen.

Bekwaamheid is geen eenmalig gegeven, maar vraagt om structureel onderhoud, toetsing en professionele ontwikkeling.
Daarom beschrijft het kwaliteitskader landelijke uitgangspunten voor bekwaam worden, bekwaam blijven en het aantoonbaar maken van bekwaamheid. Daarnaast wordt toegewerkt naar een landelijke set Entrustable Professional Activities (EPA's), waarmee opleiding, begeleiding en beoordeling binnen de ambulancezorg verder kunnen worden geharmoniseerd.
Hiermee ontstaat een herkenbare en toetsbare basis voor een kwalitatief hoogwaardige inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten binnen alle regionale ambulancevoorzieningen.

5. Implementatie en monitoring

Het kwaliteitskader biedt landelijke uitgangspunten voor een uniforme implementatie, met tegelijkertijd ruimte voor regionale invulling. Iedere regionale ambulancevoorziening kan de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist afstemmen op de eigen organisatie, regionale zorgstructuur en samenwerking met ketenpartners, mits dit plaatsvindt binnen de uitgangspunten van het kwaliteitskader.

Succesvolle implementatie vraagt om een duidelijke positionering van de functies, passende organisatorische randvoorwaarden, goede samenwerkingsafspraken, zorgvuldig bekwaamheidsbeleid en voldoende bestuurlijk draagvlak. Daarnaast is landelijke samenwerking van belang voor de verdere ontwikkeling van opleidingsvoorzieningen, landelijke EPA's, kennisdeling en uniforme kwaliteitsborging.

Monitoring vormt een essentieel onderdeel van het kwaliteitskader. Door systematisch gegevens te verzamelen over kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid, passende zorg en de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist wordt inzicht verkregen in de bijdrage van deze functies aan de ambulancezorg. Deze informatie ondersteunt niet alleen de verdere doorontwikkeling van de functies, maar biedt ook een belangrijke basis voor verantwoording aan bestuurders, zorgverzekeraars en andere stakeholders.

Het kwaliteitskader is nadrukkelijk bedoeld als een lerend kwaliteitsinstrument. De resultaten van monitoring en evaluatie worden gebruikt om het kader periodiek te actualiseren, zodat het blijft aansluiten bij ontwikkelingen in de ambulancezorg en de veranderende zorgvraag. Daarmee vormt het kwaliteitskader een gezamenlijke, toekomstbestendige basis voor de verdere ontwikkeling van zorgdifferentiatie binnen de Nederlandse ambulancezorg.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding **7**
1.1 Sectorale pilot 7
1.2 Totstandkoming 8
1.3 Betekenis en reikwijdte 8

2. Wettelijk kader **10**
2.1 Wet ambulancezorgvoorzieningen 10
2.2 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg 11
2.3 Wet beroepen individuele gezondheidszorg 11
2.4 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst 14

3. Positionering **15**
3.1 Inzet physician assistant en verpleegkundig specialist in de directe patiëntenzorg 15
3.2 Inzet physician assistant en verpleegkundig specialist in de indirecte patiëntenzorg 16
3.3 Combinatie directe en indirecte patiëntenzorg 17

4. Deskundigheid en bekwaamheid **19**
4.1 Deskundigheid van de physician assistant en verpleegkundig specialist Ambulancezorg 19
4.2 Bekwaam worden als physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg 20
4.3 Bekwaam blijven en professionele ontwikkeling als physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg 23
4.4 Bekwaamheid aantonen als physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg 23
4.5 Herregistratie Wet BIG en formele bekwaamheid van de physician assistant en verpleegkundig specialist Ambulancezorg 24

5. Implementatie en monitoring **26**
5.1 Randvoorwaarden voor landelijke implementatie 26
5.2 Randvoorwaarden voor implementatie door de RAV 27
5.3 Monitoring en evaluatie 29

Bijlage 1
Formulier voor samenwerkingsafspraken 30

Bijlage 2
EPA - Voorbeeld 34

1. INLEIDING

De ambulancezorg staat voor de opgave om in een veranderende zorgcontext passende, toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg te blijven bieden. Ontwikkelingen zoals een toenemende en veranderende zorgvraag, complexere patiëntproblematiek en druk op capaciteit vragen om verdere zorgdifferentiatie en een doelmatige inzet van beschikbare expertise. Binnen deze context wordt verkend hoe zorgprofessionals met verschillende achtergronden en bevoegdheden optimaal kunnen bijdragen aan goede ambulancezorg, waarbij het uitgangspunt is dat zorg zo veel mogelijk aansluit bij de aard en complexiteit van de zorgvraag.

Tegen deze achtergrond is binnen de ambulancezorg gekeken naar de inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Beide beroepsgroepen beschikken over een brede medische en/of verpleegkundige deskundigheid en zijn opgeleid om zelfstandig klinisch te redeneren en te handelen binnen vastgestelde kaders. Hun inzet biedt mogelijkheden om de zorg anders te organiseren en beter af te stemmen op de diversiteit en complexiteit van zorgvragen waarmee de ambulancezorg wordt geconfronteerd. Dit heeft geleid tot een visiedocument over de inzet van deze beroepsgroepen binnen de ambulancezorg[1].

De inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist in de ambulancezorg vindt plaats in het kader van taakherschikking binnen het medische domein, waarbij taken en verantwoordelijkheden van de arts, binnen de geldende wettelijke kaders, anders zijn belegd. Deze inzet is nadrukkelijk aanvullend op bestaande ambulancezorgprofessionals en is niet gericht op het vervangen of overnemen van taken van andere functies, zoals ambulanceverpleegkundigen, medisch hulpverleners acute zorg of meldkamercentralisten. De physician assistant en verpleegkundig specialist leveren juist een bijdrage aan het versterken van het totale zorgteam, waarbij ieder handelt vanuit het eigen deskundigheidsgebied en verantwoordelijkheden.

1.1 Sectorale pilot

De inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist is verkend binnen een landelijke sectorale pilot in de periode 2021–2023[2/3]. Deze pilot had tot doel om in de praktijk inzicht te verkrijgen in de mogelijkheden en voorwaarden voor de inzet van deze functies binnen de ambulancezorg.

Binnen de pilot is ervaring opgedaan met de positionering van de physician assistant en de verpleegkundig specialist binnen het ambulancezorgproces, de samenwerking binnen multidisciplinaire teams en de afstemming met het medisch management ambulancezorg. De ervaringen laten zien dat de inzet van deze professionals bijdraagt aan het leveren van passende zorg bij zowel spoedeisende als niet-spoedeisende zorgvragen. De meerwaarde komt onder andere tot uitdrukking in het versterken van klinische besluitvorming, het beter benutten van diagnostische en therapeutische mogelijkheden, het integraal benaderen van zorgvragen en het verbeteren van de afstemming met ketenpartners. Daarnaast werd zichtbaar dat de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist kan bijdragen aan continuïteit van zorg en een doelmatige inzet van expertise binnen het ambulancezorgproces.

Tegelijkertijd maakte de pilot duidelijk dat een effectieve inzet vraagt om heldere kaders voor rollen, verantwoordelijkheden, bevoegdheid en bekwaamheid, evenals om een zorgvuldige inbedding in bestaande werkprocessen. Ook werd zichtbaar dat verschillen tussen regionale ambulancevoorzieningen vragen om ruimte voor contextspecifieke invulling, terwijl een gezamenlijke basis nodig is om eenduidigheid, herkenbaarheid en kwaliteit te borgen.

1. Visiedocument Masters in de ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland, december 2018.
2. Sectoraal kader pilot physician assistant en verpleegkundig specialist ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland, oktober 2020.
3. Rapportage evaluatie pilots physician assistant en verpleegkundig specialist ambulancezorg, HAN: Lectoraat acute intensieve zorg, augustus 2025.

De inzichten en ervaringen uit de sectorale pilot vormen de inhoudelijke basis voor het voorliggende kwaliteitskader. Het kader vertaalt deze ervaringen naar sectorale randvoorwaarden die richting geven aan een verantwoorde, duurzame en toetsbare inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist binnen de ambulancezorg.

1.2 Totstandkoming

In opdracht van de adviescommissie zorgzaken van AZN is een werkgroep samengesteld met als doel een kwaliteitskader op te stellen voor de inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist binnen de ambulancezorg. Dit kader beschrijft de sectorale randvoorwaarden voor een verantwoorde inzet van deze beroepsgroepen, evenals de wijze waarop deze inzet eenduidig geïmplementeerd, gemonitord en geëvalueerd kan worden.

De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van de vakgroep Verpleegkundig Specialisten van V&VN Ambulancezorg, de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA), de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) en bureau AZN.

Voor het opstellen van het kwaliteitskader is gebruikgemaakt van de eerder opgestelde sectorale documenten, het eindrapport van het evaluatie-onderzoek, en relevante documenten van de beroepsverenigingen. Aanvullend is bij de start een inventarisatie uitgevoerd onder alle RAV's naar de stand van zaken rondom de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist binnen de RAV's[4]. Tot slot is voor het hoofdstuk juridisch kader en de uitwerking daarvan in hoofdstuk 4 juridisch advies ingewonnen.

In november 2025 is een eerste concept van het kwaliteitskader voorgelegd aan de adviescommissie zorgzaken. Een tweede versie is in maart 2026 voorgelegd aan de betrokken beroepsverenigingen en de adviescommissie zorgzaken. Het definitieve concept is in mei 2026 ter instemming voorgelegd aan V&VN Ambulancezorg, NAPA en NVMMA. In juni 2026 is het kwaliteitskader bestuurlijk vastgesteld door de leden van AZN.

1.3 Betekenis en reikwijdte

Dit kwaliteitskader beschrijft de randvoorwaarden en handvatten voor een verantwoorde, effectieve en toetsbare inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist binnen de ambulancezorg. Het richt zich op de inzet van deze professionals in aanvulling op de bestaande ambulancezorg, bij zowel hoogcomplexe, spoedeisende als niet-spoedeisende zorgvragen.

Het kwaliteitskader heeft een richtinggevend karakter en is bedoeld als handvat voor regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) bij de implementatie en borging van de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist. Indien een RAV ervoor kiest om deze functies in te zetten, wordt verwacht dat dit gebeurt binnen de kaders en uitgangspunten van dit document. Daarbij is ruimte voor regionale invulling, afhankelijk van de context van de organisatie, de inrichting van het zorgproces, het gehanteerde triagesysteem en de samenwerking met ketenpartners.

Voor RAV's waar de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist reeds is ingericht, geldt dat dit kwaliteitskader richting geeft aan verdere doorontwikkeling en borging. Bestaande praktijkvariatie blijft mogelijk, mits deze aansluit bij de uitgangspunten van dit kader en bijdraagt aan kwalitatief goede en verantwoorde zorg.

De implementatie van deze functies vraagt om zorgvuldige afstemming op het bestaande zorgproces, een duidelijke positionering binnen het team en effectieve samenwerking met ketenpartners. Het kwaliteitskader ondersteunt RAV's daarbij door het bieden van inhoudelijke en organisatorische randvoorwaarden en handvatten.

Monitoring en evaluatie vormen een essentieel onderdeel van de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist. Deze zijn gericht op het inzichtelijk maken van de bijdrage aan kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid, doelmatigheid en het realiseren van passende zorg, evenals op het ondersteunen van verdere beleidsontwikkeling en verantwoording richting stakeholders. De concrete uitwerking van monitoring en evaluatie wordt na vaststelling van het kwaliteitskader nader ontwikkeld, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande registraties en initiatieven binnen de sector.

Dit kwaliteitskader is nadrukkelijk geen statisch document. De inhoud wordt periodiek geëvalueerd en kan op basis van praktijkervaringen, uitkomsten van monitoring

4. Inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten binnen de ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland, 2025.

en ontwikkelingen binnen de ambulancezorg worden doorontwikkeld. Het kader draagt daarmee bij aan een lerende praktijk en aan een gezamenlijke, toekomstbestendige basis voor de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist binnen de ambulancezorg.

2. WETTELIJK KADER

De voor ambulancezorg relevante wetgeving is ook van belang voor de inzet van ambulancezorgprofessionals. Dit hoofdstuk geeft een korte beschrijving van de belangrijkste wetten die van toepassing zijn op de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist. Hiermee wordt duidelijk op welke wijze het wettelijk kader richting geeft aan de professionele standaard zoals opgenomen in dit kwaliteitskader, in het bijzonder waar het gaat om de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist bij zorgdifferentiatie in de spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorg. Voor een volledig overzicht van relevante wet- en regelgeving wordt verwezen naar de Nota goede ambulancezorg[5].

2.1 Wet ambulancezorgvoorzieningen

De Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) waarborgt sinds 2021 de continuïteit en kwaliteit van de ambulancezorg in Nederland. Doel van deze wet en de bijbehorende regeling is het borgen van goede, doelmatige en toegankelijke ambulancezorg. Per veiligheidsregio is één regionale ambulancevoorziening (RAV) aangewezen die als enige zorgaanbieder ambulancezorg in de regio mag uitvoeren. De RAV is verantwoordelijk voor zowel de uitvoering van de meldkamerfunctie als voor het verlenen van zorg door ambulancezorgprofessionals.

Bij ambulancezorgverlening is sprake van beroepsmatige zorg door bevoegde en bekwame ambulancezorgprofessionals die handelen volgens de wettelijke kaders en de professionele standaard, onder verantwoordelijkheid van de medisch eindverantwoordelijke van de RAV en in opdracht van de RAV. In de ministeriële Regeling ambulancezorgvoorzieningen, die uitwerking geeft aan de Wazv, zijn hiervoor verschillende categorieën ambulancezorgprofessionals aangewezen, waaronder de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Beide beroepsgroepen zijn als ambulancezorgprofessional aangewezen voor het verlenen van zowel spoedeisende als niet-spoedeisende ambulancezorg. Aan hun inzet zijn specifieke opleidings- en deskundigheidseisen verbonden die bepalend zijn voor de aard en reikwijdte van hun werkzaamheden binnen de ambulancezorg.
De regeling maakt het daarnaast mogelijk om verdere zorgdifferentiatie toe te passen, waarbij het zorgaanbod wordt afgestemd op de complexiteit van de zorgvraag en op specifieke patiëntgroepen. Een landelijk kwaliteitskader, zoals het voorliggende kader, beschrijft welke inzet per ambulancezorgprofessional passend is bij verschillende niveaus van urgentie en zorginhoud. Op die manier wordt geborgd wat onder goede ambulancezorg verstaan wordt.

Met het oog op de kwaliteit van de ambulancezorg dient de medische eindverantwoordelijkheid voor de ambulancezorg te berusten bij een BIG-geregistreerde arts die verbonden is aan de RAV. Deze verantwoordelijkheid heeft betrekking op het medisch beleid, het vaststellen van de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals, de (medische) inhoud van de scholing en het wetenschappelijk onderzoek. Hoewel de arts formeel verantwoordelijk is, sluit dit niet uit dat ook

Evaluatie Wet ambulancezorgvoorzieningen
Tijdens de totstandkoming van dit kwaliteitskader heeft de evaluatie van de Wazv en de bijbehorende ministeriële regeling plaatsgevonden. Naar aanleiding hiervan heeft de minister van VWS een beleidsreactie uitgebracht, waarin is aangegeven dat de aanbevelingen uit de evaluatie de komende periode verder worden uitgewerkt en waar nodig worden vertaald naar aanpassingen in wet- en regelgeving.
Dit kwaliteitskader is opgesteld op basis van de wet- en regelgeving die geldt op het moment van vaststelling. Mocht de verdere uitwerking van de beleidsreactie of toekomstige wijzigingen in wet- en regelgeving aanleiding geven om het kwaliteitskader aan te passen, dan zal het kader hierop worden geactualiseerd.

5. Nota Goede ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland, 2025.

andere beroepsbeoefenaren zoals de physician assistant en verpleegkundig specialist een rol kunnen spelen in het medisch management van de RAV[6].

2.2 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

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

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

De professionele standaard vormt het uitgangspunt voor wat in een specifieke situatie als goede, veilige en verantwoorde zorg wordt beschouwd. Deze standaard bestaat uit een breed scala aan documenten en bronnen, waaronder wetenschappelijke richtlijnen, protocollen, beroepscodes, wetten, jurisprudentie van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. Gezamenlijk vormen deze documenten de gedeelde normen en waarden binnen een beroepsgroep.

Zorgaanbieders hebben onder de Wkkgz de verantwoordelijkheid de zorg zo te organiseren dat aan deze normen voor goede zorg kan worden voldaan. Dit betekent onder meer dat zij moeten zorgen voor voldoende en deskundig personeel, duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, en goede afstemming en samenwerking binnen het zorgteam. Ook moeten er voldoende materiële middelen beschikbaar zijn en dienen zorgaanbieders te beschikken over een intern kwaliteitszorgsysteem waarmee zij systematisch werken aan verbetering van de zorgverlening. Daarnaast zijn zij verplicht om een laagdrempelige en zorgvuldige procedure voor klachten- en geschillenbehandeling in te richten, zodat cliënten en hun naasten terechtkunnen met signalen over de kwaliteit van zorg.

6. Motie van de leden Ellemeet en Veldman over de rol voor de verpleegkundig specialist in het medisch management van de regionale ambulancezorgvoorzieningen, 24 juni 2020.

2.3 Wet beroepen individuele gezondheidszorg

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

De vrijheid in het handelen in de individuele gezondheidszorg geldt echter niet voor alle handelingen. Er zijn handelingen die de wetgever zo risicovol vindt, dat hij de uitvoering daarvan voorbehoudt aan een aantal beroepsgroepen: de voorbehouden handelingen (art. 36 Wet BIG). De wet onderscheidt beroepsbeoefenaren die zelfstandig bevoegd zijn om voorbehouden handelingen uit te voeren (zoals artsen, physician assistants, verpleegkundig specialisten) en beroepsbeoefenaren die dit niet zijn (zoals verpleegkundigen, medisch hulpverleners acute zorg, verzorgenden IG).

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

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

Zelfstandige bevoegdheid

Physician assistant

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

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

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

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

Onder voorbehouden handelingen van beperkte complexiteit wordt in het kader van het deskundigheidsgebied van de physician assistant verstaan: handelingen die plaatsvinden binnen herkenbare, veelvoorkomende klinische situaties binnen het deelgebied van de geneeskunst waarin de physician assistant is opgeleid. Deze handelingen kenmerken zich door een voorspelbaar beloop en effect, kennen weinig variatie of uitzonderingssituaties, en vereisen geen specialistische of multidisciplinaire afwegingen.

Een voorspelbaar verloop houdt in dat het klinisch beloop, inclusief eventuele complicaties, in hoge mate te voorzien is. De physician assistant kan deze inschatting verantwoord maken op basis van diens professionele standaard, opleiding én opgebouwde werkervaring binnen het betreffende deelgebied. Werkervaring stelt de physician assistant in staat om tijdig klinische signalen te duiden en gepaste beslissingen te nemen binnen routinematige zorgprocessen. De professionele houding waarborgt dat steeds zorgvuldig wordt overwogen of een handeling zelfstandig en verantwoord kan worden uitgevoerd, en dat bij twijfel of afwijking tijdig wordt afgestemd met collega's of opgeschaald.

Voor deze handelingen bestaan landelijke richtlijnen, standaarden en protocollen, en de risico's die ermee gepaard gaan zijn te overzien en beheersbaar. De invulling van beperkte complexiteit is daarmee contextafhankelijk en afgestemd op de individuele bekwaamheid, professionele standaard en werkervaring van de physician assistant.

Binnen de genoemde beperkte complexiteit heeft de physician assistant een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van de volgende voorbehouden handelingen:

- heelkundige handelingen;
- endoscopieën;
- catheterisaties;
- injecties;
- puncties;
- electieve cardioversie;
- het toepassen van defibrillatie;
- het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

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

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

Verpleegkundig specialist

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

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

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

Met beperkte complexiteit wordt in dit kader bedoeld: voorbehouden handelingen met een voorspelbaar verloop, waarvan de risico's overzichtelijk zijn, en die helder zijn vastgelegd in richtlijnen of protocollen. Dergelijke handelingen zijn reproduceerbaar en worden routinematig uitgevoerd binnen het deskundigheidsgebied van de verpleegkundig specialist. Er is geen sprake van een uitzonderlijk hoog risico of een specialistisch afwegingskader dat buiten de reikwijdte van het specialisme valt.

Het voorspelbaar verloop van een handeling houdt in dat de uitkomst en mogelijke complicaties in hoge mate te voorzien zijn op basis van de klinische situatie. De mate waarin een verpleegkundig specialist deze inschatting verantwoord kan maken, hangt mede af van diens werkervaring en professionele oordeelsvorming. Ervaring stelt de verpleegkundig specialist beter in staat om patronen te herkennen, risico's tijdig te signaleren en af te wijken van standaardroutes als dat nodig is. Professionaliteit waarborgt dat steeds opnieuw kritisch wordt afgewogen of de handeling past binnen het eigen deskundigheidsgebied, en of bij afwijkingen tijdig wordt opgeschaald of overlegd met andere disciplines.

De invulling van beperkte complexiteit is daarmee contextafhankelijk en gebaseerd op de professionele standaard, werkervaring en de inhoudelijke kaders van het specialisme van de verpleegkundig specialist.

Binnen deze grenzen heeft de verpleegkundig specialist een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van de volgende voorbehouden handelingen:
- heelkundige handelingen;
- endoscopieën;
- catheterisaties;
- injecties;
- puncties;
- electieve cardioversie;
- het toepassen van defibrillatie;
- het voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

Vaststelling van specifieke zelfstandig uit te voeren voorbehouden handelingen

Het is niet mogelijk om juridisch vast te leggen welke specifieke voorbehouden handelingen physician assistants en verpleegkundig specialisten zelfstandig mogen uitvoeren. Dit hangt samen met het karakter van de wettelijke criteria, die bewust open zijn geformuleerd en ruimte laten voor zorginhoudelijke duiding. De beoordeling of een physician assistant of verpleegkundig specialist een bepaalde voorbehouden handeling mag uitvoeren is afhankelijk van factoren zoals de complexiteit van de handeling, het routinematige karakter, de overzienbaarheid van risico's en de context waarin de handeling wordt uitgevoerd. Daarnaast is de individuele bekwaamheid en ervaring van de zorgprofessional bepalend.

Omdat deze factoren per situatie en per zorgprofessional verschillen, ligt de beoordeling bij het zorgveld zelf, waar professionele standaarden, inhoudelijke afwegingen en praktijkervaring richtinggevend zijn voor de vraag welke handelingen zelfstandig en verantwoord kunnen worden uitgevoerd. In dat kader is het van belang dat physician assistants en verpleegkundig specialisten in overleg met hun organisatie en de MMA afspraken maken over de reikwijdte van hun zelfstandig uit te voeren voorbehouden handelingen. Deze afspraken dienen aan te sluiten bij de geldende wettelijke kaders en bij de individuele bekwaamheid van de betrokken zorgprofessional.

Tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid

De MMA en de physician assistant of verpleegkundig specialist dragen ieder een eigen tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid. Iedere zorgprofessional kan binnen het eigen deskundigheidsgebied en binnen de eigen rol worden aangesproken op het professionele handelen.

De MMA is primair verantwoordelijk voor het vaststellen van het medisch beleid, de organisatie van de zorg en het creëren en borgen van randvoorwaarden waarbinnen ambulancezorgprofessionals veilige en verantwoorde zorg kunnen verlenen. Daaronder valt onder meer het vaststellen van kaders voor bevoegdheid en bekwaamheid en het toezicht op de naleving daarvan binnen de RAV.

De MMA is niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk voor het individuele professionele handelen van physician assistants en verpleegkundig specialisten, noch voor dat van niet-zelfstandig bevoegde zorgprofessionals, indien sprake is van zorgvuldig vastgesteld, actueel en zorginhoudelijk toereikend beleid én de organisatie zich ervan heeft vergewist dat de betrokken professionals bekwaam zijn om hun werkzaamheden uit te voeren. In die situatie ligt de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het concrete handelen bij de individuele zorgprofessional zelf, ook wanneer deze zelfstandig beslissingen neemt of het geldende beleid in een specifiek geval onjuist toepast.

De tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van de MMA kan aan de orde zijn indien het medisch beleid of de organisatorische randvoorwaarden onvoldoende zijn ingericht of onderhouden, waardoor veilige en verantwoorde zorg niet kan worden geborgd. Dit kan ook het geval zijn wanneer zorgprofessionals handelen conform vastgesteld beleid dat zelf tekortschiet. Binnen dit onderscheid blijft gelden dat physician assistants en verpleegkundig specialisten altijd individueel tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor het professioneel handelen dat zij zelf verrichten.

2.4 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

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

Eén aspect daarvan is de in de wet verankerde verplichting voor de hulpverlener om te voldoen aan en te handelen volgens de professionele standaard, zoals weergegeven in art. 7: 453 BW: “De hulpverlener dient bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wkkgz. Dit betekent dat een hulpverlener de zorg moet bieden die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden verwacht mag worden.

3. POSITIONERING

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze de physician assistant en verpleegkundig specialist kunnen worden ingezet binnen de RAV, zowel in de directe als de indirecte patiëntenzorg. De inzet van deze functies vindt plaats in het kader van taakherschikking binnen het medische domein en dient te worden bezien in samenhang met de inzet van andere ambulancezorgprofessionals.

De physician assistant en verpleegkundig specialist vervullen een aanvullende rol binnen het ambulancezorgproces. Zij treden niet in de plaats van bestaande functies, maar dragen bij aan het versterken van het totale zorgteam, waarbij ieder handelt vanuit het eigen deskundigheidsgebied en verantwoordelijkheden.
De wijze waarop deze functies worden ingezet, is afhankelijk van de context van de RAV, de organisatie van het zorgproces en de samenwerking met ketenpartners.

Binnen de sector wordt de physician assistant en verpleegkundig specialist op verschillende manieren ingezet. Het delen van ervaringen tussen RAV's kan bijdragen aan verdere ontwikkeling, eenduidigheid en herkenbaarheid van deze functies binnen de ambulancezorg.

3.1 Inzet physician assistant en verpleegkundig specialist in de directe patiëntenzorg

Inzet op meldkamer ambulancezorg

De inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist op de meldkamer ambulancezorg (MKA) is één van de mogelijke manieren om invulling te geven aan verlengde triage en het leveren van passende zorg aan het begin van het ambulancezorg-proces. Door hun medische expertise, kennis van het ambulance-zorgproces en inzicht in ketenafspraken kunnen zij bijdragen aan een zorgvuldige en goed onderbouwde triage.
De wijze waarop verlengde triage wordt ingericht, kan regionaal verschillen. Ook andere functionarissen, zoals verpleegkundig meldkamercentralisten, kunnen hierin een rol vervullen.

De inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist moet in dit licht worden gezien als een mogelijke, aanvullende invulling, afhankelijk van de regionale context, het gehanteerde triagesysteem en de organisatie van de meldkamer.

De inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist op de MKA vindt plaats in aanvulling op de rol van de meldkamer-centralist en is gericht op het toevoegen van medisch-inhoude-lijke expertise binnen het triageproces. Deze inzet verandert niet de kernrol en verantwoordelijkheid van de meldkamercentralist, maar kan deze ondersteunen en versterken.

Voorbeelden van inzet op de meldkamer zijn:
- het vervullen van een voorwacht- of consultatiefunctie voor meldkamercentralisten;
- het uitvoeren van verlengde triage;
- het adviseren over en coördineren van passende vervolgzorg, bijvoorbeeld in samenwerking met ketenpartners of binnen een zorgcoördinatiecentrum.

Deze inzet kan leiden tot een beter onderbouwde keuze voor passende zorg, zoals het inzetten van ambulancezorg, het verwijzen naar andere zorgverleners of het geven van zelfzorgadvies. Dit kan zowel leiden tot het afschalen als opschalen van urgenties, afhankelijk van de situatie, of een snellere/directe doorverwijzing naar een specialistisch centrum.

Inzet ambulancezorgverlening ter plaatse

De physician assistant en verpleegkundig specialist leveren in de ambulancezorgverlening ter plaatse een bijdrage door zelfstandige medische besluitvorming, regievoering en het uitvoeren van voorbehouden handelingen binnen het eigen deskundigheidsgebied. Zij benutten daarbij, aanvullend op het Landelijk Protocol Ambulancezorg, relevante specialistische richtlijnen van wetenschappelijke verenigingen, zoals de NHG en NVSHA, en hun bredere diagnostische en therapeutische mogelijkheden.

Deze inzet maakt het mogelijk om zorg beter af te stemmen op de individuele patiënt en situatie en draagt bij aan het realiseren van passende zorg. Voorbeelden hiervan zijn:

- het verlenen van passende zorg ter plaatse, waarbij op basis van een onderbouwde medische afweging kan worden besloten dat vervoer naar het ziekenhuis niet noodzakelijk is, met een passend vervolgbeleid en zo nodig afstemming met een arts;
- het gericht inzetten van vervolgzorg, waarbij de patiënt wordt gestabiliseerd en behandeld, zodat – indien vervoer nodig is – dit doelmatig en passend kan plaatsvinden;
- het gericht triëren en verwijzen naar passende vervolgzorg, waarbij door inzet van aanvullende diagnostiek beter onderbouwde keuzes kunnen worden gemaakt welke vervolgzorg nodig is en naar welk (gespecialiseerd) ziekenhuis de patiënt het best kan worden verwezen;
- het toepassen van aanvullende diagnostische en therapeutische interventies binnen het eigen deskundigheidsgebied.

In het document 'Voorbeelden van zorgpaden' zijn verschillende zorgpaden opgenomen waarin deze inzet nader is uitgewerkt[7].

Voorwacht/piketdienst

De physician assistant en verpleegkundig specialist kunnen worden ingezet als voorwacht, waarbij zij een consulterende en adviserende rol vervullen. In deze rol kunnen zij collega's van zowel de midden- als de hoogcomplexe ambulancezorg ondersteunen bij klinische besluitvorming. Door gebruik te maken van technologische toepassingen, zoals beeldbellen, kan deze ondersteuning verder worden versterkt.
De inzet als voorwacht vindt plaats binnen de bestaande medische verantwoordelijkheidsstructuur, waarbij de MMA fungeert als achterwacht. De physician assistant en verpleegkundig specialist handelen binnen hun eigen deskundigheidsgebied en bevoegdheden en stemmen, waar nodig, af met de achterwacht.

Inzet bij opgeschaalde zorg

De physician assistant en verpleegkundig specialist kunnen binnen opgeschaalde zorg worden ingezet in de medische zorgverlening aan lichtgewonde (T3-)slachtoffers, bijvoorbeeld op opvanglocaties, waarbij zij de medische rol vervullen die traditioneel door een huisarts wordt ingevuld. In deze setting leveren zij zorg, coördineren zij het zorgproces en dragen zij bij aan het organiseren van passende zorg, binnen hun deskundigheidsgebied en in afstemming met andere betrokken zorgprofessionals.

De inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist in deze context vindt plaats binnen de geldende afspraken en structuren voor opgeschaalde zorg, waarbij zij handelen binnen hun eigen deskundigheidsgebied en bevoegdheden en, indien nodig, afstemmen met de MMA of andere aangewezen functionarissen.

3.2 Inzet physician assistant en verpleegkundig specialist in de indirecte patiëntenzorg

Medisch management

De physician assistant en verpleegkundig specialist leveren, vanuit hun expertise, een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling en uitvoering van het medisch beleid binnen de ambulancezorg. Zij fungeren als inhoudelijk aanspreekpunt voor ambulancezorgprofessionals in de rijdienst, op de MKA en voor ketenpartners, binnen verschillende aandachtsgebieden zoals trauma, kindzorg, verloskunde en psychiatrie. De verdeling van deze aandachtsgebieden vindt plaats op basis van specifieke expertise en ervaring.
Binnen deze rol dragen zij bij aan het opstellen, actualiseren en toepassen van zorginhoudelijke kaders, protocollen en werkwijzen, en leveren zij een adviserende bijdrage aan beleidsontwikkeling en kwaliteitsverbetering binnen de RAV en in de keten. Het gaat onder andere om de volgende werkzaamheden:

- adviseren binnen commissies, zoals een materiaalcommissie;
- uitvoeren van deeltaken binnen het bekwaamheidsbeleid van de RAV;
- bijdragen aan de totstandkoming en evaluatie van ketenafspraken en samenwerking met ketenpartners;
- opstellen van en adviseren over regionale protocollen en werkwijzen.

Ketensamenwerking/coördinatie zorgprocessen

Met de kennis en competenties binnen directe ambulancezorg en de afstemming rondom de patiënt met ketenpartners, zijn de physician assistant en verpleegkundig specialist een goede gesprekspartner namens de RAV als het gaat om verbetering van de samenwerking in de keten en het opstellen en optimaliseren

7. Voorbeelden van zorgpaden voor de inzet van physician assistant en verpleegkundig specialist in de ambulancezorgg. Ambulancezorg Nederland, 17 juni 2026.

van zorgpaden voor specifieke patiëntengroepen. Te denken valt onder andere aan:

- op basis van de analyse van de verleende zorg, feedback van patiënten, collega's en ketenpartners kunnen de physician assistant en verpleegkundig specialist verbeterpunten identificeren en inbrengen in ketenoverleg;
- de physician assistant en verpleegkundig specialist nemen deel aan ketenbrede stuurgroepen, regioplannen en ROAZ-bijeenkomsten. Hierbij vertegenwoordigen de physician assistant en verpleegkundig specialist al dan niet samen met de MMA en beleidsfunctionarissen de RAV en dragen bij aan de ontwikkeling en implementatie van verbeterplannen, die aansluiten bij de regionale en landelijke richtlijnen.

Wetenschappelijk onderzoek

De sector werkt hard aan de verdere professionaliseren van de ambulancezorg door middel van wetenschappelijk onderzoek. De physician assistant en verpleegkundig specialist beschikken over onderzoeksvaardigheden én hebben kennis van operationele ambulancezorg. Dit maakt dat de physician assistant en verpleegkundig specialist binnen de RAV en binnen de sector een belangrijke rol kunnen vervullen bij het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. De physician assistant en verpleegkundig specialist vervullen richting de collega-professionals een ambassadeursfunctie in het enthousiasmeren om deel te nemen aan onderzoek. En kunnen anderzijds een inschatting maken van de haalbaarheid van/draagvlak voor studies binnen de RAV door externe/ketenpartners. Te denken valt aan de volgende werkzaamheden:

- opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek door de RAV zelf, samen met andere RAV's of met ketenpartners;
- ondersteunen van HBO-/WO-studenten, PIO's en collega's die in het kader van hun opleiding/studie een onderzoek uitvoeren;
- verzorgen van scholing in onderzoeksvaardigheden/het interpreteren van wetenschappelijke artikelen;
- het schrijven van artikelen/wetenschappelijke publicaties om de resultaten van verricht onderzoek binnen en buiten de sector te delen.

Kwaliteitszorg en innovatie

De physician assistant en verpleegkundig specialist kunnen samen met het medisch management en afdeling kwaliteit van de RAV een belangrijke rol vervullen bij het verbeteren en bewaken van de kwaliteit van de ambulancezorgverlening. En bij het ontwikkelen en implementeren van innovaties.

Voorbeelden van werkzaamheden waar de physician assistant en verpleegkundig specialist een rol in kunnen hebben zijn:

- deelnemen in VIM-commissie;
- incidenten-/calamiteitenonderzoek;
- uitvoeren/analyseren van zorgevaluaties, zowel op individueel- als organisatieniveau;
- verzamelen en analyseren van feedbackinformatie (bijv. vanuit de rijdienst op ingezette urgenties, feedbackbericht SEH op werkdiagnose) en inzetten van verbeteracties;
- analyseren van de resultaten van signalen uit het kwaliteitskader ambulancezorg en waar nodig verbetervoorstellen doen;
- implementeren en evalueren van nieuwe protocollen en zorginnovaties (o.a. technologie, diagnostiek).

Onderwijs/Leren & Ontwikkelen

Op basis van alle inzichten uit zowel de directe als indirecte patiëntenzorg kunnen de physician assistant en verpleegkundig specialist een belangrijke rol vervullen bij onderwijs/leren en ontwikkelen. Voorbeelden:

- het verzorgen van scholingen en trainingen;
- adviseren van de afdeling L&O op basis van inhoudelijke expertise (subject matter expert);
- vanuit de consultatierol/voorwachtfunctie hebben de physician assistant en verpleegkundig specialist inzicht in leerbehoeften van collega's en kan zo een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van individuele professionals, teams of de RAV.

Bovenregionale en landelijke ontwikkelingen

Vanuit de brede expertise en de brugfunctie tussen het primaire proces en (medisch) management kunnen de physician assistant en verpleegkundig specialist op de hierboven genoemde thema's een belangrijke rol vervullen bij bovenregionale en landelijke ontwikkelingen. Te denken valt aan:

- deelname aan sectorale commissies, zoals de protocollencommissie, wetenschapscommissie, onderzoeksnetwerken;
- deelname aan sectorale project- en werkgroepen, zoals de werkgroep Kwaliteitskader physician assistant en verpleegkundig specialist, kwaliteitskader ambulancezorg;
- deelname aan vakgroepen of bestuur van de beroepsverenigingen.

3.3 Combinatie directe en indirecte patiëntenzorg

De meerwaarde van de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist komt zowel binnen de directe als de indirecte patiëntenzorg tot uitdrukking. Een combinatie van werkzaamheden binnen deze beide zorggebieden wordt

aanbevolen. De mogelijkheden van de physician assistant en verpleegkundig specialist worden daarmee ten volle benut. De keuze hiervoor ligt bij het (medisch) management van de RAV, waarbij rekening wordt gehouden met de wettelijke eisen vanuit het BIG-register en het Verpleegkundig Specialisten Register.

4. DESKUNDIGHEID EN BEKWAAMHEID

Dit hoofdstuk gaat in op welke deskundigheid van de physician assistant en verpleegkundig specialist in de ambulancezorg minimaal wordt verwacht. Vervolgens worden de kaders beschreven om als physician assistant of verpleegkundig specialist in de ambulancezorg bekwaam te worden, bekwaam te blijven en om dit aantoonbaar te maken. Daarbij wordt aangesloten op de geldende wet- en regelgeving, beroepsnormen en sectorale kaders.

4.1 Deskundigheid van de physician assistant en verpleegkundig specialist Ambulancezorg

De deskundigheid van de physician assistant en de verpleegkundig specialist is verankerd in hun wettelijke positie als zelfstandig bevoegde zorgprofessionals, zoals vastgelegd in artikel 36a van de Wet BIG. Beiden zijn opgeleid op masterniveau en beschikken over een eigen deskundigheidsgebied waarin zij zelfstandig handelen en voorbehouden handelingen mogen uitvoeren. Hoewel de physician assistant en verpleegkundig specialist op een vergelijkbaar niveau functioneren, verschillen zij in achtergrond, benadering en accenten binnen hun beroepsuitoefening.

De physician assistant is opgeleid vanuit het medische domein en richt zich op het verlenen van geneeskundige zorg binnen een specifiek specialisme. Dit omvat onder meer het onderzoeken, diagnosticeren, behandelen en begeleiden van patiënten.
De physician assistant verricht deze taken binnen functionele samenwerkingsafspraken met een arts (medisch specialist) en neemt daarbij, binnen het overeengekomen deskundigheidsgebied, zelfstandig besluiten over diagnostiek en behandeling. Deze besluiten worden genomen binnen de kaders van de geldende medische richtlijnen, standaarden en protocollen.
In de dagelijkse praktijk kan de physician assistant waar nodig terugvallen op intercollegiaal overleg en vakinhoudelijk advies van de arts (medisch specialist). De bevoegdheden van de physician assistant worden mede bepaald door de samenwerkingsafspraken, het beleid van de zorginstelling, de eigen bekwaamheid en de geldende wet- en regelgeving.
De verpleegkundig specialist is opgeleid vanuit het verpleegkundig domein en richt zich op het zelfstandig verlenen van zorg binnen een afgebakend specialisme; de algemene gezondheidszorg of geestelijke gezondheidszorg.
De werkzaamheden van de verpleegkundig specialist bestaan uit het stellen van verpleegkundige en medische diagnoses, het indiceren en uitvoeren van behandelingen, en het begeleiden van patiënten in complexe zorgsituaties. De benadering van de verpleegkundig specialist is integraal en persoonsgericht, met aandacht voor zowel de medische problematiek als de bredere context van het ziek-zijn. Binnen het deskundigheidsgebied neemt de verpleegkundig specialist zelfstandig besluiten, werkt op basis van actuele richtlijnen en protocollen, en stemt waar nodig af met een arts (medisch specialist). Deze samenwerking is vastgelegd in duidelijke samenwerkingsafspraken, waarin taken, verantwoordelijkheden en consultatiemomenten zijn omschreven.

Voor beide beroepsgroepen geldt dat de deskundigheid verder reikt dan alleen medische of verpleegkundige kennis. Tot de professionele kerncompetenties behoren ook communicatie, samenwerking, professionaliteit, leiderschap, organisatie van zorg en het toepassen van evidence-based practice. Binnen hun rol dragen zij actief bij aan innovatie, kwaliteitsverbetering en doelmatige zorgverlening, passend bij de veranderende behoeften in de gezondheidszorg.

Zelfstandig uit te voeren voorbehouden handelingen

De deskundigheid van de physician assistant en de verpleegkundig specialist in de ambulancezorg omvat, naast het op basis van klinisch redeneren het stellen van een diagnose en het integraal handelen in acute situaties, ook het zelfstandig indiceren en verrichten van voorbehouden handelingen binnen het eigen deskundigheidsgebied. Binnen de ruimte die de Wet BIG biedt, geeft de ambulancezorgsector hieraan nadere invulling in dit kwaliteitskader.

Uitgangspunt is dat de physician assistant en de verpleegkundig specialist die werkzaam zijn in de rijdende dienst, voor zover zij aantoonbaar bekwaam zijn, zelfstandig die voorbehouden handelingen kunnen verrichten die ambulanceverpleegkundigen en medisch hulpverleners acute zorg uitvoeren op grond van hun functionele zelfstandigheid. Daarmee wordt aangesloten bij de bestaande inhoudelijke standaard van de ambulancezorg en bij de aard van de acute en hoogcomplexe zorgsituaties waarin wordt gehandeld.

Aanvullend daarop wordt na vaststelling van dit kwaliteitskader binnen de sector een sectorale basisset ontwikkeld van zelfstandig uit te voeren voorbehouden handelingen voor de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Deze basisset sluit aan bij de zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant en verpleegkundig specialist op grond van artikel 36 Wet BIG en is inhoudelijk geënt op de geldende professionele standaarden en richtlijnen binnen de ambulancezorg, de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de richtlijnen van de NVSHA.

De zelfstandig uit te voeren voorbehouden handelingen zijn functiegebonden. Zij zijn van toepassing op de physician assistant en de verpleegkundig specialist die werkzaam zijn in de rijdende dienst, waar sprake is van directe patiëntgebonden zorg en fysieke handelingen. Binnen de meldkamer ambulancezorg verrichten de physician assistant en de verpleegkundig specialist geen voorbehouden handelingen, aangezien de werkzaamheden daar geen uitvoering van voorbehouden handelingen omvatten.

Naast deze sectorale basisset behouden RAV's de mogelijkheid om, binnen de kaders van wet- en regelgeving en dit kwaliteitskader, aanvullende voorbehouden handelingen toe te voegen die passen bij regionale (keten)zorgafspraken, specifieke expertise of organisatorische inrichting. Voorwaarde daarbij is dat deze handelingen aantoonbaar binnen het deskundigheidsgebied van de betreffende physician assistant en de verpleegkundig specialist vallen, dat de individuele bekwaamheid structureel is geborgd en toetsbaar gemaakt, en dat hierover expliciete werkafspraken zijn vastgelegd met de MMA.

4.2 Bekwaam worden als physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg

Voor het bekwaam worden als physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg kunnen drie verschillende situaties van toepassing zijn:

- een hbo-opgeleide ambulancezorgprofessional die als physician assistant of verpleegkundig specialist ambulancezorg wil gaan werken;
- een gediplomeerd physician assistant of verpleegkundig specialist die vanuit een ander specialisme/deskundigheidsgebied overstapt naar de ambulancezorg;
- een gediplomeerd physician assistant of verpleegkundig specialist waarvan de taken en verantwoordelijkheden binnen de RAV veranderen.

Bekwaam worden als physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg vanuit een andere functie binnen de RAV

Een hbo-opgeleide ambulancezorgprofessional die als physician assistant of verpleegkundig specialist in de ambulancezorg wil gaan werken, volgt hiervoor een erkende masteropleiding: de Master Physician Assistant (MPA) of de Master Advanced Nursing Practice (MANP). Deze opleidingen vormen de basis voor het wettelijk erkende deskundigheidsgebied en zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant of verpleegkundig specialist, zoals vastgelegd in artikel 36a van de Wet BIG. Na het succesvol afronden van de opleiding kunnen de physician assistant en verpleegkundig specialist zelfstandig in de ambulancezorg worden ingezet.

Master Physician Assistant

De opleiding tot physician assistant vereist een afgeronde hbo-opleiding in de gezondheidszorg en minimaal twee jaar relevante werkervaring. Verpleegkundigen met een in-service-opleiding kunnen via een assessment ook toegang krijgen. De daaropvolgende masteropleiding tot physician assistant is een tweeënhalf jarige duale hbo-masteropleiding. Het duale karakter van de opleiding vereist een PA-opleidingsplaats binnen een RAV. Gedurende de opleiding ontwikkelt de student een brede medische basiskennis en verdiept hij of zij zich in de specifieke medische bekwaamheden die passen bij het specialisme en de context van de ambulancezorg. Het takenpakket en de opleidingsplaats worden getoetst door het opleidingsinstituut. De opleiding richt zich op het zelfstandig uitvoeren van geneeskundige taken, waaronder onderzoek, diagnostiek, behandeling, begeleiding van patiënten, medisch onderwijs, en bijdragen aan onderzoek en organisatie van zorg. Daarbij is het leertraject afgestemd op de invulling van de functie van de physician assistant binnen de RAV. De physician

assistant wordt opgeleid om binnen het afgesproken deskundigheidsgebied zelfstandig medische beslissingen te nemen, in samenwerking met een arts (medisch specialist).

Master Advanced Nursing Practice
De opleiding tot verpleegkundig specialist vereist een afgeronde hbo-opleiding verpleegkunde, aangevuld met minimaal twee jaar relevante werkervaring. Verpleegkundigen met een in-serviceopleiding kunnen via een assessment ook toegang krijgen. De daaropvolgende masteropleiding Advanced Nursing Practice is een tweejarige, duale hbo-master. Het duale karakter van de opleiding vereist een VS-opleidingsplaats binnen een RAV. Het takenpakket en de opleidingsplaats worden vooraf getoetst door de onderwijsinstelling, en de praktijkopleidingsplaats wordt gevisiteerd door de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV). De student wordt begeleid door ten minste één verpleegkundig specialist, indien mogelijk, en een arts (medisch specialist). De opleiding is gericht op het verdiepen van zowel verpleegkundige als medische kennis, met aandacht voor klinisch redeneren, indiceren, interveniëren, leiderschap, preventie, organisatie van zorg en onderzoek. Daarnaast is het leertraject afgestemd op de invulling van de functie van de verpleegkundig specialist binnen een RAV. Binnen het ambulancezorgdomein ontwikkelt de verpleegkundig specialist zich tot zelfstandig bevoegd behandelaar en medebehandelaar, met een duidelijke rol in de coördinatie en continuïteit van zorg.

Bekwaam worden als physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg bij overstap vanuit een ander specialisme/deskundigheidsgebied
Indien een gediplomeerd physician assistant of verpleegkundig specialist vanuit een ander specialisme/deskundigheidsgebied overstapt naar de ambulancezorg, dient de betreffende zorgprofessional via een maatwerktraject aantoonbaar bekwaam te worden in de functie van physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg. Dit traject wordt vastgesteld op basis van een initiële bekwaamheidsbeoordeling, waarin de eerder verworven kennis, vaardigheden en ervaring van de physician assistant of verpleegkundig specialist worden geïnventariseerd en afgezet tegen de specifieke competentie-eisen van de functie binnen de ambulancezorg. Deze beoordeling richt zich zowel op medisch-inhoudelijke als context specifieke aspecten, zoals klinisch redeneren in acute situaties, kennis van prehospitale protocollen, besluitvorming onder druk, samenwerking binnen de ambulancezorg en, indien van toepassing, het besturen van een voorrangsvoertuig.

De duur en inhoud van het maatwerktraject zijn afhankelijk van de mate van verwantschap tussen het eerdere specialisme/deskundigheidsgebied en de ambulancezorg (bijv. spoedeisende hulp, intensive care, huisartsgeneeskunde vs. geestelijke gezondheidszorg of ouderenzorg) en de actuele ervaring van de professional. De invulling van het traject bestaat uit scholing, supervisie, protocollaire toetsing en het opdoen van praktijkervaring binnen de RAV. Onderdeel van het maatwerktraject kan zijn het doorlopen van de opleiding tot ambulanceverpleegkundige of het traineeprogramma medisch hulpverlener ambulancezorg, afhankelijk van de initiële beroepsopleiding van de physician assistant of verpleegkundig specialist. Het doorlopen van deze opleiding of het traineeprogramma is echter niet op zichzelf voldoende om zelfstandig als physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg te worden ingezet. Naast het verwerven van basiskennis van de prehospitale zorg, dient de physician assistant of verpleegkundig specialist zich ook de specifieke deskundigheid van het eigen beroep — zoals zelfstandig klinisch redeneren, medische besluitvorming en regievoering — eigen te maken binnen de context van de ambulancezorg. Dit vraagt om verdieping in hoe deze beroepsinhoudelijke competenties zich vertalen naar de dynamiek van de ambulancezorg.

Bij het vormgeven van het maatwerktraject kunnen de Entrustable Professional Activities (EPA's) uit de opleidingen MPA en MANP richtinggevend zijn. Deze EPA's beschrijven concrete beroepsactiviteiten en bieden houvast bij het vaststellen van leerdoelen, het begeleiden in de praktijk en het beoordelen van bekwaamheid. Door bestaande EPA's te vertalen naar de context van de ambulancezorg ontstaat een gestructureerde en toetsbare leerroute, afgestemd op de competenties van de physician assistant of verpleegkundig specialist. Zo wordt inzichtelijk welke onderdelen al zelfstandig beheerst worden en waar verdere ontwikkeling nodig is.

Tijdens het maatwerktraject werkt de physician assistant of verpleegkundig specialist, onder begeleiding van een ervaren physician assistant, verpleegkundig specialist of MMA, aan het verwerven van de benodigde competenties. Het traject wordt vervolgens afgesloten met een beoordeling van de bekwaamheid, waarbij zowel vakinhoudelijke als gedragsmatige

competenties worden geëvalueerd. Pas wanneer de physician assistant of verpleegkundig specialist aantoonbaar voldoet aan de gestelde eisen kan deze zelfstandig binnen de ambulancezorg worden ingezet.

De betrokken physician assistant of verpleegkundig specialist is zelf verantwoordelijk voor het actief vormgeven van en het bijhouden van een portfolio waarin de ontwikkeling van de bekwaamheid worden vastgelegd. De MMA en het management van de RAV hebben hierbij de verantwoordelijkheid om op het leertraject en de bekwaamheid toe te zien en zich ervan te vergewissen dat de physician assistant of verpleegkundig specialist daadwerkelijk bekwaam is. De RAV is daarbij verantwoordelijk voor de opzet en uitvoering van het maatwerktraject.

Bekwaam worden bij wijziging van taken en verantwoordelijkheden binnen de RAV

Wanneer de taken en verantwoordelijkheden van een physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg binnen de RAV veranderen - bijvoorbeeld door uitbreiding van het takenpakket, functiedifferentiatie of inzet op nieuwe zorgvormen zoals zorgcoördinatie of interprofessionele samenwerking - en de hiervoor benodigde competenties nog niet eigen zijn gemaakt, dient een leertraject gevolgd te worden om de benodigde bekwaamheid te verkrijgen.

In overleg tussen de RAV en de betrokken professional wordt vastgesteld welke aanvullende competenties nodig zijn voor de nieuwe of aangepaste functie-inhoud. Op basis hiervan wordt een leertraject ingericht, dat kan bestaan uit gerichte scholing, praktijkbegeleiding, supervisie en/of (protocollaire) toetsing. De aard en omvang van het traject zijn afhankelijk van de mate waarin de nieuwe taken afwijken van het bestaande profiel, en van de reeds aanwezige competenties en ervaring van de physician assistant of verpleegkundig specialist.

Net als bij instroom vanuit een ander specialisme kunnen de Entrustable Professional Activities (EPA's) uit de MPA- of MANP-opleiding richting geven aan dit leertraject. Bestaande EPA's kunnen hierbij vertaald worden naar de specifieke nieuwe taken binnen de ambulancezorg, wat helpt bij het formuleren van leerdoelen, het begeleiden in de praktijk en het beoordelen van de bekwaamheid.

Tijdens het leertraject ontvangt de physician assistant of verpleegkundig specialist begeleiding van een ervaren physician assistant of verpleegkundig specialist of MMA. Het traject wordt vervolgens afgesloten met een beoordeling van de bekwaamheid, waarna de physician assistant of verpleegkundig specialist aantoonbaar bevoegd en bekwaam de nieuwe taken zelfstandig kan uitvoeren.

De physician assistant of verpleegkundig specialist is verantwoordelijk voor het actief vormgeven van en het bijhouden van een portfolio waarin de ontwikkeling van de bekwaamheid worden vastgelegd. De MMA en het management van de RAV hebben hierbij de verantwoordelijkheid om op het leertraject en de bekwaamheid toe te zien en zich ervan te vergewissen dat de physician assistant of verpleegkundig specialist daadwerkelijk bekwaam is. De RAV is daarbij verantwoordelijk voor het organiseren van het bekwaamwordingstraject.

Sectorale set EPA's Ambulancezorg

Om het bekwaam worden van de physician assistant of verpleegkundig specialist in de ambulancezorg beter te ondersteunen, is er de wens om te komen tot een sectorale set EPA's Ambulancezorg. Deze set vormt een vertaling van de generieke EPA's uit de MPA- en MANP-opleidingen naar de specifieke context van de ambulancezorg. De EPA's bieden daarmee een herkenbaar, gestructureerd en toetsbaar kader dat gebruikt kan worden bij instroom via verschillende routes (opleiding, overstap of functiewijziging), met behoud van een eigen set EPA's voor de physician assistant en verpleegkundig specialist vanwege de verschillende opleidingsprofielen. Hoewel de ontwikkeling van zo'n landelijke set EPA's afstemming met opleidingen vereist, is het een gedeelde stip op de horizon. In de praktijk maken de physician assistant en verpleegkundig specialist nu al individueel deze vertaalslag in hun opleidingsplan, wat leidt tot veel dubbel werk. Door sectorale EPA's beschikbaar te stellen, kan dit efficiënter en eenduidiger.

Daarnaast bestaat de wens om te komen tot een aanvullend leertraject op masterniveau voor de physician assistant en verpleegkundig specialist die overstappen vanuit een ander deskundigheidsgebied. Ook in dit traject kunnen de sectorale EPA's gebruikt worden om ontwikkeling en toetsing te structureren, waarmee deze beter aansluit op het opleidingsniveau, de zelfstandige bevoegdheid en reeds verworven competenties van de physician assistant of verpleegkundig specialist dan de huidige alternatieven (zoals de opleiding tot ambulanceverpleegkundige).

4.3 Bekwaam blijven en professionele ontwikkeling als physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg

Voor een physician assistant of verpleegkundig specialist ambulancezorg is het onderhouden van de eigen bekwaamheid en het actief werken aan de eigen professionele ontwikkeling essentieel om kwalitatief hoogwaardige en veilige zorg te kunnen blijven bieden. Dit gebeurt binnen de kaders van het Fundament bekwaamheid in de ambulancezorg[8], dat richtinggevend is voor het beleid van de RAV ten aanzien van het onderhouden en borgen van bekwaamheid van ambulancezorg-professionals.

Bekwaam blijven vraagt om regelmatige reflectie op het eigen handelen, structurele toetsing van vaardigheden en kennis, en het volgen van bij- en nascholing. De physician assistant of verpleegkundig specialist volgt hiervoor het scholingsbeleid van de eigen RAV en houdt zich aantoonbaar aan de geldende protocollen, richtlijnen en kwaliteitsnormen. Ook deelname aan bijvoorbeeld vaardigheidstrainingen, simulatietraining, intercollegiale toetsing of multidisciplinaire casuïstiekbesprekingen draagt bij aan het onderhouden van de beroepsbekwaamheid. Indien van toepassing geldt dit ook voor rijvaardigheidstrainingen.

Naast het behouden van basisbekwaamheid wordt van de physician assistant of verpleegkundig specialist verwacht dat deze zich blijvend ontwikkelt in de rol van zelfstandig zorgprofessional. Dit betreft niet alleen klinisch-inhoudelijke verdieping, maar ook het versterken van rollen zoals regisseur, onderzoeker, zorgvernieuwer of praktijkopleider. Binnen de kaders van het deskundigheidsgebied van de physician assistant of verpleegkundig specialist zijn er verschillende mogelijkheden voor verbreding of verdieping, bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg, kindzorg, onderzoek, innovatie of digitalisering.
De physician assistant of verpleegkundig specialist is daarbij zelf verantwoordelijk voor het actief vormgeven van het eigen ontwikkeltraject, het bijhouden van een professioneel portfolio en het bewaken van de eigen bekwaamheid. Daarbij wordt aangesloten bij de beroepsnormen en herregistratiecriteria van de eigen beroepsgroep. De RAV faciliteert een leerklimaat waarin voortdurende ontwikkeling en deskundigheidsbevordering worden gestimuleerd en daarmee randvoorwaarden voor het behoud van de bekwaamheid.

4.4 Bekwaamheid aantonen als physician assistant of verpleegkundig specialist Ambulancezorg

Conform de Regeling ambulancezorgvoorzieningen beschikken de physician assistant en verpleegkundig specialist over een geldige bekwaamheidsverklaring, afgegeven door de MMA. Ter uitvoering van deze regeling biedt het Fundament bekwaamheid in de ambulancezorg de sectorale kaders voor het aantoonbaar maken van bekwaamheid. Op basis van dit fundament stelt elke RAV een eigen bekwaamheidsbeleid op, waarin ook de physician assistant en verpleegkundig specialist zijn opgenomen.

De physician assistant en verpleegkundig specialist zijn primair zelf verantwoordelijk voor het aantoonbaar maken van hun bekwaamheid. Wat aantoonbaar bekwaam wordt gemaakt en op welke wijze, hangt af van de functie-invulling van de physician assistant en verpleegkundig specialist binnen de RAV en wordt in individuele afspraken met de MMA vastgelegd. Dit betreft zowel de inhoud van het handelen als de manier waarop bekwaamheid wordt onderhouden en aangetoond, altijd met het sectorale kwaliteitskader als uitgangspunt.

Bij het aantonen van de bekwaamheid is het niet vereist dat de physician assistant of verpleegkundig specialist voldoet aan de volledige bekwaamheidseisen die gelden voor de ambulanceverpleegkundige of medisch hulpverlener acute zorg.
De physician assistant en verpleegkundig specialist zijn respectievelijk artikel 3 en artikel 14 BIG-geregistreerde zorgprofessionals met een zelfstandig deskundigheidsgebied, dat zich onder andere onderscheidt door zelfstandige medische besluitvorming, regievoering en het uitvoeren van voorbehouden handelingen op eigen titel. Hun inzet in de ambulancezorg kent een andere focus dan die van de ambulanceverpleegkundige of medisch hulpverlener acute zorg, en richt zich nadrukkelijk op het handelen binnen de eigen professionele kaders. Daarom worden bekwaamheid en scholing afgestemd op de rol en het functieniveau van de physician assistant of verpleegkundig specialist, en niet op de vereisten voor ambulanceverpleegkundigen of medisch hulpverleners acute zorg. Wel moeten zij aantoonbaar bekwaam zijn om binnen de RAV veilig en effectief te functioneren, waarbij sommige onderdelen kunnen overlappen met die van de ambulanceverpleegkundige of medisch hulpverlener acute zorg, maar dus niet identiek hoeven te zijn.

8. Fundament bekwaamheid in de ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland, 2024.

Zoals voor elke zorgprofessional geldt, ligt ook bij de physician assistant en de verpleegkundig specialist de verantwoordelijkheid om per situatie zorgvuldig te beoordelen of hij of zij bekwaam is om de benodigde zorg te verlenen. Indien dat niet het geval is, moet zorgoverdracht of overleg met een andere zorgverlener plaatsvinden.

4.5 Herregistratie Wet BIG en formele bekwaamheid van de physician assistant en verpleegkundig specialist Ambulancezorg

Voor zowel de physician assistant als verpleegkundig specialist geldt dat zij wettelijk geregistreerd zijn in het BIG-register en verplicht zijn tot periodieke herregistratie. Deze herregistratie vormt een belangrijk fundament onder de formele bekwaamheid van de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Voor beide beroepsgroepen geldt dat het behouden van de BIG-registratie een vereiste is om als zelfstandig physician assistant of verpleegkundig specialist in de ambulancezorg te kunnen functioneren. Vervalt de registratie, dan vervalt ook de bevoegdheid tot zelfstandig professioneel handelen binnen de kaders van de Wet BIG.

De physician assistant is geregistreerd onder artikel 3 van de Wet BIG als zelfstandig zorgprofessional, met bevoegdheid tot het zelfstandig indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen. Voor de physician assistant gelden herregistratie-eisen die bestaan uit minimaal 2.080 uur werkervaring binnen een periode van vijf jaar[9]. De physician assistant is géén specialisatie van het verpleegkundig beroep of het beroep medisch hulpverlener acute zorg; registratie als verpleegkundige of medisch hulpverlener is dus niet automatisch verbonden aan de PA-registratie. Registratie als verpleegkundige of medisch hulpverlener is na afronding van de MPA ook niet noodzakelijk om als physician assistant Ambulancezorg ingezet te kunnen worden. Tijdens de opleiding tot physician assistant is een geldige BIG-registratie als verpleegkundige of medisch hulpverlener wél vereist, omdat de PA in opleiding onder supervisie werkt en voorbehouden handelingen uitvoert op basis van de eigen initiële beroepsregistratie.

De verpleegkundig specialist is geregistreerd onder artikel 14 van de Wet BIG, als een specialisatie binnen het verpleegkundig beroep. De verpleegkundig specialist staat op basis hiervan geregistreerd in het specialistenregister en daarmee gelijktijdig ook in het BIG-register. De herregistratie-eisen voor de verpleegkundig specialist bestaan uit minimaal 4.160 uur werkervaring binnen het deskundigheidsgebied van de specialisatie in de afgelopen vijf jaar – waarvan 2.080 uur in de directe patiëntenzorg – en ten minste 200 uur deskundigheidsbevordering[10]. Bij behoud van deze specialistenregistratie blijft ook de BIG-registratie als basisverpleegkundige automatisch behouden. Voor inschrijving in het specialistenregister gelden namelijk hogere eisen dan voor herregistratie in het BIG-register als basisverpleegkundige[11].

Werkervaringseis

De werkervaringseis heeft zowel betrekking op het aantal gewerkte uren als op de inhoud van het werk dat is verricht. Om mee te mogen tellen moeten de werkzaamheden aan drie eisen voldoen[12]. De werkzaamheden:

1. liggen op het gebied van de individuele gezondheidszorg;
2. vallen binnen het deskundigheidsgebied van het beroep waarvoor herregistratie wordt aangevraagd;
3. worden minstens op hetzelfde niveau uitgevoerd als het niveau van de opleiding van het beroep waarvoor herregistratie wordt aangevraagd.

Bij de tweede eis gaat het bij het opdoen van werkervaring erom dat de physician assistant en de verpleegkundig specialist, door de combinatie van opgedane kennis en ontwikkelde vaardigheden, voldoende bekwaam blijven om het beroep uit te oefenen. Om die reden moeten de werkzaamheden zijn uitgevoerd binnen het deskundigheidsgebied van het beroep waarvoor herregistratie in het BIG-register wordt aangevraagd. Bij de afbakening van het deskundigheidsgebied wordt beoordeeld of de competenties volgens de functieomschrijving van de physician assistant of verpleegkundig specialist overeenkomen met de competenties behorend tot het deskundigheidsgebied van het beroep waarvoor herregistratie is aangevraagd.

Met betrekking tot de derde eis geldt dat de werkzaamheden op het juiste niveau moeten worden uitgevoerd. Het gaat hier om het niveau van de opleiding van het beroep waarvoor de zorgverlener is geregistreerd in het BIG-register. Voor de

9. Herregistratie BIG-register, beoordelingskader algemeen deel, versie 10.0, bijlage 2i Physician Assistants, versie 2.0, juli 2024.
10. Beleidsregel Herregistratie – algemeen, Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde, 1 september 2021.
11. Herregistratie BIG-register, beoordelingskader algemeen deel, versie 10.0, bijlage 2h Verpleegkundigen, versie 4.0, juni 2024.
12. Herregistratie BIG-register, beoordelingskader algemeen deel, versie 10.0, juni 2024.

physician assistant en verpleegkundig specialist is dit minimaal hbo-masterniveau. De physician assistant of verpleegkundig specialist moet daadwerkelijk en aantoonbaar zijn aangesteld op het juiste niveau. Dit dient vervolgens toetsbaar te zijn voor herregistratie in het BIG-register. Wanneer de physician assistant of verpleegkundig specialist is aangesteld of wordt ingezet in een functie op een lager niveau – bijvoorbeeld ambulance-verpleegkundige of medisch hulpverlener met de maximale bevoegdheden die op deze functies van toepassing zijn – telt dit niet mee als relevante werkervaring.

Deskundigheidsbevorderingseis

Voor zowel de physician assistant als de verpleegkundig specialist is deskundigheidsbevordering een belangrijk onderdeel van professioneel handelen en het behouden van de formele bekwaamheid. De invulling en toetsing hiervan verschillen per beroepsgroep.

Physician assistant

Voor de physician assistant geldt geen wettelijke verplichting tot deskundigheidsbevordering in het kader van herregistratie in het BIG-register. Hier ligt de nadruk uitsluitend op het hebben van minimaal 2.080 uur werkervaring in vijf jaar.
Wel stelt de beroepsvereniging NAPA[13] (Nederlandse Associatie Physician Assistants) eisen aan deskundigheidsbevordering voor inschrijving en herregistratie in het kwaliteitsregister van de NAPA. Inschrijving en herregistratie in dit kwaliteitsregister wordt gezien als de professionele standaard.

Voor herregistratie moet de physician assistant moet in een periode van vijf jaar minimaal:

- 200 uur deskundigheidsbevordering aantonen;
- waarbij de activiteiten aantoonbaar relevant zijn voor de deskundigheid van de physician assistant;
- en voor minimaal 100 uur bestaan uit bij- en nascholing.

De deskundigheidsbevordering moet inhoudelijk bijdragen aan het onderhouden van de professionele competenties binnen het medisch specialisme. Voorbeelden van toegestane deskundigheidsbevordering zijn onder andere: geaccrediteerde scholing, deelname aan werkgroepen, symposia, intercollegiale toetsing, publicaties en onderwijs geven. De activiteiten worden vastgelegd in een digitaal portfolio, dat beoordeeld wordt bij herregistratie.

Naast de eis voor deskundigheidsbevordering wordt voor herregistratie in het kwaliteitsregister een werkervaringseis gesteld. Deze eis houdt in dat een physician assistant over een periode van vijf jaar minimaal 4160 uur in de functie van physician assistant werkzaam moet zijn geweest, waarvan 2080 in de directe patiëntenzorg.

Verpleegkundig specialist

Voor de verpleegkundig specialist is deskundigheidsbevordering een wettelijk vereiste in het kader van herregistratie in het specialistenregister, zoals vastgelegd in het Algemeen besluit specialismen verpleegkunde[14]. De verpleegkundig specialist moet hiervoor in een periode van vijf jaar minimaal:

- 200 uur deskundigheidsbevordering aantonen;
- waarvan de inhoud aantoonbaar relevant is voor het deskundigheidsgebied van de betreffende specialisatie;
- en uitgevoerd op het niveau van de specialisatie (hbo-master).

De deskundigheidsbevordering moet inhoudelijk bijdragen aan het onderhouden van de professionele competenties binnen het specialisme. Dit kan bestaan uit geaccrediteerde bij- en nascholing, deelname aan vakinhoudelijke conferenties, intervisie, onderzoek, richtlijnontwikkeling of andere vormen van deskundigheidsbevorderende activiteiten. De verpleegkundig specialist is verplicht deze activiteiten vast te leggen in een portfolio, dat bij herregistratie getoetst wordt door het Verpleegkundig Specialisten Register.

13. Registratiereglement Kwaliteitsregister Physician Assistants, NAPA, 1 maart 2025.
14. Algemeen besluit specialismen verpleegkunde, Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde, 6 april 2022.

5. IMPLEMENTATIE EN MONITORING

De inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist binnen de ambulancezorg vraagt om een zorgvuldige implementatie. Het gaat niet alleen om verdere doorontwikkeling van deze twee functies, maar ook om een goede aansluiting bij bestaande werkprocessen, het team en de samenwerking met ketenpartners. Op die manier kunnen de physician assistant en verpleegkundig specialist optimaal bijdragen aan de kwaliteit, doelmatigheid en continuïteit van zorg.

Een zorgvuldige implementatie vereist zowel landelijke als regionale afspraken. Landelijke afspraken zijn gewenst met het oog op borging herkenbaarheid, eenduidigheid en borging in sectoraal beleid. Regionale afspraken zijn gewenst met het oog op verantwoorde en veilige patiëntenzorg, borging van de functie binnen de organisatie en communicatie binnen het regionale zorgnetwerk. Het gaat hier om het vertalen van de landelijke kaders naar de praktijk van de eigen RAV, rekening houdend met de kenmerken van de organisatie en bestaande werkafspraken, zowel in de organisatie als met ketenpartners in de regio.

Dit hoofdstuk biedt handvatten voor de implementatie als de monitoring van de inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen landelijke en regionale verantwoordelijkheden, zodat enerzijds uniformiteit wordt bevorderd en anderzijds ruimte blijft voor contextspecifieke invulling.

5.1 Randvoorwaarden voor landelijke implementatie

Landelijk kwaliteitskader

Met het sectoraal vaststellen van een landelijk kwaliteitskader legt de sector de basis voor eenduidige, verantwoorde implementatie en landlijke inbedding en borging van de physician assistant en de verpleegkundig specialist in de ambulancezorg. Het landelijk kader ondersteunt de RAV's bij een zorgvuldige implementatie, versterkt de herkenbaarheid van de functie van de physician assistant en de verpleegkundig specialist en draagt bij aan een gezamenlijk kwaliteitsniveau binnen de sector.

Sectorale basisset zelfstandig uit te voeren voorbehouden handelingen

Ter ondersteuning van een uniforme implementatie wordt na vaststelling van dit kwaliteitskader een sectorale basisset ontwikkeld van zelfstandig uit te voeren voorbehouden handelingen voor de physician assistant en de verpleegkundig specialist in de rijdende dienst, aansluitend bij de uitgangspunten zoals beschreven in paragraaf 4.1.

Deze basisset biedt landelijke duidelijkheid over de minimale inhoudelijke reikwijdte van de functie binnen de ambulancezorg en sluit aan bij de bestaande inhoudelijke standaard van de ambulancezorg en de zelfstandige bevoegdheid van de physician assistant en verpleegkundig specialist op grond van artikel 36 Wet BIG.

De sectorale basisset vormt het uitgangspunt voor regionale implementatie. Binnen de kaders van wet- en regelgeving behouden RAV's de mogelijkheid om aanvullende voorbehouden handelingen vast te stellen, mits deze zorgvuldig worden onderbouwd, vastgelegd en geborgd.

Sectorale set Entrustable Professional Activities (EPA's)

Een sectorale set EPA's vormt een belangrijk instrument voor landelijke uniformiteit en kwaliteitsborging. Deze EPA's vertalen de generieke EPA's uit de masteropleidingen MPA en MANP naar de specifieke context van de ambulancezorg, zie bijlage 3 voor een voorbeeld. Ze beschrijven concreet welke taken en verantwoordelijkheden een physician assistant of verpleegkundig specialist veilig en zelfstandig kan uitvoeren, binnen de kaders van de eigen zelfstandige bevoegdheid en de individuele samenwerkingsafspraken. Daarmee vormen zij een toetsbare

basis voor opleidingsplannen en de bekwaamheid. Een landelijk afgestemde EPA-set voorkomt versnippering, ondersteunt maatwerk bij instroom vanuit verschillende achtergronden en bevordert onderlinge herkenbaarheid van de rol van de physician assistant en de verpleegkundig specialist tussen RAV's. Voor het opstellen van deze set EPA's is overleg en afstemming met de hogescholen van belang.

Sectoraal leertraject

Naast de reguliere masteropleidingen is een aanvullend leertraject nodig voor de physician assistant en verpleegkundig specialist die vanuit een ander specialisme instromen in de ambulancezorg. Dit traject erkent eerder verworven competenties en richt zich op het veilig verwerven van contextspecifieke kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het verlenen van ambulancezorg. Het leertraject kan modulair worden opgebouwd en maakt gebruik van de sectorale EPA's en de samenwerkingsafpraken die zijn vastgelegd. Zo ondersteunt het RAV's bij het inrichten van maatwerktrajecten en draagt het bij aan transparantie in toetsing en bekwaamheidsverklaring.

Landelijke kennisdeling en ontwikkeling

Een landelijk kennis- en ontwikkelnetwerk faciliteert de uitwisseling van ervaringen, onderzoeksresultaten en best practices tussen RAV's, beroepsgroepen, opleidingen en onderzoekers. Dit bevordert een lerende sector, stimuleert innovatie en maakt de effecten van de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist zichtbaar op het gebied van kwaliteit, patiëntveiligheid en doelmatigheid.

Inrichten van een implementatie-organisatie

Voor een gecoördineerde implementatie wordt een landelijke begeleidingscommissie ingericht:

- de landelijke begeleidingscommissie bestaat uit de werkgroep die het kwaliteitskader heeft opgesteld, aangevuld met bestuurders vanuit AZN;
- zij bewaakt de voortgang, evalueert landelijke ontwikkelingen en zorgt voor afstemming tussen beleid, praktijk en opleidingen;
- de commissie rapporteert aan de Adviescommissie Zorgzaken van AZN, die bestuurlijke inbedding, besluitvorming en verantwoording van de landelijke implementatie waarborgt.

Met deze landelijke randvoorwaarden ontstaat een stevige en uniforme basis voor de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist binnen de ambulancezorg, met voldoende ruimte voor regionale vertaling naar de eigen praktijk van de RAV.

5.2 Randvoorwaarden voor implementatie door de RAV

De feitelijke implementatie van de physician assistant en de verpleegkundig specialist vindt plaats binnen de RAV. De RAV is dan ook verantwoordelijk voor de implementatie en het realiseren van de bijbehorende randvoorwaarden. Deze randvoorwaarden gelden voor alle innovaties en nieuwe interventies die binnen de sector worden geïmplementeerd[15/16]. De randvoorwaarden worden hieronder beschreven. De RAV stelt een regionaal implementatieplan op, gebaseerd op het landelijk kader, waarin deze voorwaarden aan bod komen.

Regionale visie en beleid

De RAV vertaalt het landelijke beleid naar een regionale visie en beleid op de inzet van de physician assistant en/of verpleegkundig specialist. Dit beleid legt de doelstellingen en gewenste resultaten vast, verankert de rol van de physician assistant en verpleegkundig specialist in het functiehuis en de formatie, en integreert de professionals in bestaande kwaliteits- en patiëntveiligheidssystemen. Zo ontstaat een duidelijke en toetsbare positie van de physician assistant en de verpleegkundig specialist binnen de organisatie.
De doelstellingen en gewenste resultaten worden getoetst in een businesscase.

Regionale vaststelling aanvullende voorbehouden handelingen
Een RAV kan, binnen de kaders van wet- en regelgeving en dit kwaliteitskader, aanvullende voorbehouden handelingen vaststellen bovenop de sectorale basisset zelfstandig uit te voeren voorbehouden handelingen.

Een dergelijk besluit wordt door de MMA in samenspraak met de physician assistant of verpleegkundig specialist gemaakt en is gebaseerd op:

- aantoonbare passendheid binnen het deskundigheidsgebied van de betreffende physician assistant of verpleegkundig specialist;
- een zorgvuldige beoordeling met betrekking tot de complexiteit van de handeling, het routinematige karakter, de overzienbaarheid van risico's en de context waarin de handeling wordt uitgevoerd;
- toetsbare en structureel geborgde individuele bekwaamheid.

15. Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg. Overheid.nl.
16. Nota Goede ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland, 2025.

De aanvullende voorbehouden handelingen worden vastgelegd in de samenwerkingafspraken.

Bekwaamheidsbeleid
De RAV borgt dat de physician assistant en verpleegkundig specialist zowel bekwaam worden als bekwaam blijven in hun functie binnen de ambulancezorg. Voor het bekwaam worden geldt dat instromers een erkende masteropleiding (MPA of MANP) volgen, terwijl overstappers of professionals met gewijzigde taken een maatwerktraject doorlopen. Dit traject wordt afgestemd op eerder verworven kennis, ervaring en de specifieke competenties die nodig zijn binnen de ambulancezorg. Het omvat praktijkervaring, supervisie, scholing en toetsing. Sectorale EPA's bieden hierbij een gestructureerd en toetsbaar kader voor leerdoelen, begeleiding en beoordeling.

Voor het bekwaam blijven stelt de RAV een regionaal bekwaamheidsbeleid op, gebaseerd op het landelijke fundament voor bekwaamheid in de ambulancezorg. Dit beleid regelt periodieke toetsing, evaluatie, nascholing, intervisie en reflectie. De samenwerkingsafprakeen en de EPA's ondersteunen hierbij de documentatie en borging van bekwaamheid. De physician assistant en verpleegkundig specialist werken niet onder supervisie van de MMA, maar op basis van gelijkwaardige samenwerking. De RAV schept randvoorwaarden, tijd en middelen, terwijl de physician assistant en verpleegkundig specialist zelf verantwoordelijk zijn voor hun professionele ontwikkeling en registratie.

Samenwerkingsafspraken binnen de RAV
Voor een zorgvuldige en transparante inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist in de ambulancezorg is het belangrijk dat afspraken over taakherschikking helder worden vastgelegd. Het vastleggen van deze samenwerkingsafspraken is daarbij een randvoorwaarde. RAV's bepalen zelf op welke wijze zij dit vormgeven; het gebruik van een landelijk voorbeeldformulier kan hierbij ondersteunend zijn.

In de samenwerkingsafspraken wordt vastgelegd welke taken en verantwoordelijkheden door de physician assistant of verpleegkundig specialist worden uitgevoerd, binnen welke kaders wordt gewerkt en hoe onderlinge afstemming plaatsvindt. Deze afspraken hebben betrekking op voorbehouden en overige medische handelingen én op de bredere invulling van rol, verantwoordelijkheden en inzet.

Het voorbeeldformulier (*zie bijlage 2*) kan worden gebruikt ter ondersteuning bij het vastleggen van deze afspraken. Het helpt bij het maken van duidelijke keuzes over taakverdeling en bevoegdheden, biedt houvast voor afspraken over toetsing en deskundigheidsontwikkeling en kan dienen als referentiepunt bij het actualiseren van de afspraken gedurende de inzet. Door het gebruik van een gestructureerde vastlegging wordt bijgedragen aan eenduidigheid, transparantie en een consistente en goed onderbouwde inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist in de ambulancezorg.

Communicatie
Heldere communicatie draagt bij aan de herkenbaarheid van de rol van de physician assistant en de verpleegkundig specialist binnen de RAV en richting externe ketenpartners. Intern gaat het om het informeren van andere ambulancezorgprofessionals over inzet, taken, bevoegdheden en overlegstructuren. Hierdoor ontstaat duidelijkheid over verantwoordelijkheden en samenwerking binnen het team.
Extern richt communicatie zich op relevante ketenpartners zoals huisartsenposten, SEH, GGZ, VVT en ziekenhuizen. Duidelijke informatie over de aanwezigheid en inzet van een physician assistant en/of verpleegkundig specialist helpt bij het afstemmen van samenwerking en het verhogen van vertrouwen in de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Daarnaast is heldere informatie over de inzet van beroepsbeoefenaren richting patiënten van belang.

Regionale samenwerkingsafspraken met ketenpartners
De RAV legt afspraken vast met regionale ketenpartners over de inzet, bereikbaarheid en verantwoordelijkheden van de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Dit omvat huisartsen, apotheken, ziekenhuizen en andere relevante partijen. Ook worden afspraken gemaakt over medicatieveiligheid, zoals het voorschrijven van UR-medicatie, conform regionale en landelijke richtlijnen. De afspraken worden regelmatig geëvalueerd en bijgesteld op basis van praktijkervaring.

Kwaliteitsborging
Bij de implementatie van de inzet van de physician assistant en/of verpleegkundig specialist binnen de organisatie volgt de RAV de stappen die het reguliere kwaliteits-/veiligheidsmanagementsysteem aan een nieuwe werkwijze/innovatie stelt (o.a. een PRI en Monitoring). Vervolgens dient structurele inbedding in reguliere kwaliteitssysteem plaats te vinden.

5.3 Monitoring en evaluatie

Monitoring en evaluatie maken integraal onderdeel uit van de implementatie en doorontwikkeling van de physician assistant en verpleegkundig specialist binnen de ambulancezorg. Zij ondersteunen het inzicht in de wijze waarop deze functies in de praktijk worden ingezet en dragen bij aan de verdere ontwikkeling en borging van kwalitatief goede en passende zorg.

Monitoring en evaluatie worden ingezet om ervaringen en inzichten uit de praktijk te verzamelen en te duiden, zowel op regionaal als op sectorniveau. Dit biedt aanknopingspunten voor het verder vormgeven van de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist, passend bij de lokale context en in samenhang met bredere ontwikkelingen binnen de ambulancezorg.

De wijze waarop monitoring en evaluatie worden ingericht en toegepast, wordt in de volgende paragrafen nader toegelicht.

Reguliere registratie patiëntenzorg vormt de basis

Voor het monitoren en de evaluatie van de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist binnen de organisatie maakt de RAV gebruik van de gegevens die bij elke zorgverlening worden geregistreerd. De registratie van de inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist vindt plaats op de MKA en vervolgens legt de physician assistant of verpleegkundig specialist de verleende zorg vast in het digitale patiëntendossier. Zowel de registratie door de centralist op de MKA als door de professional vindt plaats conform de reguliere registratie van ambulance-inzetten, volgens de laatste versie van de landelijke Basisset Ambulancezorg.

Aanvullende informatie voor landelijke monitoring

In het kader van landelijke monitoring en evaluatie kan het wenselijk zijn om aanvullende gegevens te verzamelen. Welke gegevens dit zijn en hoe deze worden geregistreerd wordt sectoraal, binnen de implementatie-organisatie gezamenlijk bepaald. Indien sectoraal afspraken worden gemaakt over aanvullende gegevens, zorgt de RAV er voor dat deze gegevens geregistreerd kunnen worden in het patiëntendossier.

Variabelenset en uniforme meetplannen

Uit de evaluatie van de pilots is gebleken dat een eenduidige registratie en ontsluiting van data cruciaal is om de implementatie van de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist te monitoren en te evalueren. Om dit te realiseren wordt een vastgestelde variabelenset gebruikt door de implementatie-organisatie en worden gestandaardiseerde meetplannen ontwikkeld.

Regionale en landelijke monitoring

De persoon die binnen de RAV is aangewezen als verantwoordelijke voor de implementatie monitort de voortgang en resultaten van de implementatie op basis van de geregistreerde data. De implementatieverantwoordelijke rapporteert periodiek aan directie en (MMA). De MMA is medisch verantwoordelijk voor het inhoudelijk beleid van de RAV, waaronder deze implementatie valt.

De RAV's die de inzet van de physician assistant en/of verpleegkundig specialist implementeren vormen samen een leernetwerk (*zie paragraaf 5.1*). Binnen dit netwerk delen de participerende RAV's ieder kwartaal hun ervaringen en resultaten op basis van de inzichten uit de registratie. Indien nodig worden gezamenlijke afspraken gemaakt over aanpassing van de implementatiestrategie. Elke zes maanden vindt rapportage en overleg plaats binnen de begeleidingscommissie/ACZ. Data uit het kwartaaloverleg vormt hiervoor de basis.

Landelijk onderzoek

De verzamelde data vormt de basis voor landelijk onderzoek. Het landelijk onderzoek richt zich op de ervaringen met de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist, door de RAV's en ketenpartners, en de resultaten van de inzet op de directe patiëntenzorg en de keten.

BIJLAGE 1
FORMULIER VOOR SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

Inleiding

De inzet van de Physician Assistant (PA) en de Verpleegkundig Specialist (VS) in de ambulancezorg vraagt om heldere afspraken over taken, verantwoordelijkheden en onderlinge samenwerking. Daarbij kan sprake zijn van het overnemen van taken van de medisch specialist, passend binnen wet- en regelgeving en het deskundigheidsgebied van de PA of VS.
De PA en VS kunnen diverse taken uitvoeren, waaronder ook voorbehouden handelingen (Wet BIG art. 3 en 36). Het betreft voorbehouden medische handelingen die voorspelbaar en van beperkte complexiteit zijn, routinematig worden verricht en passen binnen het deskundigheidsgebied of verpleegkundig specialisme waarvoor de PA/VS is opgeleid. Voorwaarde is dat de PA en VS bekwaam zijn om deze handelingen te verrichten.

Doel van het formulier voor samenwerkingsafspraken

Voor de kwaliteit van zorg is het van belang dat er duidelijke samenwerkingsafspraken zijn tussen de beroepsbeoefenaren in de zorg. Dit werkformulier kan gebruikt worden om op regionaal/individueel niveau samenwerkingsafspraken te maken tussen de PA of VS en de medisch manager ambulancezorg. Het gebruik van dit formulier is niet verplicht.

Organisatie & Samenwerking

Deze afspraken betreffen de samenwerking tussen:

Zorginstelling

RAV:

Locatie:

Medisch specialist(en)

Naam:

Functie:

Naam:

Functie:

Naam:

Functie:

Gegevens betreffende Physician Assistant of Verpleegkundig Specialist

Naam:

Functie:

BIG-nummer:

Opleiding afgerond in:

Registratie Kwaliteitsregister d.d.:

Herregistratie Kwaliteitsregister d.d.:

Aanvullende opleiding/scholing:

Samenwerkingsafspraken

Algemeen

Een Physician Assistant (PA) of Verpleegkundig Specialist (VS) werkt in samenwerkingsverband met praktiserend medisch specialisten/medisch managers ambulancezorg. Binnen het samenwerkingsverband worden afspraken gemaakt over de inzet van de PA of VS en is de continuïteit van zorg en opvang van zorg bij calamiteiten, zowel overdag als in de ANW-uren, gewaarborgd. Er vindt afstemming plaats met andere disciplines in en buiten de RAV.

Wie is het eerste aanspreekpunt voor de PA/VS voor de medisch inhoudelijke afstemming?

Binnen welk(e) medische specialisme(n) is de PA/VS werkzaam?

Welke medische taken neemt de PA/VS op zich in het kader van taakherschikking?

Welke afspraken zijn gemaakt met betrekking tot een voorwachtfunctie?

Voorbehouden handelingen

Welke voorbehouden diagnostische en therapeutische handelingen worden door de PA/VS uitgevoerd en op welke wijze worden deze uitgevoerd: volledig zelfstandig of in opdracht van de medisch specialist?

Welke voorbehouden (diagnostische en therapeutische) handelingen worden uitgevoerd?*	Wijze waarop handeling swordt uitgevoerd	Toelichting/beschrijving van specifieke (diagnostische/ therapeutische) handeling(en). Evt. verwijzen naar OSATS/EPA's.
Heelkundige handelingen ☐ Van toepassing ☐ Niet van toepassing	Volledig zelfstandig	
	In overleg/opdracht van medisch specialist	
Endoscopieën ☐ Van toepassing ☐ Niet van toepassing	Volledig zelfstandig	
	In overleg/opdracht van medisch specialist	
Catheterisaties ☐ Van toepassing ☐ Niet van toepassing	Volledig zelfstandig	
	In overleg/opdracht van medisch specialist	
Injecties ☐ Van toepassing ☐ Niet van toepassing	Volledig zelfstandig	
	In overleg/opdracht van medisch specialist	
Puncties ☐ Van toepassing ☐ Niet van toepassing	Volledig zelfstandig	
	In overleg/opdracht van medisch specialist	
Electieve Cardioversie ☐ Van toepassing ☐ Niet van toepassing	Volledig zelfstandig	
	In overleg/opdracht van medisch specialist	
Defibrillatie ☐ Van toepassing ☐ Niet van toepassing	Volledig zelfstandig	
	In overleg/opdracht van medisch specialist	
Voorschrijven van UR-geneesmiddelen** ☐ Van toepassing ☐ Niet van toepassing	Volledig zelfstandig	
	In overleg/opdracht van medisch specialist	

* In dit overzicht worden de meest voorkomende handelingen genoemd en is mogelijk niet uitputtend. Alle overige handelingen vinden plaats in onderling overleg en onder eigen verantwoordelijkheid van de professionals. Daarbij geldt de algemene regel bevoegd, mits bekwaam.

** De PA/VS kan geen opdracht verlenen aan een andere zorgverlener tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen indien deze niet zelfstandig bevoegd is.

Geprotocolleerde zorg

De PA/VS werkt aan de hand van landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen en eventueel hieruit voortvloeiende lokale werkafspraken, bijvoorbeeld met huisartsen, GGZ of medisch specialisten.

Welke specifieke lokale werkafspraken/protocollen zijn gemaakt (bijv. in het kader van ketenzorg)?

Verwijsbeleid

De PA/VS is bevoegd tot verwijzen naar, consulteren van en samenwerken met artsen en met andere beroepsbeoefenaren in de zorg.

Welke specifieke afspraken zijn binnen de RAV gemaakt over het consulteren van medisch specialisten, (door)verwijzen van patiënten (bijv. in het kader van ketenzorg, terugverwijzen naar de huisarts of verwijzen via Zorgdomein) of het aanvragen van beeldvorming?

Evaluatie

Participeert de PA/VS in patiëntbespreking/complicatiebespreking?

Op welke manier en door wie wordt de door de PA/VS geleverde zorg geëvalueerd?

Hoe participeert de PA/VS binnen het medisch stafbureau met medisch managers ambulancezorg?

BIJLAGE 2
EPA – VOORBEELD

Vakgebied

Physician Assistant Ambulancezorg

Titel EPA

1. Het verlenen van acuut medische zorg aan de niet vitaal bedreigde patiënt na trauma in de extramurale zorg.

Gedetailleerde beschrijving

Het betreft pré-hospitale medische zorg aan patiënten na een trauma, waarbij de vitale functies niet bedreigd zijn. Hierbij is door de meldkamer een inschatting gemaakt dat de vooraf kans groot is dat vervoer naar het ziekenhuis niet noodzakelijk is.

Definiëring niet vitaal bedreigde patiënt:

- patiënten in alle leeftijdscategorieën;
- een gezondheidstoestand die geen ondersteuning behoeft ten aanzien van afwijkende vitale functies;
- de kans op risicovolle complicaties is zeer klein;
- ingestelde therapie behoeft geen bijstelling;
- bestaande aandoeningen (somatisch/sociaal/psychisch) hebben geen invloed op stabiliteit;
- voor de overdracht is enkel één behandelend arts nodig;
- er zijn slechts enkele (medische) interventies nodig.

Definiëring kleine traumatologie:

- geïsoleerd letsel aan de extremiteiten en het aangezicht;
- botbreuken;
- wonden en brandwonden;
- peesletsel aan de hand;
- amputaties van vingers;
- meest voorkomende gewrichtsluxaties.

Deze activiteit omvat:

- uitvoeren algemene-, speciële anamnese en het lichamelijk onderzoek;
- bewaken en monitoren vitale functies;
- informeren, instrueren en begeleiden patiënt en diens naasten;
- samenwerken met collega's en betrokken disciplines;
- tijdig inschatten voor het inzetten van extra hulp;
- uitvoeren gericht lichamelijk onderzoek;
- medische- en differentiaaldiagnoses stellen;

- vaststellen van therapie of benodigde zorg;
- informed consent en voorlichting over letsel, onderzoek, behandeling, nazorg/alarmsymptomen en follow-up.
- behandeling inzetten bij:
  - facturen en luxaties van bovenste en onderste extremiteiten;
  - wonden en brandwonden;
  - peesletsel aan de hand;
  - amputatie van (delen) digiti.
- verrichten van Medische handelingen:
  - aanvragen aanvullend ziekenhuisonderzoek;
  - uitvoeren repositie bij fracturen/luxaties mits geïndiceerd.;
  - wondzorg;
  - sluiten van een wond zonder pees-, spier-, bot- of zenuwletsel met hechtingen of histaocryl.
- zorg rondom het voorschrijven en leveren van medicatie waarvoor een UR-recept nodig is;
- zorg overdracht, evalueren en verslaglegging in het EPD.

Specifieke kennis, vaardigheden en attitude

Kennis:

- methoden om op systematische wijze een anamnese te voeren (ALTIS, BAVOF, SAMPLER);
- ABCDE-methodiek;
- anatomische kennis van bovenste-, onderste extremiteiten en hoofd;
- fractuurleer (diagnostiek, behandeling, verloop en complicaties);
- lokale anesthesie en procedurele sedatie;
- wonden wondgenezing en behandeling;
- indicaties voor operatieve behandeling;
- hechttechnieken, (semi)steriel werken, hechtmateriaal en instrumentarium;
- farmacodynamiek en -kinetiek voorgeschreven medicatie;
- standaarden, richtlijnen en behandelprotocollen zoals deze worden gehanteerd binnen de verschillende werkvelden (LPA[17] en NHG[18]);
- algemene kennis van anatomie, fysiologie, pathologie en tractussen;
- SBARR-overdrachtsmethode.

Vaardigheden:

- methodisch werken bij het verzamelen van gegevens;
- hechten, lijmen en aanleggen wondverband;
- repositioneren van fracturen en veelvoorkomende luxaties (digiti, enkels, schouders en patella);
- communicatieve vaardigheden situationeel kunnen aanpassen aan de patiënt, omstanders en andere hulpverleners;
- analytisch en interpretatief vermogen om vanuit verzamelde gegevens diagnoses en differentiaaldiagnoses te stellen;
- prioriteiten stellen binnen de planning van werkzaamheden;
- besluitvaardigheid ten aanzien van behandeling;
- informeren, instrueren, begeleiden zorgvrager en direct betrokkenen.

17. Landelijk Protocol Ambulancezorg: protocollen ambulancezorg Nederland.
18. Nederlandse Huisartsen Genootschap: protocollen en standaarden voor huisartsen in Nederland.

Attitude:

- toont een professionele en respectvolle omgang met patiënten en betrokkenen, rekening houdend met eventuele beperkingen van de patiënt (taalbarrière, onderwijsniveau, visuele of auditieve beperkingen);
- is respectvol en professioneel in de omgang met collega's;
- toont verantwoordelijkheid in het hanteren van grenzen van de eigen deskundigheid als student PA en vraagt hierbij tijdig om hulp;
- toont leiderschap en gebruikt daarbij een passende manier van communiceren;
- is kritisch in het reflecteren op eigen handelen en heeft een proactieve houding om eigen handelen te verbeteren;
- hanteert CRM-principes tijdens de samenwerking met andere betrokken hulpverleners.

CanMEDs competenties

- ☐ medisch handelen
- ☒ communicatie
- ☒ samenwerking
- ☒ organisatie
- ☐ kennis en wetenschap
- ☐ maatschappelijk handelen
- ☐ professionaliteit

Toetsing en beoordeling

Observatie op meerdere momenten door meerdere begeleiders. De voortgang op groei, kwaliteit, kennis, vaardigheden en attitude vindt plaats via:

- KPB's;
- OSATS;
- 360-graden feedback;
- relevante praktijkleerdoelen;
- aanvullende cursussen: ATLS.

KWALITEITSKADER INZET PHYSICIAN ASSISTANT EN VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IN DE AMBULANCEZORG

AMBULANCEZORG NEDERLAND

Ambulancezorg Nederland
Veerallee 68
8019 AE Zwolle

088 38 38 200
info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl