

KWALITEITSKADER LAAG- EN MIDDEN- COMPLEXE AMBULANCEZORG



TLP:WHITE



AMBULANCEZORG
NEDERLAND



KWALITEITSKADER LAAG- EN MIDDEN- COMPLEXE AMBULANCEZORG

Ambulancezorg Nederland

Nederlandse Vereniging van
Medisch Managers Ambulancezorg

V&VN Ambulancezorg

Versie 1.0, februari 2020

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	4	6.3 Protocollair werken	17
1.1 Inleiding	4	6.4 Medisch management	18
1.2 Totstandkoming Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg	4	7. Materiaal	19
1.3 Evaluatie Pilots Medium Care Ambulancezorg	5	7.1 Inleiding	19
1.4 Betekenis en beperking van het kwaliteitskader	5	7.2 Ambulancevoertuig	19
2. Positionering laag- en middencomplexe ambulancezorg	6	7.3 Inrichting en inventaris	19
2.1 Inleiding	6	7.4 Uniformkleding	20
2.2 Integraal onderdeel regionale ambulancezorg	6	8. Informatievoorziening	21
2.3 Ontwikkeling maatwerk binnen de ambulancezorg	6	8.1 Inleiding	21
2.4 Laag- en middencomplexe ambulancezorg	7	8.2 Informatievoorziening patiënten	21
3. Wettelijk kader		8.3 Afstemming met ketenpartners	21
3.1 Inleiding	8	Afkortingen	22
3.2 Tijdelijke wet ambulancezorg	8	Bijlage 1	23
3.3 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg	8	Casuïstiek laag- en middencomplexe ambulancezorg	
3.4 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg	8	Bijlage 2	25
4. Inzet- en uitsluitcriteria laag- en middencomplexe ambulancezorg	10	Modified Early Warning Score	
4.1 Inleiding	10	Bijlage 3	26
4.2 Inzetcriteria	11	Pediatric Early Warning Score	
4.3 Uitsluitcriteria	11	Bijlage 4	27
4.4 Andere inzetten	11	Deskundigheidsgebied, eindtermen en minimale scholingseisen	
4.5 Regionaal maatwerk ambulancezorg	12	Chauffeur laag- en middencomplexe ambulancezorg	
5. Deskundigheid en bekwaamheid	13	Bijlage 5	30
5.1 Inleiding	13	Deskundigheidsgebied, eindtermen en minimale scholingseisen	
5.2 Deskundigheidsniveau en competenties	13	Verzorgende IG laagcomplexe ambulancezorg	
5.2.1 Chauffeur	13	Bijlage 6	34
5.2.2 Verzorgende IG	14	Deskundigheidsgebied, eindtermen en minimale scholingseisen	
5.2.3 Verpleegkundige	14	Verpleegkundige laag- en middencomplexe ambulancezorg	
5.3 Beleid behoud deskundigheid & bekwaamheid	14	Bijlage 7	38
5.4 Handelingsschema laag- en middencomplexe ambulancezorg	14	Werkgroep Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg	
6. Zorgproces en zorginhoud	17		
6.1 Inleiding	17		
6.2 Zorgproces en ritverwerking	17		



1. INLEIDING



1.1 Inleiding

Het Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg is de opvolger van het Kwaliteitskader Zorgambulance (2017). Landelijke ontwikkelingen in de ambulancezorg, de opkomst zijnde nieuwe wetgeving over ambulancezorg en de pilots Medium Care Ambulancezorg (MCA) die door een drietal Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) zijn ingezet, zijn belangrijke redenen geweest om dit Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg te ontwikkelen.

De huidige zorgambulance, die ooit schoorvoetend en in verschillende variaties zijn intrede deed binnen de reguliere ambulancezorg, levert al ruim tien jaar professionele mobiele zorg op maat. Het in het “Kwaliteitskader Zorgambulance” beschreven inzetcriterium dat geen continue monitoring van de patiënt noodzakelijk mocht zijn, bleek na de vaststelling in 2017 bij meerdere RAV's als een belemmering te worden ervaren. Dit betrof met name RAV's waar niet alleen verzorgenden individuele gezondheidszorg (verzorgende IG) werkzaam zijn, doch waar (ook) verpleegkundigen op de zorgambulances worden ingezet. Het wettelijke kader bood geen ruimte om van het genoemde inzetcriterium af te wijken. Met de ingezette pilots MCA, welke een looptijd van twee jaar hebben, is duidelijk geworden dat verdere zorgdifferentiatie in de regionale ambulancezorg op verantwoorde wijze is te organiseren. Het voor u liggende “Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg” biedt de sector hiertoe een eenduidig en landelijk raamwerk voor deze niet-spoedeisende differentiatie binnen de regionale ambulancezorg.

Het periodiek actualiseren van kwaliteitskaders is vast onderdeel van het kwaliteitssysteem van Ambulancezorg Nederland (AZN). In 2024 zal het voorliggende kwaliteitskader derhalve opnieuw worden geactualiseerd na een landelijke evaluatie.

1.2 Totstandkoming Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg

In opdracht van de ledenvergadering van AZN is een werkgroep samengesteld om een kwaliteitskader in te richten, waarin sectorale randvoorwaarden beschrijven hoe laag- en middencomplexe zorg in de ambulancesector verantwoord kan worden vormgegeven. Gezien het niet-spoedeisende karakter van de al bestaande zorgdifferentiatie zorgambulance is ervoor gekozen om voor deze nieuwe, meer uitgebreide doelgroep het “Kwaliteitskader Zorgambulance” in lijn met de opgedane ervaringen vanuit de pilots MCA te verbreden. De leden van de al bestaande werkgroep Zorgambulance zijn samen met een vertegenwoordiging vanuit de pilotregio's en vanuit de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers (NVMMA) uitgenodigd om in oktober 2019 als nieuwe werkgroep van start te gaan. De vertegenwoordiging van de V&VN vakgroep zorgambulance is ook geborgd in deze nieuwe werkgroep. De betrokkenheid van ambulancezorgprofessionals is in deze cruciaal, dit geldt zowel voor de professionals van de zorgambulance als degenen die ervaringen hebben opgedaan bij de pilots. In een korte periode is met professionele gedrevenheid het “Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg” door de werkgroep gerealiseerd.

In december 2019 is een eerste opzet van dit kader voorgelegd aan de NVMMA. Ook is het concept besproken in de sectorale adviescommissie zorgzaken. Het definitieve concept is in januari 2020 voorgelegd ter instemming aan de ledenvergadering van de NVMMA en aan het bestuur en de vakgroepen van V&VN Ambulancezorg. In februari 2020 is het “Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg” door de leden van AZN bestuurlijk vastgesteld.

1.3 Evaluatie Pilots Medium Care Ambulancezorg

Het evaluatierapport “Pilot medium care ambulancezorg”, dat in september 2019 is uitgebracht, omvat een aantal aanbevelingen en input voor structurele borging. Deze zijn opgesteld vanuit de gedachte dat uitbreiding van de pilots de volgende stap zou zijn. Gezien de strategische keuze van de ledenvergadering van AZN om niet de pilots uit te breiden doch direct sectoraal de zorgdifferentiatie MCA in te bedden, is een aantal van de aanbevelingen en de input minder relevant gebleken voor dit kader. Vanuit de evaluatie verdienen onderstaande items juist wel bij het opstellen van dit kader en de invoering daarvan de aandacht:

- stel een uniform geformuleerd Early Warning Score (EWS)-instrument op;
- stem de opleidingen verder af op de op te leiden professionals;
- borg het verspreiden van kennis en ervaring over dit niveau ambulancezorg;
- betrek medewerkers van de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) actief bij de komst van dit niveau ambulancezorg;
- informeer ketenpartners, waaronder huisartsen, tijdig over de komst van dit niveau ambulancezorg.

1.4 Betekenis en beperking van het kwaliteitskader

De belangrijkste betekenis van dit landelijke “Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg” ligt in de verantwoording voor de geboden kwaliteit van zorg, inclusief de patiëntveiligheid. Het kader bevat minimale eisen van een aantal zorgaspecten waaraan laag- en middencomplexe ambulancezorg dienen te voldoen. De laag- en middencomplexe ambulancezorg zoals bedoeld in dit kader is per definitie geen spoedeisende ambulancezorg. Spoedeisende ambulancezorg wordt uitgevoerd door de ALS-ambulance¹, waaraan vanuit dit kader de benaming hoogcomplexe ambulancezorg is te koppelen. Het “Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg” is vastgesteld als branchenorm.

Het staat iedere RAV vrij om binnen haar verzorgingsgebied laag- en/of middencomplexe niet-spoedeisende ambulancezorg als differentiatie in te zetten. Dit is een strategische keuze. Iedere RAV dient hoogcomplexe ambulancezorg en spoedeisende ambulancezorg te kunnen inzetten. De ambulance-eenheid die hiervoor ingezet kan worden, kan desgewenst ook invulling geven aan laag- of middencomplexe, niet-spoedeisende, zorgvragen. Het advies is om wanneer een RAV kiest laag- of middencomplexe ambulances in te zetten als zorgdifferentiatie, dan een keuze te maken in óf laagcomplexe óf middencomplexe

zorg, om daarmee een duidelijke lijn te houden naar de MKA en naar stakeholders.

Dit kwaliteitskader beperkt zich tot de laag- en middencomplexe ambulancezorg. Deze vorm van zorgdifferentiatie is te allen tijde niet spoedeisend. Hoogcomplexe ambulancezorg en spoedeisende ambulancezorg vallen buiten dit kwaliteitskader.

1. Een ALS (Advance Life Support)-ambulance is een ambulance die door de MKA voor spoedzorg kan worden ingezet. Een voldoende opgeleide ambulance-eenheid en de aanwezigheid van de noodzakelijke medische hulpmiddelen maken deel uit van de ALS-ambulance.



2. POSITIONERING LAAG- EN MIDDENCOMPLEXE AMBULANCEZORG



2.1 Inleiding

Om te duiden op welke zorg dit kwaliteitskader van toepassing is, is een nadere omschrijving van de positionering van laag- en middencomplexe ambulancezorg van belang.

2.2 Integraal onderdeel regionale ambulancezorg

De laag- en middencomplexe ambulancezorg maken integraal onderdeel uit van de regionale ambulancezorg. Het “Uniform Begrippenkader” (Ambulancezorg Nederland, 2013) geeft de volgende definitie van ambulancezorg:

Ambulancezorg is de zorg die beroepsmatig wordt verleend om een patiënt binnen het kader van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis vereist is, dan wel de patiënt te verwijzen naar een andere zorgverlener. Hoofddoel van ambulancezorg is het behalen van individuele gezondheidswinst op basis van de zorgbehoefte van de patiënt. Het proces ambulancezorg loopt van melding tot en met overdracht.

Ambulancezorg kan worden verdeeld in spoedeisende zorg en niet-spoedeisende zorg. Ook kan ambulancezorg worden ingedeeld in laag-, midden- en hoogcomplexe zorg. Met de laag- en middencomplexe ambulance kan een RAV planbare, laag- of middencomplexe ambulancezorg leveren. Het betreft vervoer met observatie, begeleiding, verzorging (laagcomplex) en al dan niet verpleging (middencomplex) van patiënten tussen het woon- of (tijdelijk) verblijfadres en/of zorginstellingen voor diagnostiek, therapie, opname of ontslag. Er worden afspraken gemaakt met de patiënt, c.q. de aanvrager, over de tijdstippen van halen en brengen en de plaats van bestemming.

Daar waar de MKA een rapid responder als ALS solo-eenheid heeft ingezet, is het uitgangspunt dat vervoer niet nodig is. Mocht ter plaatse blijken dat vervoer wel nodig is, dan heeft de rapid responder de mogelijkheid om vervoer aan te

vragen aan de MKA met een laag-, midden- of hoogcomplexe ambulance. Indien deze vervolgzorg op verzoek van de rapid responder een spoedeisend karakter kent, zet de MKA geen laag- of middencomplexe ambulance in. Ongeacht of dit in een thuissituatie of een openbare ruimte het geval is. Op deze wijze is de zorg zo efficiënt en veilig mogelijk ingericht en is maatwerk voor de patiënt gecreëerd.

2.3 Ontwikkeling maatwerk binnen de ambulancezorg

Net als andere zorginstellingen zijn ook RAV's voortdurend op zoek naar een optimale afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag van patiënten in een almaar veranderend zorglandschap. In het rapport “Juiste zorg op de juiste plek” (Ministerie van VWS, 2018) staat als essentie benoemd: het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichter bij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health). Dit streven is in de sector als het ware vertaald naar ‘goede zorg op maat’. De huidige ontwikkeling naar laag- en middencomplexe ambulancezorg is daar een goed voorbeeld van.

De ontwikkeling naar laag- en middencomplexe ambulancezorg betreft zowel differentiatie in functie als in zorgvorm. Met nadruk op ‘cure’ of juist op ‘care’. Aansluitend op de zorgvraag van de patiënt. Bij al het maatwerk in de ambulancezorg geldt dat kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid essentiële aspecten zijn.

Met de laag- en middencomplexe ambulancezorgverlening is sprake van verdergaande zorgdifferentiatie binnen de ambulancezorg. RAV's leveren hiermee professioneel maatwerk voor specifieke patiëntengroepen met een laag- of middencomplexe zorgvraag. De competenties van de hierbij in te zetten ambulancezorgprofessionals en de inrichting van de ambulancevoertuigen zijn hierop afgestemd. Dat biedt op enkele vlakken meer mogelijkheden voor comfort tijdens de ambulance-inzet voor patiënten en eventuele mantelzorgers of familieleden, dan in ALS-ambulances mogelijk is.

Met deze vormen van zorgdifferentiatie waarbij ambulance-eenheden specifiek en uitsluitend ingezet worden voor dit niet-spoedeisende vervoer, is de planning van de inzetten beter beheersbaar voor de MKA. Daarmee komt men meer tegemoet aan de wensen van patiënten, omdat een ingezette ambulance niet zal worden teruggeroepen voor een spoedinzet. Met zorgdifferentiatie naar laag- en middencomplexe zorg is er bovendien nog het voordeel dat doordat patiënten vaker op tijd bij hun (behandel)afspraken in het ziekenhuis of in de zorginstelling aanwezig zijn, ook daar de zorg beter te coördineren is.

Naast de positieve effecten op kwaliteit van zorg en op doelmatigheid brengt de differentiatie op organisatieniveau meer dynamiek op personeelsgebied. Er ontstaat niet alleen een gezonde diversiteit in het medewerkersbestand, ook is er een uitbreiding van mogelijke (interne) loopbaanpaden. Het uitwerken van deze loopbaanpaden valt weliswaar buiten het bestek van dit kwaliteitskader, het gegeven op zich is een belangrijke en zinvolle bijkomstigheid van de keuze voor differentiatie.

2.4 Laag- en middencomplexe ambulancezorg

In de laag- en middencomplexe ambulancezorg zijn de zorgvragen van patiënten voornamelijk op *care* gebaseerd en minder op *cure*.

Laagcomplexe zorgsituaties laten zich omschrijven als voorspelbare, niet levensbedreigende situaties. Bij patiënten die laagcomplexe ambulancezorg behoeven, is sprake van stabiele vitale functies en is redelijkerwijs te verwachten dat de vitale functies tijdens of door het vervoer niet bedreigd zullen raken. Bij laagcomplexe ambulancezorg volstaat grotendeels het werken volgens routines, standaardprocedures en/of combinaties van (standaard)procedures. De aard van de zorghandelingen is afhankelijk van de situatie ter plaatse en de zorgvraag van de patiënt. Het gaat hierbij om het, in principe door een verzorgende IG, aanbieden van verzorgende handelingen en het behouden, stimuleren en ondersteunen van de zelfredzaamheid van de patiënt en de daarbij horende psychosociale ondersteuning van de patiënt. Daarnaast heeft het ambulanceteam ook aandacht voor de meerrijdende mantelzorgers of familieleden.

Bij middencomplexe zorg kan ook sprake zijn van een meeromvattende, complexere zorgvraag, die past bij het niveau dat de verpleegkundige kan bieden. Verpleegkundige handelingen op het gebied van pijnstilling, ritmebewaking en het (onder bepaalde voorwaarden) continueren van intraveneuze antibiotica-, heparine-, morfine- en TPV-toediening tijdens het vervoer zijn hier voorbeelden van².

De beschreven kenmerken voor de laag- en middencomplexe ambulancezorg zijn richtinggevend voor de inzetcriteria voor deze ambulance-eenheden.

2. Zie handelingsschema paragraaf 5.4.



3. WETTELIJK KADER



3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is enig wettelijk kader geschetst dat op laag- en middencomplexe ambulancezorg van toepassing is.

De RAV biedt met laag- en middencomplexe ambulancezorg een vorm van zorgdifferentiatie aan, zoals dit ook beschreven is in de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz). Dit betekent in zijn algemeenheid dat alle wetten die op ambulancezorg van toepassing zijn, ook voor de laag- en middencomplexe ambulancezorg van toepassing zijn. De “Nota Goede Ambulancezorg” (Ambulancezorg Nederland, 2018) bevat een overzicht van alle relevante wetgeving³. Hieronder volgt een korte beschrijving van de belangrijkste wetten die van invloed zijn op de (kwaliteitsnormen voor) ambulancezorg.

3.2 Tijdelijke wet ambulancezorg

Per 1 januari 2013 is de Twaz in werking getreden. De Twaz zou gelden voor een periode van vijf jaar. In 2017 is de Twaz verlengd tot en met 2020. In 2019 is een conceptwetsvoorstel gedeeld met AZN en andere betrokken partijen. Opzet is dat per 1 januari 2021 een nieuwe wet ambulancezorgvoorziening in werking treedt. Tot die tijd geldt de Twaz.

De Twaz heeft in haar beleidsregels⁴ eisen opgenomen voor zorgdifferentiatie. Artikel 8 van de beleidsregels schrijft het volgende voor:

De regionale ambulancevoorziening past zorgdifferentiatie toe onder de volgende voorwaarden:

- a. *Er zijn inzetcriteria vastgesteld die bepalen welk niveau van zorg onder welke omstandigheden gelden als verantwoorde ambulancezorg, en;*
- b. *Zorgdifferentiatie gaat niet ten koste van de inzetbaarheid van materieel en personeel die nodig zijn om verantwoorde ambulancezorg te leveren in normale en opgeschaalde omstandigheden.*

3.3 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is op 1 januari 2016 in werking getreden en vervangt de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. In de Wkkgz staat een aantal vereisten benoemd die de RAV als zorgaanbieder dient te realiseren als randvoorwaarden voor het kunnen leveren van goede zorg.

Organisatie

Zorgaanbieders moeten volgens de Wkkgz goede zorg aanbieden. Daaronder verstaat de wetgever zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Dit betekent dat de zorg in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Zorgverleners handelen daarbij volgens de professionele standaard. De rechten van de patiënt moeten zorgvuldig in acht worden genomen. In de Wkkgz staat specifiek benoemd dat de patiënt met respect wordt behandeld. De zorgaanbieder dient zijn instelling zo te organiseren dat er voldoende personele en materiële middelen zijn, zowel kwalitatief als kwantitatief, om daadwerkelijk goede zorg te kunnen leveren. Daarbij moeten verantwoordelijkheden en bevoegdheden helder zijn vastgelegd.

De professionele standaard is beschreven in verdere wet- en regelgeving en in de beroeps- of veldnormen.

Het “Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg” is een veldnorm.

3.4 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) heeft als doelstelling de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van

3. Volledige wetteksten zijn te vinden op www.overheid.nl.

4. Beleidsregels van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 september 2011, nr. CZ 3082275, ter uitvoering van artikel 6 derde lid, van de Tijdelijke wet ambulancevoorziening.

beroepsbeoefenaren. Het Besluit functionele zelfstandigheid (Bfz) is een Algemene Maatregel van Bestuur bij de Wet BIG.

Titelbescherming

De Wet BIG regelt in artikel 3 de registratie en de titelbescherming van onder andere verpleegkundigen. Een verpleegkundige heeft pas recht op het voeren van zijn titel als hij in het betreffende register, zijnde het BIG-register⁵, is ingeschreven. Er zijn twee redenen waarom een beroep is opgenomen in artikel 3. Enerzijds is dit gekoppeld aan de zelfstandige bevoegdheid om die beroepsbeoefenaren een voorbehouden handeling te kunnen laten verrichten, anderzijds vult het de behoefte in om bepaalde beroepen onder het tuchtrecht in de gezondheidszorg te laten vallen.

Bij verzorgenden in de individuele gezondheidszorg is de titelbescherming gebaseerd op artikel 34 van de Wet BIG. Met een Algemene Maatregel van Bestuur zijn daar beschermde opleidingstitels aangewezen. Op die manier is geregeld dat de titel van verzorgende in de individuele gezondheidszorg alleen gevoerd mag worden door degene die als zodanig is opgeleid. Een wettelijk geregelde registratie van beroepsbeoefenaren die recht hebben op een opleidingstitel is er niet.

Vorbehouden handelingen

In de Wet BIG is in artikel 36 een aantal handelingen genoemd die zelfstandig slechts verricht mogen worden door daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren. Die handelingen worden de voorbehouden handelingen genoemd, het zijn handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich brengen als ze door een ondeskundige persoon worden uitgevoerd^{6,7}. Bij alle voorbehouden handelingen staat genoemd welke beroepsbeoefenaar voor die handeling zelfstandig bevoegd is, zoals het onder narcose brengen door artsen. Voor alle voorbehouden handelingen geldt dat men slechts bevoegd is, als men ook bekwaam is. Een zelfstandig bevoegde kan onder strikte voorwaarden zorgverleners die op grond van de wet voor de handeling onbevoegd zijn, toch de bevoegdheid geven tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen. De mogelijkheid voor tussenkomst en toezicht van de opdrachtgever is daarbij van cruciaal belang⁸.

Besluit functionele zelfstandigheid

In het aanvullende Besluit functionele zelfstandigheid zijn regels betreffende de deskundigheid van verpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen beschreven⁹. Binnen bepaalde kaders mogen zij, zonder toezicht en tussenkomst

van de opdrachtgever, voorbehouden handelingen verrichten. Voorbeelden hiervan zijn het geven van een subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie evenals het verrichten van een blaaskatheterisatie bij volwassenen en het inbrengen van een maagsonde of infuus door verpleegkundigen. Ambulanceverpleegkundigen mogen vanuit het Bfz meer voorbehouden handelingen uitvoeren dan verpleegkundigen.

Risicovolle handelingen

Naast de voorbehouden handelingen zijn er risicovolle handelingen. Dit betreft bijvoorbeeld het toedienen van zuurstof. Deze risicovolle handelingen zijn niet in de Wet BIG (of andere wetgeving) beschreven.

Buiten noodzaak (kans op) schade veroorzaken

De wetgever heeft in artikel 96 en 97 van de Wet BIG benoemd dat degene die bij het verrichten van handelingen het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, strafbaar kan zijn. Met deze artikelen zijn zowel zorgverleners met titelbescherming als zorgverleners zonder titelbescherming aan te spreken op hun handelen.

5. <https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/>
6. Recht voor professionals in de zorg. Beumer. F.J.A, Reith e.a., 2016
7. <https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/rechtenenplichten/>
8. Binnen V&VN is geadviseerd om uit te werken onder welke voorwaarden specifieke voorbehouden handelingen door de verzorgende IG mogen worden uitgevoerd. Daarbij wordt een periodieke (theoretische en praktijk) toetsing t.a.v. de bekwaamheid van de verzorgende IG in overweging genomen. De specifieke setting in de ambulancezorg verdient daarbij aandacht. Dit thema is nog niet afgerond.
9. De verzorgende IG is niet genoemd in het Besluit functionele zelfstandigheid.



4. INZET- EN UITSLUITCRITERIA LAAG- EN MIDDENCOMPLEXE AMBULANCEZORG



4.1 Inleiding

De indicatiestelling voor en de inzet van laag- of midden-complexe ambulancezorg vindt plaats op de MKA. Dit gebeurt aan de hand van door de RAV vastgestelde criteria gebaseerd op dit kwaliteitskader. Regionaal maatwerk is daarmee mogelijk.

MKA-centralisten voeren de zorgintake uit, ondersteund door triage. Deze verpleegkundig centralisten bepalen of de gevraagde zorg binnen de criteria van laag- of middencomplexe ambulancezorg kan worden geleverd. Het is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundig centralist om de juiste zorgindicatie vast te stellen, afgestemd op de individuele zorgvraag van de patiënt. Het advies is om, gezien de doelgroep binnen de laag- of middencomplexe ambulancezorg, gericht te vragen naar de aanwezigheid van een NRN-beleid en eventuele (pijn)medicatie, ook indien dit zo nodig is voorgeschreven. Heldere inzet- en uitsluitcriteria voor de laag- en middencomplexe zorg zijn hierbij dan ook onmisbaar. Het voorliggend kader biedt randvoorwaarden voor goede zorg binnen deze niveaus.

Bij alle zorgvuldigheid in het aanname- en indicatieproces op de MKA, blijft het een professionele afweging van de zorgverleners die ter plaatse komen of de individuele zorgbehoefte van de patiënt op dat moment past binnen de inzetcriteria in het algemeen en binnen het competentieniveau van de ingezette ambulancezorgprofessionals in het bijzonder. Indien dit niet past, informeren zij direct de MKA hierover opdat een passende zorginzet volgt.

4.2 Inzetcriteria laag- en middencomplexe ambulancezorg

Hierna zijn de inzetcriteria voor laag- en middencomplexe, niet-spoedeisende ambulancezorg omschreven. Deze omkaderen de mogelijkheden van de zorgdifferentiatie. Bijlage 1 geeft ter illustratie enige casuïstiek weer, welke zich voordoet binnen

de laag- en middencomplexe ambulancezorg. De inzetcriteria liggen, op basis van de Twaz, sectoraal vast.

Zowel laag- als middencomplexe ambulance-eenheden kunnen bij een zorgsituatie worden ingezet als deze situatie aan alle volgende criteria¹⁰ voldoet:

- er is sprake van een medische indicatie¹¹ afgegeven door een bevoegd aanvrager. Dit is in de regel een medicus: huisarts, verpleeghuisarts, specialist ziekenhuis of psychiater. De aanvrager kan ook een ambulanceverpleegkundige/ BMH-er zijn, welke als rapid responder is ingezet en ter plaatse is bij de patiënt¹².
- het betreft een niet-spoedeisende inzet, welke zonder optische en/of geluidssignalen wordt gereden;
- de zorgvraag van de patiënt is met triage door de verpleegkundig centralist van de MKA vastgesteld als niet hoogcomplex; een niet hoogcomplexe zorgvraag is er indien een patiënt tenminste twee uur voorafgaand aan de inzet van ambulance-eenheid stabiel is, d.w.z. haemodynamische en neurologisch in een gelijkblijvende situatie zonder acute interventie én waarbij de bevoegd aanvrager aangeeft geen acute interventies te verwachten tijdens de inzet.
- de patiënt heeft tijdens het vervoer:
 - laagcomplexe zorg en begeleiding nodig, zonder continue monitorbewaking **of**
 - middencomplexe zorg en begeleiding nodig, eventueel met continue monitorbewaking.

Indien een laag- of middencomplexe ambulance door een andere MKA dan de eigen MKA gevraagd wordt een inzet te doen, dient

10. Op de midden- en laagcomplexe GGZ- en VPH (Vervoer met Psychiatrische Hulpverlening)-inzetten zijn de criteria uit het toekomstige "Kwaliteitskader Mobiele Zorg vóór psychiatrische beoordeling" (AZN, 2020) van toepassing.
11. Medische indicatie is synoniem voor medische noodzaak: er is een medische reden waardoor iemand in aanmerking komt voor (een bepaalde vorm van) zorg, behandeling of geneesmiddelen.
12. De verwachting is dat in de nabije toekomst de Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA) ook als bevoegd aanvrager worden ingezet.

hiervoor eerst toestemming gevraagd te worden aan de eigen MKA.

4.3 Uitsluitcriteria laag- en middencomplex ambulancezorg

Uitsluitcriteria laag- en middencomplex zorg

De centralist van de MKA plant de laag- of middencomplex ambulancezorg niet in, indien de zorgsituatie aan een of meer van de volgende uitsluitcriteria voldoet:

- er is sprake van een voorwaardenscheppende rit;
- de patiënt is jonger dan 6 jaar;
- de patiënt is 6-12 jaar en heeft monitorbewaking nodig;
- de patiënt heeft (dreigende) stoornissen van vitale functies^{13,14};
- de patiënt heeft (een reële kans op) verloskundige problematiek;
- de patiënt krijgt intraveneuze medicatie toegediend, welke een direct of snelwerkend effect heeft op de haemodynamiek (vaso-actieve middelen) én welke korter dan twee uur voor aanvang vervoer is gestart.

Specifieke uitsluitcriteria laagcomplex zorg

Uitsluitcriteria die specifiek gelden voor de inzet van laagcomplex ambulancezorg zijn:

- de patiënt heeft TPV-infusie die tijdens de rit gecontinueerd moet worden;
- de patiënt heeft een centrale lijn met een lopend infuus;
- de patiënt heeft een vervoersindicatie psychiatrie: RM of IBS. Met het inwerking treden van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) per januari 2020 zijn de IBS en RM als het ware opgevolgd door de zorgmachtiging (ZM), de crisismaatregel (CM) en de tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel (TVVCM);
- Patiënten met een dementieel syndroom en patiënten met een vastgestelde depressie vallen op grond daarvan niet onder een uitsluitcriterium.

Uitsluitcriteria en regionaal maatwerk

Als een RAV in haar strategie met een specifieke patiëntengroep de doelgroep van de laag- of middencomplex ambulancezorg wil uitbreiden, is er sprake van regionaal maatwerk¹⁵. Dit kan betekenen dat onder bepaalde voorwaarden een uitsluitcriterium niet meer geldt. Deze voorwaarden dienen vooraf te worden afgestemd met tenminste de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) van de betreffende RAV, opdat deze hier

mee instemt. Het is niet mogelijk om regionale aanpassingen te maken ten aanzien van de inzetcriteria.

4.4 Andere inzetten laag- en middencomplex ambulancezorg

De MKA zet een laag- of middencomplex ambulance-eenheid niet in wanneer er een aanvraag is voor een spoedrit. Dit laat onverlet dat deze ambulances in een situatie terecht komen waarbij spoedeisende zorg noodzakelijk is.

Inzet als eerste-hulp-verlener

Het kan iedere ambulancezorgprofessional overkomen dat hij getuige is van een verkeersongeval of van een (gewelds-) incident waarbij slachtoffers zijn ontstaan. Gezien het voorkomen van de laag- en middencomplex ambulancevoertuigen en het ambulanceteam zelf, zullen omstanders in die situatie mogelijk een hulpvraag stellen aan het team. Om deze reden is het noodzakelijk dat ook de ambulancezorgprofessionals die werken op de laag- of middencomplex ambulance kunnen handelen conform de richtlijnen voor EHBO-ers.

Inzet bij reanimatiesituaties

Iedere ambulance-eenheid kan door de MKA als first responder worden ingezet bij reanimatiesituaties, al dan niet vooruitlopend op de inzet van een ALS-ambulance. De hulp die een laag- of middencomplex ambulance-eenheid dan kan verlenen, dient te passen binnen hun bekwaamheid en binnen het bereik van dit kwaliteitskader.

De MKA kan laag- en middencomplex ambulance-eenheden als first responder inzetten voor een (mogelijke) reanimatie onder de volgende condities:

- de ambulance bevindt zich al in de directe nabijheid van de reanimatiesituatie;
- de ambulance voert geen optische en geluidssignalen.

Inzet in opgeschaalde situaties

Laag- en middencomplex ambulance-eenheden kunnen door de MKA in principe ingezet worden in opgeschaalde situaties. De RAV en GHOR dienen hierover op voorhand afspraken te maken als onderdeel van het GHOR-convenant. De laag- en

¹³. Het gebruik van de Modified Early Warning Score (MEWS) en Pediatric Early Warning Score (PEWS) geeft ter plaatse bij de patiënt een toepasbaar kader. Training in het goed gebruik van de MEWS en PEWS is noodzakelijk. Zie bijlage 2 en 3.

¹⁴. Uitzondering hierop is een terminale patiënt in de laatste levensfase.

¹⁵. Zie paragraaf 4.5 Regionaal maatwerk ambulancezorg.

middencomplexe ambulances vallen in de electieve planvorming voor opgeschaalde situaties buiten het volume van inzetbare hoogcomplexe ambulances.

4.5 Regionaal maatwerk ambulancezorg

Een RAV stelt op basis van dit kwaliteitskader haar regionale criteria vast. De criteria uit het “Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg” zijn volledig over te nemen, daarmee kan de RAV goede zorg leveren. De inzetcriteria liggen, conform de Regeling Twaz, sectoraal vast in dit kwaliteitskader evenals de minimale opleidingsvereisten van de betrokken professionals.

Wanneer een RAV in haar strategie met een specifieke patiëntengroep de doelgroep van deze differentiatie wil uitbreiden, dient dit binnen het medisch beleid onder de verantwoordelijkheid van de MMA te worden uitgewerkt¹⁶. De extra vereisten op het gebied van opleiding- en bekwaamheidsbeleid en aanvullende scholing/training van de ambulancezorgprofessionals om deze doelgroep verantwoorde zorg te kunnen bieden, dienen hierbij ook te zijn vastgelegd. Zo kan een taakaccent psychiatrie worden gecreëerd voor een specifieke patiëntengroep.

Op grond van de Wkkgz is het RAV-bestuur verantwoordelijk voor evaluatie van de zorg in het kader van regionaal maatwerk en eventuele bijsturing naar aanleiding van de uitkomsten van de evaluatie. In het kader van sturing op het “Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg” dient AZN schriftelijk geïnformeerd te worden wanneer specifiek doelgroepenvervoer, als regionaal maatwerk, wordt toegepast.

16. De Bachelor Medische Hulpverlener (BMH) kan na doorlopen van het trainee-programma op de laag- en middencomplexe ambulance ingezet worden. Indien het BMH-traineeprogramma nog niet is voltooid, dient onder verantwoordelijkheid van de MMA een aanvullend scholingstraject, met aandacht voor *care*-aspecten te worden opgesteld én doorlopen alvorens zelfstandige inzet op de laag- en middencomplexe ambulance kan plaatsvinden.



5. DESKUNDIGHEID EN BEKWAAMHEID



5.1 Inleiding

In de “Nota Goede Ambulancezorg” heeft de sector vastgelegd dat deskundigheid van ambulancezorgprofessionals dient te zijn afgestemd op de zorgvraag van de patiënt. In dit hoofdstuk is het deskundigheidsniveau van de zorgverleners op de laag- en middencomplexe ambulances beschreven.

Het kwaliteitskader gaat uit van het minimale deskundigheidsniveau. Dat betekent dat het deskundigheidsniveau van de zorgverleners dient te zijn afgestemd op de inzetcriteria voor de laag- of middencomplexe ambulancezorg, zoals beschreven in hoofdstuk 4.

De RAV kan ervoor kiezen om functies op de laag- of middencomplexe ambulance te combineren. Daarmee is mogelijk dat een ambulancezorgprofessional zowel als chauffeur en als verzorgende IG of verpleegkundige werkzaam is in de laag- of middencomplexe ambulancezorg. Deze professionals voldoen vanzelfsprekend aan de deskundigheidsniveaus en eindtermen van beide functies. De RAV dient in alle gevallen te beschikken over heldere functiebeschrijving voor de betreffende functies.

5.2 Deskundigheidsniveau en competenties

In dit Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg zijn de volgende functies onderscheiden:

- chauffeur,
- verzorgende IG,
- verpleegkundige.

Hieronder zijn voor deze functies de noodzakelijke deskundigheidsniveau en de eindtermen op hoofdlijnen beschreven¹⁷.

De chauffeur kan ingezet worden binnen de laag- en middencomplexe zorg. De verzorgende IG kan sec ingezet worden in de laagcomplexe zorg, de verpleegkundige zal ingezet worden in de middencomplexe zorg doch kan ook laagcomplexe zorg verlenen.

Al deze professionals dienen te voldoen aan de door de sector gestelde eisen en/of eindtermen op het gebied van laag- of middencomplexe ambulancezorg, op de volgende terreinen:

- organisatie van de ambulancezorg;
- methodisch en protocollair werken;
- vervoerstechnieken;
- gebruik van communicatiesystemen.

5.2.1 Chauffeur

De chauffeur bestuurt de laag- of middencomplexe ambulance en is verantwoordelijk voor veilig en comfortabel vervoer van de patiënt en de meerijsende mantelzorgers/familieleden. De chauffeur beschikt over goede rijvaardigheden. Verder beschikt de chauffeur over medische basiskennis en vaardigheden, tenminste op het niveau van de EHBO-richtlijnen. Hij verricht assisterende zorgtaken binnen de laagcomplexe ambulancezorg. Indien relevant, voert de chauffeur ook assisterende zorgtaken binnen de middencomplexe zorgverlening uit; dan vormt hij samen met de verpleegkundige een ambulance-eenheid middencomplexe ambulancezorg. Tevens zijn sociaal communicatieve vaardigheden nodig, in de patiëntenzorg en omwille van het samenwerken in een team. De chauffeur heeft verder een rol in de communicatie met de MKA en met ketenpartners. Tot slot dient de chauffeur te zijn opgeleid om in voorkomende situaties verantwoord incidentmanagement te kunnen toepassen.

De chauffeur heeft, voordat hij zelfstandig ingezet kan worden op de laag- of middencomplexe ambulance, het scholingsprogramma volledig gevolgd waardoor tenminste aan alle minimale scholingseisen is voldaan (bijlage 4). De chauffeur wordt niet ingezet op een ALS-ambulance.

¹⁷. Zie bijlagen 4, 5 en 6.

5.2.2 Verzorgende IG

De verzorgende IG verzorgt en begeleidt patiënten binnen de setting van laagcomplexe ambulancezorg. De verzorgende IG is opgeleid op kwalificatieniveau 3 en heeft bij voorkeur ervaring in de ziekenhuis- en/of thuiszorg. Sociaal communicatieve vaardigheden zijn nodig, in de patiëntenzorg en omwille van het samenwerken in een team. Daarbij dient de verzorgende IG verantwoord incidentmanagement te kunnen toepassen.

De verzorgende IG volgt, voordat hij zelfstandig ingezet kan worden op de laagcomplexe ambulance, het scholingsprogramma waardoor tenminste aan alle minimale scholingseisen is voldaan (bijlage 5). De verzorgende IG wordt niet ingezet op een ALS-ambulance.

5.2.3 Verpleegkundige

De BIG-geregistreeerde verpleegkundige is opgeleid op kwalificatieniveau 4 of 5 en heeft bij voorkeur ervaring in de ziekenhuis- en/of thuiszorg. De verpleegkundige verzorgt en begeleidt patiënten in een laag- of middencomplexe ambulancesetting. Sociaal communicatieve vaardigheden zijn nodig, in de patiëntenzorg en omwille van het samenwerken in een team. Daarbij dient de verpleegkundige verantwoord incidentmanagement te kunnen toepassen.

De verpleegkundige volgt, voordat hij zelfstandig ingezet kan worden op de laag- of middencomplexe ambulance, het scholingsprogramma waardoor tenminste aan alle minimale scholingseisen is voldaan (bijlage 6). De verpleegkundige wordt niet ingezet op een ALS-ambulance.

Voor ambulanceverpleegkundigen welke de functie verpleegkundige voor de laag- en/of middencomplexe zorg gaan vervullen, geldt de scholingseis niet dat het volledige scholingsprogramma moet zijn doorlopen alvorens zij als dusdanig worden ingezet. Hier is individueel maatwerk wenselijk qua scholing.

5.3 Beleid behoud deskundigheid & bekwaamheid

De kwaliteit van de geleverde zorg is in grote mate afhankelijk van de deskundigheid van de zorgverlener(s). Belangrijk is de voortdurende aandacht voor de kwaliteit van de zorg op dezelfde wijze als bij andere onderdelen van de reguliere ambulancezorg. De laag- en middencomplexe ambulancezorg is integraal onderdeel van de gehele ambulancezorg binnen de RAV. Dit betekent o.a. dat voor deze professionals beleid dient te

zijn vastgesteld ten aanzien van behoud van deskundigheid en bekwaamheid.

De individuele professional, de MMA en de RAV hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het verkrijgen en behouden van bekwaamheid van de individuele professional. Dit is van toepassing op alle ambulancezorgprofessionals.

De RAV voorziet in een opleiding voor professionals van de laag- en middencomplexe ambulancezorg, die daarmee kunnen voldoen aan de gestelde eisen in dit kader en aan de hierin genoemde minimale scholingseisen (bijlagen 4, 5 en 6). Bovendien nemen zij deel aan het regionale toetsingsbeleid waarmee de bekwaamheid van deze professionals (periodiek) wordt getoetst. Een specifiek aandachtspunt voor de verpleegkundige in de middencomplexe ambulancezorg is het geoefend blijven in het maken van een ECG.

Het advies van de werkgroep is om de scholing voor zorgprofessionals in de laag- en middencomplexe ambulance landelijk te organiseren. Dit in het kader van eenduidigheid, continuïteit en uitwisselbaarheid.

5.4 Handelingsschema laag- en middencomplexe ambulancezorg

De inzet- en uitsluitcriteria voor de laag- of middencomplexe ambulances zijn vertaald naar een handelingsschema, waarbij ook onderscheid is gemaakt tussen de verzorgende en de verpleegkundige zorghandelingen als zijnde respectievelijk laagcomplexe en middencomplexe zorghandelingen. Doel van het handelingsschema is om te concretiseren welke handelingen de verschillende zorgverleners op basis van zijn competenties moet kunnen uitvoeren, mits daartoe ook bekwaam. Met het vertalen van de criteria naar een handelingsschema sluit het kwaliteitskader aan bij de methodiek die binnen de sector gehanteerd wordt bij het opleidings- en bekwaamheidsbeleid van andere functies binnen de ambulancezorg.

Handelingen laag- en middencomplexe ambulancezorg
Handel conform het Landelijk Protocol Zorgambulance (of diens opvolger)

	Laag-complexe zorg	Midden-complexe zorg
Diagnostische handelingen		
Metten van ademhalingsfrequentie	X	X
Metten zuurstofsaturatie	X	X
Voelen van pulsaties	X	X
Metten van de bloeddruk	X	X
Bepalen van het bewustzijn met AVPU	X	X
Beoordelen van de perifere circulatie/capillaire refill	X	X
Metten van de lichaamstemperatuur	X	X
Metten van het glucosegehalte in het bloed	X	X
Bepalen pijnbeleving met pijnscore/pijnanamnese	X	X
Maken van een ECG (niet beoordelen)		X
Ritmebewaking		X
Therapeutische handelingen		
Head tilt chin lift	X	X
Verwijderen corpus alienum zonder hulpmiddelen	X	X
Buikstoot manoeuvre	X	X
Zuurstoftoediening continueren: aansluiten/controleren flowmeter voor toediening met neuskatheter/bril	X	X
Zuurstoftoediening initiëren: in afwachting van ALS-ambulance-eenheid, tot 6 ltr/min via neuskatheter/bril		X
Zuurstoftoediening initiëren: in reanimatiesetting, op pocketmasker (evt. met zuurstofnippel)	X	X
Mond-keel holte uitzuigen met yankauer		X
Tracheacanule basiszorg		X
BLS met gebruik van AED	X	X
Afdrukken van arteriële bloeding	X	X
Continuering enterale vocht- en voedingstoediening	X	X
Continuëren perifere infuustherapie (isotonische oplossing)	X	X
Continuëren van en toezicht op pijnmedicatie-toediening per infusie, met technische hulpmiddelen die normaliter door de patiënt zelf of door de meerijsende mantelzorgers worden bediend. Mag infuuspomp, spuitpomp of epiduraalpomp betreffen	X	X
Continuëren medicatie-toediening in het kader van zelfmanagement, inclusief “zo nodig” medicatie. Mag verneveling, pijnmedicatie, epipen en medicatie ter coupering epileptisch insult betreffen	X	X
Continuëren toediening i.v. antibiotica in gifts, na tenminste 24 uur start lopend infuus	X	X
Continuëren doorlopende toediening i.v. antibiotica-, heparine-, morfine- en TPV toediening op voorwaarde dat dit tenminste de twee uur voorafgaande aan fysieke overdracht van de patiënt aan het ambulanceteam zonder bijwerkingen is toegediend én waarbij de infusiestand tijdens de inzet ongewijzigd kan blijven		X

	Laag-complexe zorg	Midden-complexe zorg
Initiëren pijnbestrijding paracetamol per os of rectaal	X	X
Initiëren pijnbestrijding paracetamol i.v. of fentanyl/instanyl i.n.		X
Initiëren anti-emetica ondansetron oraal of i.v.		X
Toezicht op en zorg bij: - darmstoma/urinstoma; - blaas- of suprapubisch katheter; - wonden; - drains op waterslot	X	X
Plaatsen venflon		X
Starten waakinfuus		X
Tiltechnieken en vervoerswijzen		
Gebruik van vacuümmatras	X	X
Tillen van patiënt met schepbrancard	X	X
Patiënt overtillen van en naar bed of brancard	X	X
Patiënt tillen met stoeltjesbrancard of draagstoeltje	X	X
Tillen van patiënt van trap met rechte brancard	X	X
In stabiele zijligging positioneren	X	X
Gebruik van transfer- en keerhulpmiddelen (glijmatten etc.)	X	X



6. ZORGPROCES EN ZORGINHOUD



6.1 Inleiding

Laag- en middencomplexe ambulances maken integraal onderdeel uit van het totale aanbod van ambulancezorg. Daaruit vloeit als vanzelfsprekend voort dat het zorgproces voor deze ambulances gelijk is aan het ambulancezorgproces. Zoveel mogelijk is dan ook in dit kwaliteitskader verwezen naar de veldnormen voor “goede zorg” die reeds in de “Nota Goede Ambulancezorg” staan beschreven.

6.2 Zorgproces en ritverwerking

Het zorgproces en de verwerking van ritten zijn voor laag- of middencomplexe ambulances gelijk aan die van de ALS-ambulance. Zorg wordt aangevraagd bij de MKA alwaar de intake en beoordeling van de urgentie plaatsvindt. De verpleegkundig MKA-centralist bepaalt of de zorgvraag binnen de inzetcriteria van de laag- of middencomplexe ambulance valt. Daarna plant de MKA-centralist de ambulance-inzet in en geeft hem uit op de gebruikelijke wijze.

Indien het ambulanceteam ter plaatse vaststelt dat de zorg die de patiënt behoeft niet past binnen de criteria voor de laag- of middencomplexe ambulance en/of het eigen competentiebereik overstijgt, wordt aan de MKA gevraagd om de rit door een passende ambulance-eenheid te laten plaatsvinden. Bij voorkeur maakt het ambulanceteam hierbij gebruik van de EWS. De MKA zet vervolgens deze passende eenheid in. De MKA overlegt met het team van de laag- of middencomplexe ambulance of zij ter plaatse bij de patiënt blijft. De verzorgende IG of de verpleegkundige kan te allen tijde, bij twijfel of discussie met zorgpartners, voor (telefonische) consultatie terugvallen op een achterwacht. Deze achterwachtfunctie ligt formeel bij de MMA, maar kan door de MMA bijvoorbeeld bij een medisch stafbureau of verpleegkundig specialist acute zorg belegd zijn. De RAV beschikt voor deze situaties over een schriftelijke procedure.

Ook voor het invullen van het (elektronisch) ritformulier, de overdracht en de administratieve verwerking van de ritten geldt dat dit in principe niet verschilt van ALS-ritten. Zorgproces en ritverwerking staan beschreven in het kwaliteitssysteem van de RAV.

6.3 Protocollair werken

Protocollair werken vormt in het handelen van professionals op de laag- of middencomplexe ambulance de rode draad. Het in 2018 uitgebrachte Landelijk Protocol Zorgambulance (LPZ) zal in 2020 een update krijgen, welke past bij de verbreding die met het voorliggend kwaliteitskader is ingezet. Protocollen die horen bij middencomplexe zorgprocessen zullen waar nodig worden toegevoegd.

Voor chauffeurs van laag- en middencomplexe ambulances geldt dat op het deelgebied ‘planbare laagcomplexe ambulancezorg’ dezelfde kwaliteit van zorg geboden wordt als op de spoedeisende ambulances. De chauffeur krijgt regionaal alle relevante onderdelen van het VVT-deel van de opleiding tot ambulancechauffeur aangeboden. De “Brancherichtlijn Optische en geluidssignalen spoedeisende medische hulpverlening” dient bekend te zijn voor dat deel dat voor de laag- of middencomplexe ambulance van toepassing is. Een laag- of middencomplexe ambulance kan niet ingezet worden voor een spoedrit, deze doet geen A1 of A2 inzet. Laag- en middencomplexe ambulances rijden zonder gebruikmaking van optische- en geluidssignalen. De richtlijn verwijst ook naar het gebruik van bepaalde signalen en naar ontheffingen die chauffeurs van laag- of middencomplexe ambulances kunnen gebruiken¹⁸, zoals de ontheffing bij het gebruik maken van de vluchtstrook. Ook het “Richtinggevend kader bijzondere verkeersbevoegdheden” en de “Richtlijn eerste veiligheidsmaatregelen bij verkeersongevallen” dienen bekend te zijn bij deze chauffeursgroep, voor zover het past binnen hun taak.

¹⁸. Brancherichtlijn Optische en geluidssignalen spoedeisende medische hulpverlening. AZN - V&VN Ambulancezorg, 2016, Hoofdstuk 7 en 8.

6.4 Medisch management

De eisen en randvoorwaarden die sectoraal zijn vastgesteld met betrekking tot het medisch management, en als dusdanig verwoord in de “Nota Goede Ambulancezorg”, zijn ook van toepassing op laag- en middencomplexe ambulancezorg. Hier vloeien onder meer de volgende taken van de MMA uit voort met betrekking tot deze differentiatie:

- betrokkenheid bij het formuleren van het medisch- en scholingsbeleid, inclusief de daarbij benodigde praktijkleerplannen;
- betrokkenheid bij het formuleren, in het geval van regionaal maatwerk, van aanvullende scholing voor de zorgprofessionals;
- toezien op de uitvoering van het medisch- en scholingsbeleid van de zorgprofessionals;
- toezien op de bevoegdheid en bekwaamheid van de zorgprofessionals;
- toezien op de toepassing van zorginhoudelijke protocollen/LPZ;
- toezien op uitvoering van in de WGBO vastgelegde rechten en plichten van patiënt en zorgverlener;
- medisch-inhoudelijke afstemming met ketenpartners.



7. MATERIAAL



7.1 Inleiding

Uitgangspunt voor het bieden van goede ambulancezorg is dat ambulancezorg wordt geleverd met kwalitatief hoogwaardig en functioneel materiaal. De materialen en apparatuur, veelal medische hulpmiddelen, die binnen de ambulancezorgverlening worden gebruikt zijn doelmatig en doeltreffend en voldoen aan de kwaliteitseisen die hieraan worden gesteld. De materialen en apparatuur zijn afgestemd op de behoeften van patiënten, geldende protocollen en voldoen aan wet- en regelgeving zoals de huidige Wet op de Medische hulpmiddelen en diens opvolgers, welke medio 2020 in werking treden. Deze uitgangspunten voor de ambulancezorg zijn onverkort ook van toepassing op de laag- en middencomplexe ambulancezorg.

7.2 Ambulancevoertuig

De laag- en middencomplexe ambulances maken integraal onderdeel uit van de ambulancezorg. Dit komt ook tot uitdrukking in de uiterlijke kenmerken van deze voertuigen. Qua uiterlijke kenmerken¹⁹ – kleur, striping en nummering – zijn de laag- en middencomplexe ambulance identiek aan de ALS-ambulance. Het onderscheid met een ALS-ambulance komt als volgt tot uitdrukking:

- vermelding niveau zorgdifferentiatie laagcomplexe/ middencomplexe ambulancezorg;
- vermelding nummering: regionummer gevolgd door een nummer vanaf 400.

De laag- en middencomplexe ambulance is erkend als voorrangsvoertuig en dient te voldoen aan de wet- en regelgeving voor voorrangsvoertuigen. Daarbij opgemerkt dat voor de laag- en middencomplexe ambulance zowel primaire als secundaire striping is toegestaan. De laag- en middencomplexe ambulance voert geen spoedritten uit, levert geen hoogcomplexe zorg en maakt geen gebruik van optische- en/of geluidssignalen.

Belangrijk is het besef dat een laag- en middencomplexe ambulance het eerste voorrangsvoertuig bij een (grootschalig) incident kan zijn; de ambulance kan immers bij toeval een incident tegenkomen tijdens de reguliere werkzaamheden. Om deze reden is het van belang dat de betreffende ambulancezorgprofessionals goed bekend zijn met incidentmanagement en het voertuig hierbij adequaat weten in te zetten. De “Richtlijn eerste veiligheidsmaatregelen bij verkeersincidenten” (Rijkswaterstaat, 2016) en de app “Incident Manager” geven hiertoe de kaders.

7.3 Inrichting en inventaris

In het kwaliteitssysteem van de RAV moet inzichtelijk zijn wat de inventaris is en hoe onderhoud en controles zijn vorm gegeven. De laag- en middencomplexe ambulancevoertuigen zijn ingericht voor laag- en middencomplexe zorgvragen. Daarbij ligt de focus op *care*: verzorging, verpleging en begeleiding. In de ambulance is de inventaris hierop afgestemd. Met het aanwezige materiaal moeten de handelingen uit het hiervoor benoemde handelingsschema kunnen worden toegepast. EHBO-materialen dienen in voldoende mate aanwezig te zijn. Evenals een AED en een pocketmasker, welke beschikbaar moeten zijn voor inzet bij een reanimatie. In de middencomplexe ambulance dient een ritmebewakingsmonitor aanwezig te zijn en dient men daarmee een ECG te kunnen vervaardigen. Daarbij is het advies om infuuspompen en/of perfusoren op de ambulances aanwezig te hebben, en anders dienen deze tenminste veilig aangesloten te kunnen worden in het patiëntencompartment. Geneesmiddelen zijn beperkt tot zuurstof, paracetamol en fentanyl/instantyl/ondansetron. Het LPZ geeft invulling aan het gebruik daarvan.

Ten opzichte van een ALS- of hoogcomplexe ambulance kan een laag- en middencomplexe ambulance meer comfort bieden, bijvoorbeeld in de vering van de auto en met het gebruik van een meer comfortabel brancardsysteem met een dikkere matras.

¹⁹. Zie www.striping.nl.

Daarnaast kunnen een voor de patiënt goed uitzicht naar buiten, een mooi afgewerkt interieur, prettige verlichting en eventuele mogelijkheden voor beeld en geluid bijdragen aan het comfort voor de patiënt. Het valt buiten het bestek van dit kwaliteitskader om hier voorschrijvend in te zijn.

7.4 Uniformkleding

Qua uiterlijke kenmerken en qua veiligheid (bescherming, reflectie) is het uniform van de ambulancezorgprofessionals op de laag- en middencomplexe ambulance identiek aan die van de ALS-ambulancemedewerkers. Het onderscheid kan tot uitdrukking komen door de functie te vermelden op de uniformkleding van de betreffende zorgverlener (chauffeur, verzorgende, verpleegkundige) en/of het zorgniveau.



8. INFORMATIEVOORZIENING



8.1 Inleiding

Zowel voor (potentiële) patiënten als voor verwijzers en ketenpartners moet duidelijk zijn wat de differentiatie laag- en middencomplexe ambulancezorg inhoudt en hoe kwaliteit gewaarborgd wordt. Communicatie hierover richting (potentiële) patiënten en ketenpartners is van groot belang. Zoals bij de inleiding van dit kwaliteitskader benoemd, is het advies wanneer een RAV kiest om laag- en middencomplexe ambulances als zorgdifferentiatie in te zetten, dan een keuze te maken in óf laag- óf middencomplexe zorg. Om daarmee een duidelijke lijn te houden naar de MKA en naar alle stakeholders.

kan worden aangevraagd en ingezet. Indien aan de orde maken de RAV en ketenpartners afspraken over de inzet van deze ambulances.

8.2 Informatievoorziening patiënten

Voor patiënten dient helder te zijn wat zij van de laag- en middencomplexe ambulancezorg mogen verwachten. Informatie over deze ambulancezorgdifferentiatie dient voor patiënten dan ook laagdrempelig toegankelijk te zijn. Zowel het gebruik van patiëntenfolders als het plaatsen van informatie op de RAV-website zijn hiervoor geschikt. Naast voor de burger begrijpelijke uitleg over de inzetcriteria voor de laag- en middencomplexe ambulance zijn er meerdere items die aandacht verdienen. Zoals de wettelijke eisen met betrekking tot informatievoorziening, toestemming, dossiervorming en privacy. Deze zijn vastgelegd in de “Nota Goede Ambulancezorg” en ook van toepassing op de laag- en middencomplexe ambulancezorg. Dit geldt evenzeer voor wettelijke eisen met betrekking tot klachtenbehandeling. Het meten van cliënttevredenheid is een verplichting die RAV's kennen in het kader van de Wkkgz.

8.3 Afstemming met ketenpartners

In het kader van de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening is afstemming met ketenpartners over de laag- en middencomplexe ambulancezorg van belang. Voor ketenpartners en bevoegd aanvragers dient helder te zijn in welke situaties en op welke wijze een laag- en middencomplexe ambulance-eenheid

AFKORTINGEN

AED	Automatische Externe Defibrillator
ALS	Advanced Life Support
AVPU	Alert-Verbale-Pain-Unresponsive (bewustzijnniveaus)
AZN	Ambulancezorg Nederland
Bfz	Besluit functionele zelfstandigheid
BLS	Basic Life Support
BMH	Bachelor Medische Hulpverlener
CM	Crisismaatregel
ECG	Elektrocardiogram
EWS	Early Warning Score
GHOR	Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
IBS	In bewaringstelling
IG	individuele gezondheidszorg
i.n.	intra nasaal
i.v.	intra veneus
LPZ	Landelijk Protocol Zorgambulance
MCA	Medium Care Ambulancezorg, gebruikte benaming tijdens pilotfase
MEWS	Modified Early Warning Score
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
MMA	Medisch Manager Ambulancezorg (arts)
NRNB	Niet reanimeren, niet beademen
NVMMA	Nederlandse Vereniging van Medisch Managers
PA	Physician Assistant
PEWS	Pediatric Early Warning Score
RAV	Regionale Ambulancevoorziening
RM	Rechterlijke machtiging
TPV	Totale parenterale voeding
TVVCM	Tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel
Twaz	Tijdelijke wet ambulancezorg
VS	Verpleegkundig Specialist
VVT-deel	vervoerstechnische-deel
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wkkgz	Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg
ZM	Zorgmachtiging

BIJLAGE 1

CASUÏSTIEK LAAG- EN MIDDENCOMPLEXE AMBULANCEZORG

Casus 1

Mevrouw R., 48 jaar, heeft enige weken geleden na een val een bovenbeengips gekregen. Ze woont samen met haar man. Ze moet nu voor een halfjaarlijkse controle naar haar longarts in het ziekenhuis. De assistent van de huisarts belt naar de MKA voor een ambulance. De assistent vertelt dat er is geregeld dat mevrouw R. in het ziekenhuis op de SEH even naar het gips kan laten kijken, omdat mevrouw R. last van heeft van de bovenzijde van het gips. De MKA-centralist plant de laagcomplexere ambulance in voor deze rit.

Casus 2

De MKA ontvangt een telefoontje van een GGZ-psychiater. Mevrouw Q-H was bekend als borderliner en is nu, twee weken na de geboorte van haar dochttertje, in een ernstige depressie gekomen. Ze is daarbij suïcidaal. De thuissituatie laat niet toe dat zij daar verplichte zorg krijgt, zij moet daarom opgenomen worden. De psychiater heeft de crisismaatregel al geregeld en is nu bij mevrouw en haar echtgenoot aanwezig. De MKA-centralist zet een middencomplexere ambulance-eenheid in. De verpleegkundige begeleidt mevrouw Q-H naar de psychiatrische instelling en hoewel mevrouw zich afzet tegen de opname, verloopt de rit zonder complicaties.

Casus 3

De verpleegkundige van de oncologie-afdeling belt met het verzoek om vanmiddag de heer G. met een ambulance over te brengen naar de hospice in zijn woonplaats. Hij heeft een waakinfuus en gebruikt zuurstof. Er is een niet-reanimeren beleid afgesproken, hij is terminaal. Zijn dochter wil graag mee als de heer G. wordt overgebracht. De verpleegkundig centralist vraagt uit hoeveel zuurstof de heer G. gebruikt: vier liter per neusbriil, hij is bekend met lage saturatie van rond de 90%. De centralist verwerkt alle informatie. Wanneer de middencomplexere ambulance-eenheid de heer G. ophaalt, staat zijn dochter klaar. Alle papieren liggen klaar, ook de door de arts getekende verklaring

over het niet-reanimeren beleid. Onderweg naar het hospice is de heer G. amper aanspreekbaar, hij ligt verder rustig. Vlak voor de aankomst in het hospice stopt de ademhaling. Terwijl de dochter rustig tegen haar vader praat overlijdt de heer G. In overleg met de dochter brengt het ambulanceteam de heer G. naar zijn woonadres. Daar wordt zijn eigen huisarts gebeld vanwege het overlijden. Het ambulanceteam blijft ter plaatse tot de huisarts er is, de MKA wordt daarover ingelicht.

Casus 4

De 54-jarige heer T. heeft in het academische ziekenhuis een percutane coronaire interventie (PCI) ondergaan, dit naar aanleiding van zijn non-ST-elevatie myocardinfarct (non-STEMI). De PCI-procedure is vlot en ongecompliceerd verlopen. Er zijn 2 stents in de linker kransslagader (LAD) geplaatst. Na de procedure is de heer T. nog twee uur in de dagbehandeling lounge geweest die het academische ziekenhuis heeft. Gedurende die periode is hij stabiel geweest en is geen enkele ritmeverandering gezien. Nu mag hij bewaakt over naar het perifere ziekenhuis waar hij verder behandeld wordt. Tijdens de overplaatsing moet de monitorbewaking gecontinueerd worden, middels 4 leads-ritmebewaking. De CCU-verpleegkundige van de lounge geeft bij de ritaanvraag aan de MKA-centralist door dat de heer T. alert en stabiel is en noemt de laatste controles: ademfrequentie 16/minuut, saturatie 98%, hartfrequentie 80/minuut en een bloeddruk van 135/80 mm Hg. De heer T. heeft een afdrukband (TR-bandje) op zijn arteria radialis. De centralist zet hierop een middencomplexere ambulance in. Naar aanleiding van de overdracht die de verpleegkundige van de middencomplexere ambulance ontvangt van de CCU-verpleegkundige stelt zij vast dat de heer T. in de EWS 1 punt scoort, daarmee kan de overplaatsing ingezet worden. Drie kwartier later kan de verpleegkundige van de middencomplexere ambulance de heer T. overdragen aan de verpleegkundige van de afdeling cardiologie in het perifere ziekenhuis.

Casus 5

Heer M. is bekend met een dementieel syndroom. Hij heeft vijf maanden geleden een CVA doorgemaakt en is weinig mobiel. Nu moet hij voor het wisselen van zijn katheter naar de uroloog. Hij gaat per laagcomplexe ambulance, die hem van de psychogeriatrische afdeling ophaalt. Een week later belt de verzorgende van de psychogeriatrische afdeling naar de MKA of een ambulance de heer M. weer kan ophalen omdat hij opnieuw naar het ziekenhuis moet, nu op verzoek van de huisarts. Als de MKA-centralist trieert, stelt de MKA-centralist vast dat de heer M. koorts heeft ontwikkeld (38,5° C) na de katheterwisseling en nu lage bloeddruk (85/40 mm Hg) heeft bij een pols van 96 slagen per minuut. De heer M. is daarbij suffig, wat hij normaal niet heeft. De EWS is 3. De MKA-centralist zet nu geen laag- of middencomplexe ambulance in maar een ALS-ambulance omwille van de hoogcomplexe zorgvraag.

Casus 6

Joline B. moet voor controle naar de revalidatiekliniek. Joline is net 1 jaar en heeft al drie maanden een spreidbroek. De revalidatiekliniek belt de MKA om de ambulancerit aan te vragen. De MKA-centralist vraagt aanvullende informatie. Joline heeft geen andere klachten en gaat puur voor controle bij de behandeling met de spreidbroek. Zij past niet op een veilige manier in een standaard-kinderzitje in de auto. Haar moeder gaat mee. De MKA-centralist geeft aan bekend te zijn met de specifieke afspraken die er binnen de RAV zijn gemaakt, waardoor het landelijke uitsluitcriterium van de leeftijd hier niet geldt. Dit maakt het binnen de RAV mogelijk om jonge patiëntjes vanaf de revalidatiekliniek met de laagcomplexe ambulance te vervoeren. De ambulanceprofessionals zijn in een regionale training over deze bijzondere patiëntengroep specifiek bijgeschoold. De MKA-centralist plant de rit in.

Casus 7

De laagcomplexe ambulance heeft net de 25-jarige Steven L. thuisgebracht die voor zijn veertiende chemokuur in het ziekenhuis is geweest. Als het ambulanceteam hem op de sofa heeft geholpen, krijgt ze een oproep van de MKA. Om de hoek van de straat is een vrouw in elkaar gezakt, een omstander heeft gebeld: het betreft een reanimatie. De laagcomplexe ambulance-eenheid rijdt direct, doch zonder spoed, naar de opgegeven locatie. Het ambulanceteam start als first responders de reanimatie en gebruikt daarbij de AED. Wanneer de ALS-ambulance ter plaatse is, neemt deze de leiding over. Het slachtoffer krijgt weer eigen ritme en ademhaling.

De ALS-ambulance brengt de reanimatiepatiënt naar het ziekenhuis. Het ambulanceteam van de laagcomplexe ambulance meldt bij de MKA dat zij teruggaat naar de post om materialen schoon te maken.

Casus 8

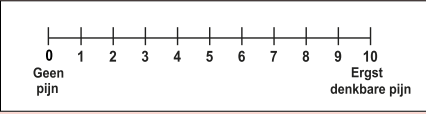
De MKA ontvangt een 112-melding, het betreft een onwelwording tijdens een dance-event. Eén van de Finse bandleden Ragnald is tijdens een optreden onwel geworden en heeft vermoedelijk een epileptisch insult. De bandmanager geeft bij de 112-melding aan dat Ragnald bekend is met epilepsie. De verpleegkundig centralist zet de rapid responder in. De ambulanceverpleegkundige die dienst heeft als rapid responder is snel ter plaatse. Zij constateert dat de artiest uit zijn insult gekomen is, zonder dat er midazolam is toegediend, maar dat hij nog wel postictaal verward is. In de AVPU scoort hij een V. De EWS is 1. De man heeft geen tongbeet, is wel incontinent. Hij is tijdens het insult met zijn been langs een stellage geschraapt en blijkt bij verder onderzoek een hechtwond te hebben op zijn onderbeen. Hij gebruikt geen antistolling. De bandmanager vertelt dat de reis met de band erg vermoeiend is voor Ragnald door het vele reizen en de stress van alle optredens.

De rapid responder vraagt de MKA om een middencomplexe ambulance-eenheid zodat deze Ragnald met de hechtwond kan presenteren op de SEH. Bij aankomst van de ambulance begint Ragnald al wat meer te reageren en hij kan lopend de trap af om op de brancard plaatsnemen. Eén van de bandleden rijdt mee om hem te begeleiden en om eventueel te tolken bij de taalbarrière. Gezien de rapid responder al de eerste opvang heeft gedaan en de patiënt volledig heeft onderzocht, kan de middencomplexe ambulance-eenheid het vervoer verzorgen. De rapid responder is hierdoor weer direct inzetbaar.

BIJLAGE 2

MODIFIED EARLY WARNING SCORE

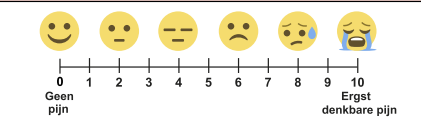
Onderstaande scoretabel is vigerend voor de laag- en middencomplexe ambulancezorg tot het Landelijk Protocol
Zorgambulance is aangepast voor de laag- en middencomplexe ambulancezorg. Dit zal in 2020 gerealiseerd worden.

A-B-C-D-E	Volwassene				Ambulancezorg		
SCORE	3	2	1	0	1	2	3
Ademfrequentie/min		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 30	> 30
Hartfrequentie/min		< 40	40 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 130	> 130
Systolische bloeddruk (mmHg)	< 70	70 - 80	81 - 100	101 - 180	181 - 200	> 200	
Bewustzijn			Acute agitatie of verwardheid	A	V	P	U
Temperatuur (°C)		< 35.1	35.1 - 36.5	36.6 - 37.5	37.6 - 39.0	> 39.0	
Indien ongerustheid over de conditie van patiënt: 1 punt extra scoren							
Indien pijnscore ≥ 7: inzet zorgniveau hoogcomplex							
							
Indien saturatie < 90% (bij bekende COPD-patiënten < 88%): inzet zorgniveau hoogcomplex							
A = alert V = reactie op aanspreken P = reactie op pijn U = niet aanspreekbaar							
MEWS totale score 0: zorgniveau laag-/midden-/hoogcomplex MEWS totale score 1: zorgniveau laag-*/midden-*/hoogcomplex MEWS totale score 2: zorgniveau midden-*/hoogcomplex MEWS totale score 3: zorgniveau hoogcomplex *iedere 15 minuten controle MEWS							

BIJLAGE 3

PEDIATRIC EARLY WARNING SCORE

Onderstaande scoretabel is vigerend voor de laag- en middencomplexe ambulancezorg tot het Landelijk Protocol
Zorgambulance is aangepast voor de laag- en middencomplexe ambulancezorg. Dit zal in 2020 gerealiseerd worden.

A-B-C		Leeftijd 6 - 12 jaar				Ambulancezorg		
SCORE		4	2	1	0	1	2	4
A/B	Ademfrequentie/min	< 11	11-14	15-19	20-30	31-40	41-50	> 50
	Ademarbeid*				normaal	mild	matig	ernstig of apnoe
	Saturatie		< 91%	91 - 94%	> 94%			
	Zuurstof				kamerlucht		extra zuurstof	NRM
	Hartfrequentie/min	< 50	50 - 69	70 - 89	90 - 120	121 - 150	151 - 170	> 170
C	Capillaire refill tijd (sternum)				≤ 2 seconden			> 2 seconden
	Systolische bloeddruk (mmHg)	< 45	45 - 49	50 - 89	90 - 120	121 - 140	141 - 170	> 170
	Temperatuur (°C)		< 36	36.0 - 36.4	36.5 - 37.5	37.6 - 38.5	> 38.5	
*Toegenomen ademarbeid: neusvleugelen of intrekken								
Bij ongerustheid van ouder/verzorger: 1 punt extra								
Indien pijnscore ≥ 7: inzet zorgniveau hoogcomplex								
								
PEWS totale score 0: zorgniveau: zorgniveau laag-/midden-/hoogcomplex PEWS totale score 1: zorgniveau: zorgniveau laag-*/midden-*/hoogcomplex PEWS totale score 2: zorgniveau: zorgniveau midden-*/hoogcomplex PEWS totale score 3: zorgniveau: zorgniveau hoogcomplex **iedere 15 minuten controle PEWS								

BIJLAGE 4

DESKUNDIGHEIDSGEBIED, EINDTERMEN EN MINIMALE SCHOLINGSEISEN CHAUFFEUR LAAG- EN MIDDENCOMPLEXE AMBULANCEZORG

Deskundigheidsniveau en competenties

De chauffeur bestuurt de laag- of middencomplexe ambulance, is verantwoordelijk voor een comfortabel vervoer van de patiënt en meerijsende mantelzorgers/familieleden en verricht enige assisterende taken voor de verzorgende IG of verpleegkundige. De chauffeur beschikt over goede rijvaardigheden, medische basiskennis en sociaal communicatieve vaardigheden.

De chauffeur heeft een rol in de communicatie met de MKA en met ketenpartners. De chauffeur voldoet aan de door de sector gestelde eindtermen, op het gebied van laag- en middencomplexe ambulancezorg, op de volgende terreinen:

- rijvaardigheid/rijtraining;
- medische basiskennis;
- kennis van het zorgproces voor de specifieke doelgroep;
- gebruik van communicatiesystemen.

Daarbij dient de chauffeur te zijn opgeleid om in voorkomende situaties als EHBO-er te kunnen optreden en verantwoord incidentmanagement te kunnen toepassen.

Eindtermen

De chauffeur kan met betrekking tot de specifieke context van de ambulancezorg:

Vakinhoudelijk handelen

Primair proces verkeer

De chauffeur voert onder uiteenlopende omstandigheden het primaire proces verkeer effectief en efficiënt uit op advanced beginner niveau.

- verkeersveiligheid en snelheid combineren en de rijstijl afstemmen op elke situatie waarin de patiënt verkeert.
- anticiperen, stressbestendig optreden, goed concentreren en snel reageren.
- de verkeerswetgeving toepassen.

- geografische kennis en stratenkennis toepassen en de navigatiesystemen bedienen.
- grensoverschrijdend vervoer uitvoeren.
- vervoersvoorschriften toepassen en de daaraan gerelateerde documenten benoemen.
- op een adequate wijze zijn voertuig beheersen.

Primair proces zorg

De chauffeur voert onder uiteenlopende omstandigheden het primaire proces zorg effectief en efficiënt uit op advanced beginner niveau.

- eigen veiligheid en die van anderen op een goede manier waarborgen.
- een situatie creëren zodat de ambulancezorgverlener zich met de directe patiëntenzorg kan bezighouden.
- onder begeleiding en in opdracht van de ambulancezorgverlener assisteren bij zorghandelingen gebaseerd op toepassing van routines, standaardprocedures of regio specifieke procedures.
- onder een zekere emotionele druk werken, stress bij anderen herkennen en hanteren.
- psychosociale problemen van de patiënt herkennen en hiermee omgaan.

Communicatie

- De chauffeur draagt zorg voor een effectieve communicatie en interactie met patiënten en andere betrokkenen. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - communicatieprotocol met MKA;
 - communicatiemiddelen.
- Communicatiemiddelen en communicatieprocedures toepassen.
- Efficiënt en effectief communiceren en diverse basale communicatiestijlen hanteren.

Samenwerking

De chauffeur kan een professionele samenwerkingsrelatie aangaan met zijn ambulancecollega's, centralist meldkamer ambulancezorg, zorgpartners of betrokken instanties.

Kennis en wetenschap

De chauffeur levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het beroep. Specifieke aandachtspunten zijn:

- levert een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteitszorg binnen de ambulancezorg;
- bevordert de eigen deskundigheid;
- begeleidt junior collega's in de laag- en middencomplexe ambulancezorg in het kader van praktijkleren en adequaat functioneren in de eigen organisatie.

Maatschappelijk handelen

- De chauffeur levert een bijdrage aan de maatschappelijke erkenning, legitimatie van zijn functie. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - handelt overeenkomstig de geldende wet- en regelgeving;
 - legt aan collega's en management verantwoording af over de effectiviteit en efficiëntie van het eigen professioneel handelen.
- De chauffeur treedt adequaat op bij incidenten in de zorg en bij incidenten die de veiligheid van patiënten en/of medewerkers betreffen.

Organisatielidmaatschap

- De chauffeur werkt effectief en doelmatig binnen de organisatie ambulancezorg en binnen de gehele keten van zorgverlening.
- De chauffeur committeert zich aan de rechten en plichten als werknemer en als professional in de arbeidssituatie.
- De chauffeur draagt als organisatielid bij aan de continuïteit en effectiviteit van de organisatie ambulancezorg (RAV).

Professionaliteit

De chauffeur zorgt voor de eigen professionele ontwikkeling. Specifieke aandachtspunten zijn:

- heeft een reflectieve beroepshouding;
- brengt de eigen beroepsontwikkeling in kaart en definieert eigen leervragen;
- levert een bijdrage aan de ontwikkeling van de professionele standaarden;
- handelt conform professionele standaarden;

- maakt eigen normen ondergeschikt aan de professionele standaarden;
- handelt conform (rij)technische standaarden;
- behandelt de patiënt met respect conform de beroepscode ambulancezorg;
- past de beroepsattitude toe.

MINIMALE EISEN SCHOLINGSPROGRAMMA CHAUFFEUR LAAG- EN MIDDENCOMPLEXE NIET-SPOEDEISENDE AMBULANCEZORG

Instreamniveau/eisen	De chauffeur laag- en middencomplexe ambulancezorg beschikt tenminste over een geldig rijbewijs B. En - bij voorkeur bij aanname ²⁰ - over een door de Nederlandse Reanimatie Raad erkend diploma BLS met AED en over een Europees erkend EHBO-diploma, dan wel over aantoonbare kwalificaties gesteld in dit diploma. Verder wordt onderzoek gedaan naar het arbeidsverleden (vergewisplicht).	
Uitstroomniveau	Zelfstandig werkzaam als chauffeur laag- en middencomplexe niet-spoedeisende ambulancezorg.	
Opleidingsprogramma inhoud	Onderdeel	Omvang (in uren)
	Theorie	64
	Stages	≥24
	Praktijk	48
	Toetsing	1-8
<i>Theorie (incl. scenariotrainings/evt. e-learning)</i>	Algemene rijkennis/verkeersregels, Brancherichtlijn Optische en geluidssignalen spoedeisende medische hulpverlening (relevante deel), regio-kennis	4
	Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg en Landelijke Protocol Zorgambulance (LPZ ²¹)	8
	Aandacht voor specifieke categorieën ziektebeelden: acute geriatrie, oncologie, dialyse, palliatieve en terminale zorg	16
	BLS/PBLS/AED	4
	Ergonomie (transfers/tiltechnieken)	4
	Hygiëne/infectiepreventie	2
	Uitleg apparatuur en controle inventaris voertuig	2
	Huiselijk geweld en kindermishandeling/veiligheid	4
	Communicatie/dossiervorming/C2000/portofoon/mobilfoon	4
	Opschaling	4
	Incidentmanagement	4
	Context ambulancesector/organisatie/beroepshouding (incl. sociale media)	4
Mentale weerbaarheid	4	
<i>Stages</i>	Meldkamer Ambulancezorg, tenminste 1 dag	8
	ALS-ambulance, tenminste 1 dag	8
	Verzorgings- of verpleeghuis, tenminste 1 dag	8
<i>Praktijk</i>	Een chauffeur rijdt circa 5 dagen boventalig mee tijdens het scholingsprogramma. Tevens maakt een rijtraining en desgewenst ook een slipcursus onderdeel uit van het scholingsprogramma. Hierbij is aandacht voor het comfortabel vervoeren van patiënten.	48
Werkbegeleiding	Werkbegeleiders hebben minimaal hetzelfde niveau als de chauffeur laag- en middencomplexe ambulancezorg. Werkbegeleiders hebben tevens een cursus werkbegeleiding met goed gevolg afgerond. De rij-instructie wordt gegeven door een erkend rijinstructeur met een IBKI-certificaat voor de ambulancezorg.	n.v.t.
Toetsing	Beoordeling door medewerker zelf, door de leidinggevende en door de werkbegeleider(s). Hierbij kan desgewenst gebruikt worden gemaakt van een portfolio en/of een assessment. Regionaal beleid bepaalt de status van de toetsing.	1-8

20. Wanneer dit niet het geval is bij aanname, dient het te worden opgenomen in het scholingsprogramma.

21. In 2020 zal een actualisatie plaats vinden van het LPZ, opdat het aansluit bij het "Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg".

BIJLAGE 5

DESKUNDIGHEIDSGEBIED, EINDTERMEN EN MINIMALE SCHOLINGSEISEN VERZORGENDE IG LAAGCOMPLEXE AMBULANCEZORG

Deskundigheidsniveau en competenties

De verzorgende IG verzorgt en begeleidt de patiënt in de laagcomplexe ambulancezorg. De verzorgende IG heeft bij voorkeur ervaring in de ziekenhuis- en/of thuiszorg.

De verzorgende IG voldoet aan de door de sector gestelde eindtermen op het gebied van laagcomplexe ambulancezorg, op de volgende terreinen:

- organisatie van de ambulancezorg;
- methodisch en protocollair werken;
- vervoerstechnieken;
- gebruik van communicatiesystemen.

Daarbij dient de verzorgende IG voor laagcomplexe ambulancezorg te zijn opgeleid gelijk een EHBO'er en verantwoord incidentmanagement te kunnen toepassen.

Eindtermen

De verzorgende IG kan met betrekking tot de specifieke context van laagcomplexe ambulancezorg:

Vakinhoudelijk handelen

Verzamelen en interpreteren van gegevens

- De verzorgende IG vormt zich binnen de zorgsituatie een gedetailleerd beeld van de gezondheidsproblematiek van de patiënt. Specifieke aandachtpunten zijn:
 - inclusie- en uitsluitcriteria voor de laagcomplexe ambulancezorg;
 - kort-cyclische karakter van de zorgsituatie;
 - de mogelijke communicatieve beperkingen van de patiënt;
 - op methodische wijze, ondersteunt door klinisch redeneren, komen tot een gemotiveerde opzet en uitvoering van het zorgproces.

Plannen van de zorg

- De verzorgende IG kan de basiszorg plannen, rekening houdend met de mogelijkheden van de ambulancezorg. Specifieke aandachtpunten zijn:

- logistieke processen binnen de ambulancezorg en aanpalende zorgpartners;
- het indiceren en toepassen van verplaatsingstechnieken en hulpmiddelen.

Uitvoeren van de zorg

- De verzorgende IG voert binnen de context van de professionele standaard de basiszorg uit. Specifieke aandachtpunten zijn:
 - uitvoering van beroepsmatige handelingen gebaseerd op toepassing van routines, standaardprocedures of regio specifieke procedures;
 - de handelingen passen binnen het competentiebereik van de verzorgende IG.
 - patiëntveiligheid waarborgen.
- De verzorgende IG kent en herkent factoren, symptomen en/of ziektebeelden die mogelijk een bedreiging vormen voor de patiënt zelf. Specifieke aandachtpunten zijn:
 - beoordeelt of patiënt binnen inzetcriteria valt en overlegt zo nodig met de achterwacht;
 - bewaakt de vitale functies van een zorgvrager;
 - meldt aan de MKA de veranderingen in de zorgvraag of in de omgeving, wanneer deze zijn competentie of verantwoordelijkheid te boven gaat.
- De verzorgende IG organiseert en coördineert de zorg rond de patiënt (zorginhoudelijke regiefunctie) teneinde de continuïteit van zorg te waarborgen. Specifieke aandachtpunten zijn:
 - doet mondeling en schriftelijk verslag (ritformulier);
 - communicatiemodellen en -middelen.

Communicatie

- De verzorgende IG draagt zorg voor een effectieve communicatie en interactie met patiënten en andere betrokkenen. Specifieke aandachtpunten zijn:
 - ritformulier;
 - communicatieprotocol met MKA;

- overdrachtsprotocol;
- C2000.

Samenwerking

- De verzorgende IG neemt op systematische wijze gegevens in ontvangst en verwerkt de overdrachtsgegevens op een adequate wijze. De verzorgende IG draagt de zorg op een systematische wijze over. De overdracht kan ook naar de patiënt zelf zijn. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - samenwerking als ambulanceteam;
 - samenwerking met de MKA;
 - samenwerking en overleg met ketenpartners;
 - samenwerking binnen de ambulancezorg.

Kennis en wetenschap

- De verzorgende IG levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het beroep. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - levert een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van de ambulancezorg;
 - bevordert de eigen deskundigheid;
 - voert onderwijsactiviteiten uit voor aankomende en/of zittende beroepsgenoten;
 - begeleidt junior collega's in het kader van praktijkleren en adequaat functioneren in de eigen organisatie.

Maatschappelijk handelen

- De verzorgende IG levert een bijdrage aan de maatschappelijke erkenning, legitimatie van het beroep van verzorgende IG. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - handelt overeenkomstig de geldende wet- en regelgeving en veldnormen;
 - legt aan collega's en management verantwoording af over de effectiviteit en efficiëntie van het eigen professioneel handelen.
- De verzorgende IG treedt adequaat op bij (bijna-)incidenten in de zorg en bij (bijna-) incidenten die de veiligheid van patiënten en/of medewerkers betreffen.

Organisatielidmaatschap

- De verzorgende IG werkt effectief en doelmatig binnen de organisatie ambulancezorg en binnen de gehele keten van zorgverlening.
- De verzorgende IG committeert zich aan de rechten en plichten als werknemer en als professional in de arbeidssituatie.

- De verzorgende IG draagt als organisatielid bij aan de continuïteit en effectiviteit van de organisatie ambulancezorg (RAV).

Professionaliteit

- De verzorgende IG zorgt voor de eigen professionele ontwikkeling. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - heeft een reflectieve beroepshouding;
 - brengt de eigen beroepsontwikkeling in kaart en definieert zijn eigen leervragen;
 - levert een bijdrage aan de ontwikkeling van de professionele standaarden;
 - handelt conform de professionele standaarden;
 - maakt eigen normen ondergeschikt aan de professionele standaarden;
 - behandelt de patiënt met respect conform de beroepscode ambulancezorg.
 - past de beroepsattitude toe.

MINIMALE EISEN SCHOLINGSPROGRAMMA VERZORGENDE IG LAAGCOMPLEXE NIET-SPOEDEISENDE AMBULANCEZORG

Instroomniveau/eisen	Gediplomeerde verzorgende 3 IG, bij voorkeur met meerdere jaren ervaring in de ziekenhuis- en/of thuiszorg. De verzorgende IG laagcomplexe ambulancezorg beschikt - bij voorkeur bij aanname ²² - tevens over een door de Nederlandse Reanimatie Raad erkend diploma BLS met AED en over een Europees erkend EHBO-diploma, dan wel over aantoonbare kwalificaties gesteld in dit diploma. Verder wordt onderzoek gedaan naar het arbeidsverleden (vergewisplicht).	
Uitstroomniveau	Zelfstandig werkzaam als verzorgende IG laagcomplexe niet-spoedeisende ambulancezorg.	
Opleidingsprogramma inhoud	Onderdeel	Omvang (in uren)
	Theorie	68
	Stages	≥16
	Praktijk	120
	Toetsing	1-8
<i>Theorie (incl. scenariotrainings/evt. e-learning)</i>	Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg, inzet- en uitsluitcriteria (o.b.v. casuïstiek)/gebruik M/PEWS instrument	4
	Landelijke Protocol Zorgambulance ²³ (o.a. ABCD/SBAR/vitale functies) en verrichtingen	8
	BLS/PBLS/AED	4
	Scholing specifieke categorieën ziektebeelden (acute geriatrie, oncologie) en zorgvragen (dialyse, palliatieve en terminale zorg)	16
	Klinisch redeneren	4
	Ergonomie (transfers/tiltechnieken)	4
	Hygiëne/infectiepreventie	2
	Uitleg apparatuur en controle inventaris voertuig	2
	Kindermishandeling/huiselijk geweld/veiligheid	4
	Communicatie/dossiervorming/C2000/portofoon/mobilfoon	4
	Opschaling	4
	Incidentmanagement	4
	Mentale weerbaarheid voor zorgprofessionals	4
Context ambulancesector/organisatie/beroepshouding (incl. sociale media)	4	
<i>Stages</i>	Meldkamer Ambulancezorg, tenminste 1 dag	8
	ALS-ambulance, tenminste 1 dag	8
	Op basis van ervaring/interesse/leerbehoefte stages toevoegen, zoals dagbehandeling, dialyse-afdeling, afdeling radiotherapie of psychiatrie	n.t.b.

22. Wanneer dit niet het geval is bij aanname dient het te worden opgenomen in het opleidingsprogramma.

23. In 2020 zal een actualisatie plaats vinden van het LPZ, opdat het aansluit bij het "Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg".

<i>Praktijk</i>	Een verzorgende IG rijdt circa 15 dagen bovengenoemd mee tijdens het opleidingsprogramma. Het is van belang dat de verzorgende IG de veel voorkomende patiëntencategorieën ziet voorbijkomen in dit praktijkgedeelte. Het praktijkleerplan sluit aan bij de eindtermen en de aangeboden theorie.	120
Werkbegeleiding	Werkbegeleiders hebben minimaal hetzelfde niveau of hoger. Werkbegeleiders hebben tevens een cursus werkbegeleiding met goed gevolg afgerond.	verplicht
Toetsing	Beoordeling door medewerker zelf, door de leidinggevende, door werkbegeleider(s) en door medisch management. Hierbij kan desgewenst gebruikt worden gemaakt van een portfolio en/of een assessment.	1-8

BIJLAGE 6

DESKUNDIGHEIDSGBIED, EINDTERMEN EN MINIMALE SCHOLINGSEISEN VERPLEEGKUNDIGE MIDDEN-COMPLEXE AMBULANCEZORG

Deskundigheidsniveau en competenties

De verpleegkundige verzorgt en begeleidt de patiënt in de zorgambulace. De verpleegkundige is BIG-geregistreerd en heeft bij voorkeur ervaring in de ziekenhuis- en/of thuiszorg. De verpleegkundige voldoet aan de door de sector gestelde eindtermen op het gebied van niet-spoedeisende ambulacezorg voor laag- en middencomplexe ambulacezorg, op de volgende terreinen:

- organisatie van de ambulacezorg;
- methodisch en protocollair werken;
- vervoerstechnieken;
- gebruik van communicatiesystemen.

Daarbij dient de verpleegkundige voor laag- en middencomplexe ambulacezorg te zijn opgeleid gelijk een EHBO-er en verantwoord incidentmanagement te kunnen toepassen.

Eindtermen

De verpleegkundige kan met betrekking tot de specifieke context van de laag- en middencomplexe niet-spoedeisende ambulacezorg:

Vakinhoudelijk handelen

Verzamelen en interpreteren van gegevens

- De verpleegkundige vormt zich binnen de zorgsituatie een gedetailleerd beeld van de gezondheidsproblematiek van de patiënt. Specifieke aandachtpunten zijn:
 - inclusie- en uitsluitcriteria voor de laag- en middencomplexe ambulacezorg;
 - kort-cyclische karakter van de zorgsituatie;
 - de mogelijke communicatieve beperkingen van de patiënt;
 - op methodische wijze, ondersteunt door klinisch redeneren, komen tot een gemotiveerde opzet en uitvoering van het zorgproces.

Plannen van de zorg

- De verpleegkundige kan de basiszorg plannen, rekening houdend met de mogelijkheden van de ambulacezorg. Specifieke aandachtpunten zijn:
 - logistieke processen binnen de ambulacezorg en aanpalende zorgpartners;
 - het indiceren en toepassen van verplaatsingstechnieken en hulpmiddelen.

Uitvoeren van de zorg

- De verpleegkundige voert binnen de context van de professionele standaard de basiszorg uit. Specifieke aandachtpunten zijn:
 - uitvoering van beroepsmatige handelingen gebaseerd op toepassing van routines, standaardprocedures of regio specifieke procedures;
 - de handelingen passen binnen het competentiebereik van de verpleegkundige.
- De verpleegkundige kent en herkent factoren, symptomen en/of ziektebeelden die mogelijk een bedreiging vormen voor de patiënt zelf. Specifieke aandachtpunten zijn:
 - beoordeelt of patiënt binnen inzetcriteria valt en overlegt zo nodig met de achterwacht;
 - bewaakt de vitale functies van een zorgvrager;
 - meldt aan de meldkamer ambulacezorg de veranderingen in de zorgvraag of in de omgeving, wanneer deze zijn competentie of verantwoordelijkheid te boven gaat.
- De verpleegkundige organiseert en coördineert de zorg rond de patiënt (zorginhoudelijke regiefunctie) teneinde de continuïteit van zorg te waarborgen. Specifieke aandachtpunten zijn:
 - doet mondeling en schriftelijk verslag (ritformulier);
 - communicatiemodellen en -middelen.

Communicatie

- De verpleegkundige draagt zorg voor een effectieve communicatie en interactie met patiënten en andere betrokkenen. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - ritformulier;
 - communicatieprotocol met MKA;
 - overdrachtsprotocol;
 - C2000.

Samenwerking

- De verpleegkundige neemt op systematische wijze gegevens in ontvangst en verwerkt de overdrachtsgegevens op een adequate wijze. De verpleegkundige draagt de zorg op een systematische wijze over. De overdracht kan ook naar de patiënt zelf zijn. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - samenwerking als ambulanceteam;
 - samenwerking met de MKA;
 - samenwerking en overleg met ketenpartners;
 - samenwerking binnen de ambulancezorg.

Kennis en wetenschap

- De verpleegkundige levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het beroep. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - levert een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van de ambulancezorg;
 - bevordert de eigen deskundigheid;
 - voert onderwijsactiviteiten uit voor aankomende en/of zittende beroepsgenoten;
 - begeleidt junior collega's in het kader van praktijkleren en adequaat functioneren in de eigen organisatie.

Maatschappelijk handelen

- De verpleegkundige levert een bijdrage aan de maatschappelijke erkenning, legitimatie van het beroep van verpleegkundige. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - handelt overeenkomstig de geldende wet- en regelgeving en veldnormen;
 - legt aan collega's en management verantwoording af over de effectiviteit en efficiëntie van het eigen professioneel handelen.
- De verpleegkundige treedt adequaat op bij (bijna-)incidenten in de zorg en bij (bijna-)incidenten die de veiligheid van patiënten en/of medewerkers betreffen.

Organisatielidmaatschap

- De verpleegkundige werkt effectief en doelmatig binnen de organisatie ambulancezorg en binnen de gehele keten van zorgverlening.
- De verpleegkundige committeert zich aan de rechten en plichten als werknemer en als professional in de arbeidssituatie.
- De verpleegkundige draagt als organisatielid bij aan de continuïteit en effectiviteit van de organisatie ambulancezorg (RAV).

Professionaliteit

- De verpleegkundige zorgt voor de eigen professionele ontwikkeling. Specifieke aandachtspunten zijn:
 - heeft een reflectieve beroepshouding;
 - brengt de eigen beroepsontwikkeling in kaart en definieert zijn eigen leervragen;
 - levert een bijdrage aan de ontwikkeling van de professionele standaarden;
 - handelt conform de professionele standaarden;
 - maakt eigen normen ondergeschikt aan de professionele standaarden;
 - behandelt de patiënt met respect conform de beroepscode ambulancezorg.
 - past de beroepsattitude toe.

MINIMALE EISEN SCHOLINGSPROGRAMMA VERPLEEGKUNDIGE MIDDENCOMPLEXE NIET-SPOEDEISENDE AMBULANCEZORG²⁴

Instreamniveau/eisen	BIG-geregistreerde verpleegkundige, bij voorkeur met meerdere jaren ervaring in de ziekenhuis- en/of thuiszorg. De verpleegkundige laag- en middencomplexe ambulancezorg beschikt - bij voorkeur bij aanname ²⁵ - tevens over een door de Nederlandse Reanimatie Raad erkend diploma BLS met AED en over een Europees erkend EHBO-diploma, dan wel over aantoonbare kwalificaties gesteld in dit diploma. Verder wordt onderzoek gedaan naar het arbeidsverleden (vergewisplicht).	
Uitstroomniveau	Zelfstandig werkzaam als verpleegkundige laag- en middencomplexe niet-spoedeisende ambulancezorg.	
Opleidingsprogramma inhoud	Onderdeel	Omvang (in uren)
	Theorie	118
	Stages	≥16
	Praktijk	120
	Toetsing	1-8
<i>Theorie (incl. scenariotrainings/evt. e-learning)</i>	Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg, inzet- en uitsluitcriteria (o.b.v. casuïstiek)/gebruik M/PEWS instrument	4
	Landelijke Protocol Zorgambulance ²⁶ (o.a. ABCD/SBAR/vitale functies) en verrichtingen	8
	Verpleegkundige verrichtingen: zie handelingsschema kwaliteitskader: pijnbestrijding, infusie, enz.	16
	BLS/PBLS/AED	4
	Scholing specifieke categorieën ziektebeelden (acute geriatrie, oncologie) en zorgvragen (dialyse, palliatieve en terminale zorg)	16
	Scholing ziektebeelden en zorgvragen binnen de psychiatrie (incl. de-escalerende vaardigheden en kaders zorgmachtiging en crisismaatregel)	16
	Klinisch redeneren	4
	Scholing cardiologie in context met ritmebewaking/-herkenning en ECG maken	18
	Ergonomie (transfers/tiltechnieken)	4
	Hygiëne/infectiepreventie	2
	Uitleg apparatuur en controle inventaris voertuig	2
	Kindermishandeling/huiselijk geweld/veiligheid	4
	Communicatie/dossiervorming/C2000/portofoon/mobilofoon	4
	Opschaling	4
	Incidentmanagement	4
	Mentale weerbaarheid voor zorgprofessionals	4
Context ambulancesector/organisatie/beroepshouding (incl. sociale media)	4	

24. De verpleegkundige die voor de middencomplexe zorg is opgeleid, kan ook in de laagcomplexe zorg worden ingezet.

25. Wanneer dit niet het geval is bij aanname dient het te worden opgenomen in het opleidingsprogramma.

26. In 2020 zal een actualisatie plaats vinden van het LPZ, opdat het aansluit bij het "Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg".

<i>Stages</i>	Meldkamer Ambulancezorg, tenminste 1 dag	8
	ALS-ambulance, tenminste 1 dag	8
	- Advies is om tenminste één stagedag toe te voegen in de psychiatrie of bij de crisisdienst. - Op basis van ervaring/interesse/leerbehoefte stages toevoegen, zoals dagbehandeling, PCI- of dialyse-afdeling, afdeling radiotherapie.	n.t.b.
<i>Praktijk</i>	Een verpleegkundige rijdt circa 15 dagen boventallig mee tijdens het opleidingsprogramma. Het is van belang dat de verpleegkundige de veel voorkomende patiëntencategorieën voorbij ziet komen in dit praktijkgedeelte. Het praktijkleerplan sluit aan bij de eindtermen en de aangeboden theorie.	120
Werkbegeleiding	Werkbegeleiders hebben minimaal hetzelfde niveau of hoger. Werkbegeleiders hebben tevens een cursus werkbegeleiding met goed gevolg afgerond.	verplicht
Toetsing	Beoordeling door medewerker zelf, door de leidinggevende, door werkbegeleider(s) en door medisch management. Hierbij kan desgewenst gebruikt worden gemaakt van een portfolio en/of een assessment.	1-8

BIJLAGE 7

WERKGROEP KWALITEITSKADER LAAG- EN MIDDENCOMPLEXE AMBULANCEZORG

Werkgroepleden

- M. Boerdijk, Ambulance IJsselland
- K. Borkent, Ambulance Amsterdam, NVMMA
- M. van Dijk, Ambulance IJsselland, V&VN vakgroep zorgambulance
- T. van Duin, Ambulancezorg Nederland
- P. van Grunsven, RAV Gelderland-Zuid, NVMMA
- R. Hoff, Ambulance Amsterdam
- B. van der Hulst, AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond
- M. Ligterink, Ambulance Oost
- B. van der Roest, Ambulancezorg Nederland
- C. Slurink, AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond
- M. Videler, RAV Haaglanden
- S. de Wolf, RAV Haaglanden

Meelezers

- M. Biekart, AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond
- K. Franssen, RAVU

Ondersteuning

- K. Lelieveld, Ambulancezorg Nederland

KWALITEITSKADER LAAG- EN MIDDENCOMPLEXE
AMBULANCEZORG



AMBULANCEZORG
NEDERLAND

Ambulancezorg Nederland

Veerallee 68
8011 AE Zwolle

088 38 38 200

info@ambulancezorg.nl
www.ambulancezorg.nl