

# Nota van toelichting

## Algemeen

### 1. Inleiding

De Wet BIG biedt de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur vast te leggen dat (categorieën van) beroepsbeoefenaren beschikken over specifieke deskundigheid om zonder toezicht door of tussenkomst van de opdrachtgever bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren (zogenoemde functioneel zelfstandige bevoegdheid).<sup>1</sup> In het Besluit functionele zelfstandigheid (hierna: Besluit) zijn drie categorieën beroepsbeoefenaren aangewezen, waaronder de ambulanceverpleegkundige.<sup>2,3</sup> Dit houdt in dat deze beroepsbeoefenaren in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar (arts), maar zonder toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever, bepaalde in het Besluit genoemde voorbehouden handelingen zelfstandig mogen verrichten. Die functioneel zelfstandige bevoegdheid is voor de ambulanceverpleegkundige noodzakelijk vanwege de bijzondere omstandigheden waarin de ambulanceverpleegkundige voorbehouden handelingen verricht. Deze omstandigheden hebben betrekking op het in spoedeisende situaties snel en doelgericht levensreddende voorbehouden handelingen uit te voeren zonder toezicht en tussenkomst van een arts, en bovendien op het feit dat de ambulanceverpleegkundige zelf moet bepalen of en zo ja welke voorbehouden handeling moet worden uitgevoerd. Door deze omstandigheden onderscheidt de ambulanceverpleegkundige zich van bijvoorbeeld de BIG-geregistreerde verpleegkundigen die werkzaam zijn in ziekenhuizen op een intensive care afdeling of op de afdeling spoedeisende hulp. Laatstgenoemden kunnen zich zo nodig verzekeren van tussenkomst en toezicht van een arts bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

In het Besluit is daarom alleen aan de ambulanceverpleegkundige de functioneel zelfstandige bevoegdheid toekend voor een vijftal voorbehouden handelingen.<sup>4</sup> Het gaat specifiek om het toepassen van electieve cardioversie<sup>5</sup>, het toepassen van defibrillatie<sup>6</sup>, het in- en extuberen van de luchtpijp met een orale of nasale tube<sup>7</sup>, het toepassen van drainagepunctie bij een spanningspneumothorax<sup>8</sup> en het verrichten van een coniotomie.<sup>9</sup> De opdracht voor het uitvoeren van deze handelingen is in de ambulancezorg zeer geprotocolleerd vastgelegd.<sup>10</sup>

Om over de vereiste deskundigheid te beschikken tot het functioneel zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen, dient de ambulanceverpleegkundige na de initiële opleiding tot verpleegkundige<sup>11</sup> een vervolgopleiding te volgen. In het Besluit is een aantal eisen opgenomen waaraan deze vervolgopleiding moet voldoen. Twee van deze eisen zijn:<sup>12</sup>

---

<sup>1</sup> Artikel 39 Wet BIG.

<sup>2</sup> Naast de ambulanceverpleegkundige zijn ook de verpleegkundige en de mondhygiënist in het Besluit aangewezen.

<sup>3</sup> Ambulanceverpleegkunde is een expertisegedebied binnen de verpleegkunde.

<sup>4</sup> Artikel 3 Besluit functionele zelfstandigheid.

<sup>5</sup> Het door middel van toediening van een stroomstoot over de borstkas corrigeren van hartritmestoornissen.

<sup>6</sup> Het door middel van een stroomstoot beëindigen van fibrilleren van een ventrikel.

<sup>7</sup> Het via de mond, in geval van een orale tube, of via de neus, in geval van een nasale tube, in de luchtpijp inbrengen of uit de luchtpijp verwijderen van een buis. Deze handeling valt onder de categorie 'catheterisaties uitvoeren' van de voorbehouden handelingen in de Wet BIG.

<sup>8</sup> Het inbrengen van een holle naald in de borst bij een klaplong teneinde lucht te doen ontsnappen. Deze handeling valt onder de categorie 'catheterisaties uitvoeren' van de voorbehouden handelingen in de Wet BIG.

<sup>9</sup> Het vrijmaken van de ademweg door middel van het creëren van een opening in het strottenhoofd via een dwarse insnijding tussen schild- en ringkraakbeen. Deze handeling valt onder de categorie 'heelkundige handelingen' van de voorbehouden handelingen in de Wet BIG.

<sup>10</sup> Samenstelling en uitvoering van de protocollen bij de ambulancedienst gebeurt onder verantwoordelijkheid van artsen verbonden aan die ambulancedienst. Aan de hand van de protocollen stellen de ambulanceverpleegkundigen vast welke handelingen vereist zijn.

<sup>11</sup> Het gaat hier om BIG-geregistreerde verpleegkundigen.

<sup>12</sup> Artikel 3a, tweede lid, onder 2° en 3° Besluit functionele zelfstandigheid.

- (i) De opleiding is door Stichting College Zorg Opleidingen (CZO) erkend en
- (ii) De opleiding heeft een studielast van tenminste 1109 uren bestaande uit tenminste 928 praktijkuren en 184 theorie-uren.

Het CZO is een non-profit organisatie die in 2003 is ontstaan uit een samenwerkingsverband tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Het CZO ziet toe op het behoud van kwaliteit van de zorgopleidingen die onder haar ressorteren. De opleidingen worden op uniforme wijze getoetst waarna, bij goed resultaat, het CZO de opleiding erkent. Daarnaast verstrekt het CZO eenduidige diploma's en registreert deze landelijk.

De kwantitatieve norm van 1109 uren in het Besluit is vastgesteld op basis van door het CZO ingeschatte gemiddelde van de benodigde uren theorie- en praktijkonderwijs om als ambulanceverpleegkundige functioneel zelfstandig voorbehouden handelingen te kunnen verrichten.

In het onderhavige wijzigingsbesluit wordt deze kwantitatieve urennorm vervangen door een alternatieve kwalitatieve norm gebaseerd op de systematiek van de Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS)<sup>13</sup> toegepast op de ambulanceverpleegkundige. Reden voor deze wijziging die door Ambulance Zorg Nederland (AZN) is voorgesteld is dat de huidige kwantitatieve urennorm niet meer aansluit bij de nieuwe didactische principes van de CZO-opleidingen, waaronder de vervolgopleiding tot ambulanceverpleegkundige. Hiernaast is het omwille van een toekomstbestendige arbeidsmarkt belangrijk dat opleidingen flexibel en op maat zijn ingericht en kunnen voorzien in de behoeften van de zorgsector.

In de navolgende paragraaf wordt dit nader toegelicht.

## 2. *Vervanging kwantitatieve urennorm door een kwalitatieve norm*

### a. Gewijzigde didactische principes (kwalitatieve norm)

In 2022 zijn er door het CZO wijzigingen doorgevoerd in de CZO-erkende vervolgopleidingen voor verpleegkundigen, zoals ambulanceverpleegkundigen, en voor bijvoorbeeld medisch ondersteunend personeel, zoals operatieassistenten, anesthesiemedewerkers en sedatiepraktijkspecialisten. Deze wijzigingen hebben alleen betrekking op de didactische principes van de opleiding en niet op *wat* er wordt geleerd. De eindtermen van de opleidingen blijven hetzelfde. Dit betekent dat de inhoudelijke vereisten waaraan beginnende beroepsbeoefenaren, zoals ambulanceverpleegkundigen, moeten voldoen na het voltooien van de opleiding niet zijn veranderd.

Het doel van deze wijzigingen is om de opleidingen flexibeler te maken en beter af te stemmen op de behoeften van de zorgsector en de wensen van zorgverleners en zorginstellingen. Hierdoor kunnen de opleidingen beter inspelen op veranderende zorgbehoeften en de vereiste functies, kennis, vaardigheden en ervaring.

De nieuwe didactische principes houden in dat het door CZO erkende vervolgonderwijs opgebouwd is uit Entrustable Professional Activities (EPA's). EPA's zijn de professionele activiteiten of taken die aan een zorgverlener kunnen worden toevertrouwd na supervisie door diens praktijkbegeleider. Dit betekent dat de zorgverlener heeft laten zien aan diens begeleider dat die bekwaam is om specifieke taken uit te voeren. De opleiding tot ambulanceverpleegkundige bevat alle EPA's die nodig zijn om het werk als ambulanceverpleegkundige goed uit te kunnen voeren.

EPA's zijn inhoudelijk gebaseerd op de CanMEDS competenties. Het CanMEDS model is een methodiek om scholing voor beroepsbeoefenaren in de zorg te kwalificeren in termen van competenties en wordt in verschillende (vervolg)opleidingen voor beroepsbeoefenaren in de zorg

---

<sup>13</sup> De CanMEDS systematiek is in Canada ontwikkeld voor artsen in opleiding. Inmiddels wordt het systeem wereldwijd gebruikt, en dus ook in Nederland.

toegepast.<sup>14</sup> Voor de ambulanceverpleegkundige zijn zeven competentiedomeinen gedefinieerd, en binnen elk van deze competentiedomeinen dient de ambulanceverpleegkundige te beschikken over bepaalde competenties: een set aan kennis, vaardigheden en houding. De zeven CanMEDS competenties van de ambulanceverpleegkundige bestaan uit: vakinhoudelijk handelen (waaronder ook het uitvoeren van voorbehouden handelingen wordt verstaan), communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, leiderschap en professionaliteit. Alle CanMEDS competentiegebieden zijn geïntegreerd en geoperationaliseerd in de EPA's.

Een voorbeeld van een EPA is 'Zorg verlenen aan een volwassen patiënt met een (dreigend) cardiorespiratoir arrest' (hartstilstand). Deze EPA omvat alle competenties die nodig zijn om zorg te kunnen bieden aan patiënten met een (dreigende) hartstilstand. Om deze EPA toevertrouwd te krijgen dient de ambulanceverpleegkundige onder andere aantoonbaar bekwaam te zijn in het toepassen van een defibrillatie, één van de vijf voorbehouden handelingen die in de vervolgopleiding tot ambulanceverpleegkundige wordt aangeleerd (onderdeel van de CanMEDS-competentie vakinhoudelijk handelen) en aantoonbaar bekwaam te zijn op het gebied van samenwerken met andere disciplines (CanMEDS-competentie samenwerking).

Aanvullend op de EPA's moeten ook zogenaamde EPA-overstijgende leeractiviteiten (EOL) worden afgerond. Dat zijn activiteiten die niet geschikt zijn om enkel na supervisie van een begeleider toe te vertrouwen. Een voorbeeld hiervan is het uitvoeren van onderzoek. In dit geval wordt niet in de praktijk beoordeeld, maar wordt het opgeleverde onderzoek (product) door de begeleider beoordeeld volgens het beoordelingsformulier van het CZO<sup>15</sup>.

Elke EPA en EOL heeft CZO-credits (vergelijkbaar met studiepunten in het hoger onderwijs), die de waarde van de leerresultaten vertegenwoordigen. Een getuigschrift wordt uitgereikt door het CZO wanneer alle vereiste EPA's en de EOL's zijn afgerond en de bijbehorende CZO-credits zijn behaald.

#### b. Noodzaak vervanging urennorm door een kwalitatieve norm

Vanaf 1 januari 2023 worden ambulanceverpleegkundigen volgens de nieuwe didactische principes opgeleid. Door het hanteren van EPA's en het feit dat een begeleider een zorgverlener in opleiding pas professionele activiteiten toevertrouwt op het moment dat de zorgverlener heeft laten zien daarin voldoende bekwaam te zijn, is de duur van de opleiding afhankelijk van de snelheid van de ontwikkeling van de zorgverlener.

Door de huidige vereiste kwantitatieve urennorm is het echter niet mogelijk om de opleidingsduur aan de ontwikkeling van de student aan te passen. De huidige urennorm in het Besluit beperkt de mogelijkheden om een zorgverlener bevoegd en bekwaam te verklaren die - bijvoorbeeld door eerder opgedane kennis, kunde en ervaring - in minder dan 1109 uren de benodigde EPAs en EOL's krijgt toevertrouwd en de bijhorende CZO-credits krijgt toegekend. Het gevolg hiervan is dat ambulanceverpleegkundigen niet functioneel zelfstandig ingezet kunnen worden, ondanks dat zij de vervolgopleiding tot ambulanceverpleegkundige succesvol hebben afgerond en bevoegd en bekwaam zijn verklaard. Bovendien worden opleidingsplekken onnodig bezet gehouden, hetgeen invloed heeft op de instroom van nieuwe ambulanceverpleegkundigen. Omwille van een toekomstbestendige arbeidsmarkt in zorg en welzijn is het belangrijk dat opleidingen flexibel zijn en kunnen voorzien in de behoeften van de zorgsector.

Om de voornoemde belemmering van de urennorm op te heffen en flexibel en op maat opleiden mogelijk te maken wordt de in artikel 3a, tweede lid, onderdeel 3, van het Besluit de urennorm van 1109 uur vervangen door een kwalitatieve norm.

Deze kwalitatieve norm houdt in dat de betrokkene zowel theoretisch als praktisch onderwijs krijgt dat erop gericht is dat de betrokkene de hierboven genoemde zeven CanMEDS competenties verwerft. Zoals hierboven aangegeven, zijn de zeven CanMEDS competenties geïntegreerd in de EPA's, en ontlenen ze daarmee hun concrete betekenis en context aan de EPA's. De EPA's worden pas toevertrouwd aan een zorgverlener in opleiding op het moment dat hij heeft laten zien dat hij

---

<sup>14</sup> Zoals de operatieassistent, anesthesiemedewerker, intensivacareverpleegkundige of spoedeisendehulpverpleegkundige (zie: [De EPA's per cluster en opleiding - CZO Flex Level](#)). Zie bijvoorbeeld ook het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied physician assistant.

<sup>15</sup> [Begeleiden, toetsen en bekwaam verklaren - CZO Flex Level](#)

daarin voldoende bekwaam is. Een getuigschrift wordt pas door het CZO uitgereikt wanneer alle vereiste EPA's zijn afgerond en de bijbehorende CZO-credits zijn behaald.

Gelet hierop wordt de kwalitatieve norm op basis van de CanMEDS als geschikt alternatief geacht ter vervanging van de kwantitatieve urennorm. Zoals hierboven ook reeds vermeld zijn de inhoudelijke vereisten waaraan de beginnende ambulanceverpleegkundige moet voldoen niet gewijzigd; het *kennen* en *kunnen* is hetzelfde gebleven. Na het met goed gevolg afronden van de vervolgopleiding met hantering van de kwalitatieve norm is de ambulanceverpleegkundige deskundig en bekwaam om de voorbehouden handelingen functioneel zelfstandig te verrichten. De patiëntveiligheid is daarom geborgd.

### 3. *(Financiële) gevolgen en regeldruk*

De opleiding van ambulanceverpleegkundigen wordt bekostigd via een standaard opslag op de vergoeding voor de beschikbaarheidsdiensten in de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's), en niet op basis van het aantal opleidingsplekken. Dit is vastgelegd in de beleidsregels inzake regionale ambulancevoorzieningen 2024 van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza).<sup>16</sup> Zoals toegelicht is met het hanteren van EPA's de duur van de opleiding afhankelijk van de snelheid van de ontwikkeling van de zorgverlener. Als in minder dan 1109 uren de vervolgopleiding kan worden afgerond, dan kan - door het wijzigen van deze kwantitatieve urennorm door een kwalitatieve norm - de doorstroom in de vervolgopleiding tot ambulanceverpleegkundigen worden geoptimaliseerd ten opzichte van de huidige situatie waarin tenminste 1109 onderwijsuren verplicht zijn. Als de doorstroom wordt geoptimaliseerd kan het vastgestelde budget voor het opleiden van ambulanceverpleegkundigen naar verwachting maximaal worden benut en jaarlijks worden uitgeput. Omdat de hoogte van het vastgestelde budget niet wijzigt, heeft dit verder geen financiële gevolgen. Een mogelijke verhoging van opgeleide ambulanceverpleegkundigen binnen het bestaande vastgestelde door het optimaliseren van de doorstroom draagt bij aan de tekorten in de ambulancesector. Bovendien past dit bij het laatste advies van het Capaciteitsorgaan, dat ongeveer 20% boven de gerealiseerde instroom lag.<sup>17</sup>

Evenmin zijn er gevolgen voor de regeldruk voor zorgverleners, zorgorganisaties en opleidingsinstituten omdat de didactische principes en manier van flexibel opleiden tot ambulanceverpleegkundigen bestaande praktijk is. Bovendien zijn de taken van de contactpersonen studentenregistratie bij de registratie van studenten zijn voor EPA-gerichte en niet EPA-gerichte opleidingen (oude stijl) onveranderd.<sup>18</sup>

### 4. *Uitvoeringstoets*

PM

### 5. *Advies en consultatie*

PM

---

<sup>16</sup> [Beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen 2024 - BR/REG-24148a - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

<sup>17</sup> [Capaciteitsplan-2022\\_2025-Deelrapport-8-FZOAVP-DEF-12-jan-23.pdf \(capaciteitsorgaan.nl\)](#)

<sup>18</sup> [Studentenregistratie voor zorgorganisaties | College Zorgopleidingen \(czo.nl\)](#)

## **Artikelsgewijs**

### *Artikel I, onderdeel A*

Met de wijziging van artikel 3a, tweede lid, onder 3°, van het Besluit wordt de urennorm vervangen door een kwalitatieve norm: de opleiding omvat zowel theoretisch als praktisch onderwijs dat gericht is op het verwerven van de competenties (CanMEDS competenties) die betrekking hebben op het deskundigheidsgebied van de ambulanceverpleegkundige.

### *Artikel I, onderdeel B*

In het nieuwe artikel 3aa worden vervolgens de zeven CanMEDS competenties genoemd. Per competentie wordt tevens aangegeven welke bekwaamheden daaronder vallen. Reden om dit expliciet in het wijzigingsbesluit op te nemen is dat de kwalitatieve norm een belangrijk onderdeel is van de opleidingseisen voor de ambulanceverpleegkundige voor het verkrijgen van de bevoegdheid om functioneel zelfstandig voorbehouden handelingen te verrichten. Duidelijk moet zijn wat deze kwalitatieve norm inhoudt waaraan de ambulanceverpleegkundige moet voldoen.

In het algemeen deel van de toelichting is uitgebreid ingegaan op het nieuwe didactische principe van de CZO-opleiding tot ambulanceverpleegkundige en de systematiek van de CanMEDS. Hierna wordt een aantal competenties toegelicht.

#### *Competentie vakinhoudelijk handelen (tweede lid)*

Deze competentie omvat verschillende aspecten, zoals het verzamelen en interpreteren van relevante gegevens, het plannen van zorg en het evalueren, rapporteren en overdragen. De ambulanceverpleegkundige is in het kader van verzamelen en interpreteren van relevante gegevens in staat om in voorspelbare en onvoorspelbare situaties op basis van een (hetero)anamnese een gedetailleerd beeld van de (levensbedreigende) gezondheidsproblematiek van de patiënt te vormen. Een anamnese houdt in dat de ambulanceverpleegkundige op een systematische wijze vragen aan de patiënt stelt over de ziektegeschiedenis van een patiënt en het ontstaan en verloop van klachten en ziekte. Indien de patiënt niet in staat is de anamnesevragen te beantwoorden, verzamelt de ambulanceverpleegkundige de relevante gegevens bij familie of andere personen (hetero-anamnese). Op basis van de verkregen informatie kan de ambulanceverpleegkundige beredeneren welke verpleegkundige zorg uitgevoerd moet worden. De ambulanceverpleegkundige verleent zorg in laag-, midden en hoogcomplexe situaties. In laag complexe situaties is het verloop van de zorg in hoge mate voorspelbaar, waarbij vitale functies van de zorgvrager niet behoeven te worden ondersteund en slechts één andere zorgverlener of ketenpartner betrokken is. De ambulanceverpleegkundige verricht enkele verpleegkundige interventies. In midden complexe situaties is het verloop van de zorg redelijk voorspelbaar. Een of meerdere vitale functies van de zorgvrager moeten worden ondersteund waarbij de zorgvrager stabiel is en maximaal twee andere zorgverleners of ketenpartners betrokken zijn. De ambulanceverpleegkundige verricht meerdere verpleegkundige interventies. In hoog complexe situaties is het verloop van de zorg wisselend en onvoorspelbaar. Meerdere vitale functies moeten worden ondersteund waarbij de zorgvrager instabiel is. In geval van complexe zorg zijn meer dan twee andere zorgverleners of ketenpartners betrokken en verricht de ambulanceverpleegkundige veel verpleegkundige interventies.

#### *Competentie communicatie (derde lid)*

De ambulanceverpleegkundige draagt zorg voor een effectieve communicatie en interactie met alle betrokkenen. Het gaat onder andere om zorgverleners, zoals de ambulancechauffeur, medewerkers in de Meldkamer Ambulancezorg, collega ambulanceverpleegkundigen, artsen en verpleegkundig specialisten, en daarnaast tevens om hulpverleners bij de brandweer en politie, en andere functionarissen, zoals specifieke personen van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio of ten tijde van Opgeschaalde Ambulancezorg (GHOR) zoals de Officier van Dienst Geneeskunde. De ambulanceverpleegkundige communiceert mondeling en schriftelijk op operationeel niveau en rapporteert op een adequate wijze aan alle betrokkenen.

#### *Competentie samenwerking (vierde lid)*

De ambulanceverpleegkundige kan op verschillende niveaus doelmatig en effectief samenwerken met alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten. Op monodisciplinair niveau werkt de ambulanceverpleegkundige samen met collega ambulanceverpleegkundigen. Op multidisciplinair niveau werkt de ambulanceverpleegkundige samen met betrokkenen vanuit verschillende doelstellingen. Een voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen de ambulanceverpleegkundige en de politie, waarbij de ambulanceverpleegkundige het doel nastreeft om adequaat acute zorg te verlenen en de politie het doel nastreeft om veiligheid te borgen. Op interprofessioneel niveau werken ambulanceverpleegkundigen samen met andere zorgverleners (vanuit een gezamenlijke doelstelling). Een voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen de ambulanceverpleegkundige en de arts die gezamenlijk het doel nastreven om adequaat acute zorg te verlenen.

#### *Competentie kennis en wetenschap (vijfde lid)*

De ambulanceverpleegkundige draagt bij aan het evidence based handelen door het ontwikkelen en verbeteren van de beroepssituatie door vanuit een probleem- of vraagstelling en ontwikkel- of verbeterplan op te stellen. De ambulanceverpleegkundige draagt zorg voor het actueel houden van de vakkennis en innovatie-ontwikkelingen in het eigen vakgebied.

#### *Competentie maatschappelijk handelen (zesde lid)*

De ambulanceverpleegkundige heeft kennis van wet- en regelgeving zoals de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en past deze toe. De ambulanceverpleegkundige geeft tevens voorlichting aan patiënten over bijvoorbeeld gezondheidsrisico's en neemt waar nodig preventieve maatregelen om gezondheidsrisico's te beperken. De ambulanceverpleegkundige heeft in het kader van preventie aandacht voor onderwerpen als medicatieveiligheid, infectiepreventie, antibioticaresistentie en het melden van incidenten.

#### *Artikel II*

In de inwerkingtreding zal bij koninklijk besluit worden voorzien. De beoogde inwerkingtredingsdatum is 1 juli 2024.

De Minister voor Medische Zorg,