



De anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG?

Datum	29 november 2019
Status	Concept

CONCEPT

Zorginstituut Nederland en advisering Wet BIG

“Van goede zorg verzekerd: niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk”, dat is het motto van Zorginstituut Nederland. Elke burger moet erop kunnen rekenen dat hij of zij goede zorg ontvangt.

Het Zorginstituut adviseert de minister voor Medische Zorg en Sport over het opnemen van beroepen, en het erkennen van specialistentitels, in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). De Wet BIG is een kwaliteitswet ter bescherming van patiënten, maar laat de beroepsmatige uitoefening van de individuele gezondheidszorg in principe vrij. Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat beroepen niet worden opgenomen in de wet, tenzij dit noodzakelijk is om patiënten te beschermen tegen onzorgvuldig of ondeskundig handelen.

Op verzoek van de minister buigt het Zorginstituut zich over een door een beroepsvereniging gedaan verzoek voor opname of erkenning. Het Zorginstituut toetst het verzoek aan de criteria en geeft hierover een advies aan de minister.

Meer informatie over het Zorginstituut en advisering Wet BIG vindt u op: www.zorginstituutnederland.nl

Inhoud

Samenvatting—3

1 Inleiding—5

- 1.1 Leeswijzer—5
- 1.2 Aanleiding—5
- 1.3 Achtergrond anesthesiemedewerker—5

2 Criteria voor opname van beroepen in de Wet BIG—7

- 2.1 De Wet BIG—7
- 2.2 De criteria—8
- 2.3 Werkwijze—8

3 Bevindingen—9

- 3.1 Individuele gezondheidszorg—9
- 3.2 Basisberoep en onderscheidenheid—11
- 3.3 Noodzaak tot wettelijke regulering—14

4 Consultatie—17

- 4.1 Consultatie conceptadvies—17
- 4.2 Reactie Zorginstituut—17

5 Advies—18

Referentielijst—19

Bijlage 1: Verzoek NVAM (september 2018)—20

Bijlage 2: Lijst met bevraagde organisaties—24

Bijlage 3: Consultatie e-mail—25

Bijlage 4: Consultatie – Reacties op conceptadvies—27

Samenvatting

Dit adviesrapport beschrijft de beoordeling en het daaruit voortvloeiende advies over het verzoek van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM) om het beroep anesthesiemedewerker op te nemen in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Zorginstituut Nederland is gevraagd door de minister voor Medische Zorg en Sport het verzoek te beoordelen en hierover te adviseren. Het Zorginstituut is van mening dat het beroep anesthesiemedewerker niet voldoet aan alle criteria voor opname in de Wet BIG en adviseert de minister het beroep anesthesiemedewerker niet op te nemen in de Wet BIG. Dit neemt niet weg dat de anesthesiemedewerker een onmisbare schakel is voor effectieve, efficiënte en kwalitatief hoogstaande zorg.

Werkwijze

Voor opname van een beroep in de Wet BIG speelt een aantal overwegingen een rol. De drie belangrijkste criteria zijn neergelegd in de beleidsreactie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de tweede evaluatie van de Wet BIG.

Deze zijn als volgt:

1. Is het beroep gericht op de individuele gezondheidszorg?
2. Is het beroep een basisberoep en is het voldoende onderscheidend?
3. Is wettelijke regulering van het beroep noodzakelijk om patiënten adequaat te beschermen?

Het Zorginstituut beoordeelt een verzoek aan de hand van deze criteria. In voorbereiding op het advies bestudeert het Zorginstituut het verzoek en doet aanvullend onderzoek. Voorbeelden hiervan zijn werkbezoeken en het spreken met vertegenwoordigers van aanpalende organisaties. Het concept adviesrapport is ter consultatie voorgelegd aan een aantal partijen (zie hiervoor bijlage 3).

Bevindingen

Criterium 1: Individuele gezondheidszorg	✓
Artikel 1 Wet BIG	✓
Direct patiëntcontact	✓
Reguliere zorg	✓
Criterium 2: Basisberoep en onderscheidenheid	✗
Breed basisberoep	✗
Deskundigheidsgebied voldoende uitontwikkeld en onderscheidend	✓
Kwaliteit opleiding afdoende en onafhankelijk geborgd	✗
Voldoende omvang	✓
Criterium 3: Noodzaak tot wettelijke regulering	✗
Borging kwaliteit en substantiële risico's	✗
Vrij toegankelijk	✗

Het Zorginstituut is van mening dat er voldoende aanleiding is dat het beroep aan het eerste criterium voldoet. De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker zijn gericht op de individuele gezondheidszorg en ze verrichten reguliere zorg. Ook is er sprake van regelmatig direct patiëntencontact, al is de mate van professionele zelfstandigheid van de anesthesiemedewerker hierbij beperkt. Het Zorginstituut is van mening dat er onvoldoende aanleiding is dat het beroep aan het tweede criterium voldoet. Er is namelijk geen sprake van een 'breed basisberoep', een 'eenduidige opleiding' en is de kwaliteit van de opleiding niet voldoende en onafhankelijk geborgd. Wel is de beroepsgroep van voldoende omvang. Het Zorginstituut is van mening dat er

onvoldoende aanleiding is dat het beroep aan het derde criterium voldoet. De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker bevatten weliswaar substantiële risico's voor de patiëntveiligheid, maar de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt op andere wijze voldoende geborgd. Daarnaast is de anesthesiemedewerker niet vrij toegankelijk voor de patiënt.

CONCEPT

1 Inleiding

1.1 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 bespreekt de aanleiding van dit adviesrapport en beschrijft de achtergrond van het beroep anesthesiemedewerker in Nederland anno 2019. Hoofdstuk 2 gaat in op de criteria voor opname van een beroep in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en beschrijft de werkwijze van Zorginstituut Nederland voor dit adviesrapport. Hoofdstuk 3 beschrijft de bevindingen van het Zorginstituut. In hoofdstuk 4 is de consultatie verwerkt. Hoofdstuk 5 presenteert het advies van het Zorginstituut.

1.2 Aanleiding

Op 10 september 2018 heeft de Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM) een verzoek ingediend bij de minister voor Medische Zorg en Sport om het beroep anesthesiemedewerker op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG.

De minister heeft in zijn brief van 1 april 2019 het Zorginstituut gevraagd het verzoek van de NVAM te beoordelen en advies uit te brengen over opname van het beroep anesthesiemedewerker in de Wet BIG. Bij de advisering toetst het Zorginstituut aan de criteria die zijn opgenomen in de beleidsreactie aan de Tweede Kamer op de evaluatie van de Wet BIG^[1].

1.3 Achtergrond anesthesiemedewerker

De anesthesiemedewerker is een zorgprofessional, die zich bezighoudt met de anesthesiologische zorg voor patiënten. De anesthesiemedewerker vormt samen met een anesthesioloog (en eventuele andere zorgprofessionals) een anesthesiologisch team, dat verantwoordelijk is voor de pre-, per- en postoperatieve zorg. De anesthesiemedewerker is een onmisbare schakel voor de effectieve, efficiënte en kwalitatief hoogstaande uitvoering van de operatieve zorg in Nederland.

De anesthesiemedewerker ondersteunt de anesthesioloog in het uitvoeren van het anesthesiologisch beleid. Samen met de anesthesioloog verricht de anesthesiemedewerker de in- en uitleiding van de patiënt. Wanneer de omstandigheden het toelaten, bewaakt de anesthesiemedewerker de vitale functies van de patiënt en onderhoudt hij*/zij de anesthesie in afwezigheid van de anesthesioloog. Dit komt regelmatig voor en stelt de anesthesioloog in staat om gelijktijdig verantwoordelijk te zijn voor twee operatiekamers, wat de efficiëntie van de operatieve zorg verhoogt. Naast de werkzaamheden op de operatiekamer, worden anesthesiemedewerkers ingezet bij de holding-, verkoever-, onderzoek- en behandelkamers en pijnpoli's. Voor enkele van deze werkzaamheden is additionele scholing of een vervolgopleiding nodig zoals: Physician Assistant (PA)-anesthesie, HBO-Verpleegkunde, Pijnconsultant, Sedatie Praktijk Specialist (SPS), of Preoperatieve Screening (POS) Medewerker.

Er bestaan verschillende opleidingsvarianten om anesthesiemedewerker te worden in Nederland. De eerste betreft een voltijds in-service opleiding van drie jaar. De tweede variant betreft een duaal opleiding, waarbij de student de College Zorg Opleidingen (CZO-) opleiding combineert met de HBO-VT. De derde opleidingsvariant betreft een duaal opleiding, waarbij de student na het behalen van het Bachelor Medisch Hulpverlener (BMH) diploma (uitstroom anesthesie), een traineeship volgt om het praktijkgedeelte van de CZO-opleiding te behalen. Naast deze drie varianten bestaat er ook de mogelijkheid voor 'zij-instromers' om een verkorte opleiding te volgen tot anesthesiemedewerker. De duur, inhoud en organisatie verschillen per opleidingsvariant, opleidingsinstelling en zorginstelling. De gemene deler van alle opleidingsvarianten is dat deze (in ieder geval) leidt tot het behalen van het diploma van anesthesiemedewerker zoals vastgesteld door het CZO.

Het Capaciteitsorgaan heeft eind 2018 het totaal aantal werkzame anesthesiemedewerkers in Nederland geschat op 2720 personen. Het aantal *full time equivalent* (fte) betrof 2204 (deeltijdfactor in fte = 0.81). Het aantal fte is tussen 2016 en 2018 met 3.4% gedaald. Met een

* Omwille van de leesbaarheid is steeds 'hij' gebruikt in de tekst. Waar 'hij' staat kan uiteraard ook 'zij' worden gelezen.

vacaturegraad (percentage vacatures t.o.v. totaal aantal benodigde fte's) van 7.0% in 2018 is er momenteel sprake van een tekort aan anesthesiemedewerkers. Ruim 10.0% van het totaal aantal fte's wordt opgevuld door personeel dat ouder is dan 60 jaar. Hierdoor is de verwachting dat de vacaturegraad in de nabije toekomst verder zal toenemen ^[2]. Ongeveer 60% van alle anesthesiemedewerkers hebben de opleiding verpleegkunde afgerond. Slechts enkele anesthesiemedewerkers hebben de opleiding tot BMH afgerond, mede omdat dit een relatief nieuwe opleiding is.

Met ongeveer 2000 leden vertegenwoordigt de NVAM een groot deel van de anesthesiemedewerkers in Nederland. De NVAM pleit al sinds het eerste ontwerp van de Wet BIG voor opname van de anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG. Dit adviesrapport adviseert over het verzoek van september 2018.

CONCEPT

2 Criteria voor opname van beroepen in de Wet BIG

2.1 De Wet BIG

De Wet BIG is een kwaliteitswet ter bescherming van patiënten. De doelstelling van de wet is tweeledig: 1) het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, en 2) het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg.

De Wet BIG laat de uitoefening van de individuele gezondheidszorg in principe vrij voor iedereen. Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat beroepen niet worden opgenomen in de wet, tenzij regulering noodzakelijk is om patiënten adequaat te beschermen tegen onzorgvuldig en/of ondeskundig handelen. Dit is het zogenaamde "nee, tenzij"-principe. De meeste beroepen in de individuele gezondheidszorg zijn niet opgenomen in de Wet BIG.

Een beroep kan op twee manieren wettelijk worden gereguleerd. Er is een zogenaamd 'zwaar regime' (artikel 3 van de wet BIG) en een 'licht regime' (artikel 34 van de wet BIG). Op grond van artikel 36a van de Wet BIG kunnen bij wijze van experiment bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) voor een bepaalde periode zelfstandig bevoegd worden verklaard tot het indiceren en verrichten van in de maatregel aangewezen handelingen.

Voor beroepen in het 'zware regime' geldt een beschermde beroepstitel, is het tuchtrecht van toepassing en is het mogelijk om een zelfstandige bevoegdheid voor voorbehouden handelingen toe te kennen. Deze beroepsbeoefenaren zijn verplicht zich te registreren in het BIG-register en elke vijf jaar te her-registreren. Voor beroepen in het 'lichte regime' geldt alleen een beschermde opleidingstitel. Zie de tabel hieronder.

	'Zwaar regime' (artikel 3) (Bijv. Arts, verpleegkundige, tandarts)	'Licht regime' (artikel 34) (Bijv. Diëtist, apothekers- assistent)	'Specialismen' (artikel 14) (Bijv. Cardiologie, huisartsgenees- kunde)	'Experiment' (artikel 36a)* (Bijv. Bachelor Medisch Hulpverlener)	Andere zorg- professionals (Bijv. Doktersassistent, chiropractor)
Wettelijk beschermde beroepstitel	✓	-	✓	-	-
Verplichte registratie	✓	-	✓	✓	-
Tuchtrecht	✓	-	✓	✓	-
Wettelijk beschermde opleidingstitel	-	✓	-	✓	-
Mogelijkheid tot het toekennen van zelfstandige bevoegdheid tot voorbehouden handelingen	✓	-	✓	✓	-
Mogelijkheid tot het toekennen van functionele zelfstandige bevoegdheid tot voorbehouden handelingen	✓	✓	✓	-	-

*Voor zover bij AMvB geregeld.

2.2

De criteria

Voor opname van een beroep in de Wet BIG moet aan ten minste drie criteria worden voldaan. Ieder criterium bestaat uit verschillende overwegingen, die in beginsel positief beantwoord moeten worden. De criteria en overwegingen zijn beschreven in de beleidslijn van 2014 ^[1]. Status, erkenning of financieel-economische motieven zijn geen reden om een beroep in de Wet BIG op te nemen.

De criteria en overwegingen zijn:

1. *Individuele gezondheidszorg.*

- Begeeft de beroepsuitoefening zich in hoofdzaak op het terrein van de individuele gezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet BIG?
- Is er direct patiëntcontact?
- Wordt er reguliere zorg verleend?

2. *Basisberoep en onderscheidenheid.*

- Is het een breed basisberoep?
- Is het deskundigheidsgebied voldoende uitontwikkeld en onderscheidend?
- Is er een eenduidige brede Nederlandse opleiding waarvan, de kwaliteit afdoende en onafhankelijk geborgd is?
- Is de beroepsgroep van voldoende omvang?

3. *Noodzaak tot wettelijke regulering.*

- Kan de kwaliteit van de beroepsuitoefening niet op een andere manier worden geborgd en zijn er substantiële risico's voor de patiëntveiligheid?
- Is de beroepsgroep vrij toegankelijk?

Voldoet het beroep aan deze criteria, dan vindt daarna een afweging plaats of het beroep in aanmerking komt voor opname in het 'lichte' of het 'zware regime' van de wet BIG.

De criteria voor opname in artikel 34, het 'lichte regime' zijn:

- Noodzaak tot publiekrechtelijke regeling van de opleiding; en/of
- Noodzaak tot voor het publiek herkenbare titel; en/of,
- Toekennen van functionele zelfstandige bevoegdheid aan het beroep.

De criteria voor opname in artikel 3, het 'zware regime' zijn:

- Eén van de criteria voor toepassing van het 'lichte regime'; en,
- Toekennen van voorbehouden handelingen aan het beroep; en/of,
- Noodzaak tot publiekrechtelijk tuchtrecht.

2.3

Werkwijze

Een verzoek tot opname van een beroep door een beroepsvereniging is schriftelijk onderbouwd en voorzien van documenten, die het verzoek ondersteunen. In de voorbereiding op het advies bestudeert het Zorginstituut de meegestuurde stukken en doet zelfstandig (bureau)onderzoek. Het Zorginstituut bespreekt het verzoek met de verzoekende beroepsvereniging. Het Zorginstituut bezoekt de werkomgeving van de beroepsbeoefenaar en er zijn gesprekken met individuele beroepsbeoefenaren. Ook andere aanpalende organisaties (bijvoorbeeld beroepsverenigingen met aangrenzende kennisgebieden, onderwijsorganisaties of (semi)overheidsinstanties) worden gevraagd informatie en kennis te delen over de beroepsgroep, die het verzoek heeft gedaan. In bijlage 2 is opgenomen welke organisaties het Zorginstituut heeft gesproken voor dit advies. Het concept adviesrapport wordt vervolgens ter consultatie aangeboden. In bijlage 3 is de e-mail aan de geconsulteerde partijen opgenomen.

Op basis van de hierboven beschreven werkwijze beoordeelt het Zorginstituut of aan de criteria is voldaan. Het definitieve adviesrapport wordt uitgebracht aan de minister.

3

Bevindingen

Het beroep van anesthesiemedewerker voldoet niet aan alle criteria voor opname in de Wet BIG. Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen van het Zorginstituut per criterium.

3.1

Individuele gezondheidszorg

Gelet op de overwegingen hieronder, is het Zorginstituut van mening dat er voldoende aanleiding is dat het beroep aan dit criterium voldoet.

Criterium 1: Individuele gezondheidszorg	
Artikel 1 Wet BIG	✓
Direct patiëntcontact	✓
Reguliere zorg	✓

Begeeft de beroepsuitoefening zich in hoofdzaak op het terrein van de individuele gezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet BIG?

Het beroep anesthesiemedewerker begeeft zich in hoofdzaak op het terrein van de individuele gezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet BIG.

Het begrip individuele gezondheidszorg staat beschreven in artikel 1 van de wet BIG en luidt als volgt: "zorg die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon en ertoe strekt diens gezondheid te bevorderen of te bewaken, het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen, waaronder geneeskunst".

De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker hebben rechtstreeks betrekking op één persoon en strekken ertoe de gezondheidstoestand van een individuele patiënt te bewaken. Deze bewaking vindt voornamelijk plaats tijdens operaties waarbij de anesthesiemedewerker betrokken is om de vitale functies van de patiënt te controleren en hij de anesthesie onderhoudt in afwezigheid van de anesthesioloog. Een deel van de anesthesiemedewerkers (die bijvoorbeeld zijn opgeleid tot SPS of pijnconsultant) zijn daarnaast betrokken bij het bevorderen van de gezondheid van een individuele patiënt door patiënten te behandelen voor pijnklachten. De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker vallen dus onder de definitie van 'individuele gezondheidszorg' zoals beschreven in artikel 1 van de Wet BIG.

De hierboven genoemde werkzaamheden vormen het belangrijkste deel van de dagelijkse werkzaamheden van de anesthesiemedewerker. Enkele anesthesiemedewerkers hebben daarnaast nog andere administratieve- of managementtaken. Deze taken worden vaak gecombineerd met de patiëntgebonden activiteiten die vallen onder artikel 1 van de Wet BIG. De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker begeven zich daarom in hoofdzaak op het terrein van de individuele gezondheidszorg.

Ook is uit de gesprekken en werkbezoeken gebleken dat bijna alle anesthesiemedewerkers deze werkzaamheden verrichten. Slechts enkele anesthesiemedewerkers verlaten het vak. De kern van de beroepsgroep begeeft zich dus op het terrein van de individuele gezondheidszorg.

Samengevat: De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker vallen onder de definitie van individuele gezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet BIG.

Is er direct patiëntcontact?

De anesthesiemedewerker heeft regelmatig direct patiëntcontact. Er is echter sprake van een beperkte mate van professionele zelfstandigheid, waardoor niet helemaal wordt voldaan aan deze overweging.

Bij het bepalen van direct patiëntcontact, bekijkt het Zorginstituut drie aspecten. Ten eerste doet

de regelmaat van het directe patiëntencontact er toe. Ook kan de mate van professionele zelfstandigheid van de beroepsbeoefenaren in dit contact een rol spelen. Daarnaast kan de zelfstandigheid van de behandelrelatie van belang zijn. Als er geen of weinig sprake is van professionele zelfstandigheid of een zelfstandige behandelrelatie, heeft dit tot gevolg dat er afstand is in het contact met de patiënt.

De anesthesiemedewerker heeft patiëntcontact. Dit zijn zowel fysieke als mondelinge één-op-één contacten die plaatsvinden voor, tijdens en na een medische procedure* (bijvoorbeeld een operatie of sedatie). Voorafgaand aan de procedure is het gebruikelijk dat de anesthesiemedewerker de patiënt begeleidt van de holding naar de behandelkamer (c.q. operatiekamer). Gedurende de procedure bewaakt de anesthesiemedewerker de vitale functies van de patiënt (eventueel in afwezigheid van de anesthesioloog) en verricht handelingen bij de patiënt om deze stabiel te houden. Na afloop van de procedure is het gebruikelijk, dat de anesthesiemedewerker de patiënt begeleidt naar de verkoeverkamer. De patiëntencontacten van de anesthesiemedewerker hebben dus een één-op-één karakter en komen dagelijks voor en zijn vooraf vast te stellen. Het Zorginstituut stelt vast dat er sprake is van regelmatig direct patiëntcontact.

Bij het hierboven genoemde patiëntcontact heeft de anesthesiemedewerker, gezien de betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de anesthesioloog, een beperkte mate van professionele zelfstandigheid. Bij de pre-operatieve screening is de anesthesioloog verantwoordelijk voor het opstellen (en/of goedkeuren) van het gekozen anesthesiologisch beleid. Ook bepaalt de anesthesioloog vooraf per patiënt wat de anesthesiemedewerker eigenstandig doet, welke handelingen hij mag verrichten (bijvoorbeeld type en dosering van medicatie) en stelt de anesthesioloog vast wanneer hij gewaarschuwd of geconsulteerd moet worden. Alleen als de anesthesioloog het verantwoord vindt, zal deze de operatiekamer (OK) of behandelkamer verlaten. Dit neemt niet weg dat de anesthesioloog gedurende de procedure op eigen initiatief de voortgang van de procedure controleert. Tijdens de post-operatieve zorg is de anesthesioloog het eerste aanspreekpunt voor zowel patiënt als andere zorgverleners. De anesthesiemedewerker verricht zijn werkzaamheden grotendeels onder verantwoordelijkheid van de anesthesioloog. Het Zorginstituut is hierdoor van mening, dat er sprake is van een beperkte mate van professionele zelfstandigheid.

Samengevat: Het Zorginstituut constateert dat de anesthesiemedewerker weliswaar regelmatig direct patiëntcontact heeft, maar de mate van professionele zelfstandigheid is hierbij beperkt.

Wordt er reguliere zorg verleend?

De zorg waarbij de anesthesiemedewerker betrokken is en verricht, kan gekwalificeerd worden als 'reguliere zorg'.

Het begrip 'reguliere zorg' bestaat uit drie aspecten. Ten eerste moet het gaan om handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Ten tweede moet er een plausibele wetenschappelijke basis voor zijn, bij voorkeur vastgelegd in (internationale) richtlijnen en protocollen. Ten derde hebben deze handelingen een zekere mate van erkenning en draagvlak binnen de beroepsgroep in kwestie, maar ook binnen de al-erkende medische beroepen in Nederland.

In de eerste overweging van dit criterium is aangegeven dat de werkzaamheden van de anesthesiemedewerker vallen onder individuele gezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet BIG. Daarnaast zijn het handelingen waarvan een (plausibele) wetenschappelijke basis bestaat en is er sprake van een zekere mate van erkenning en draagvlak van deze handelingen, zowel binnen de beroepsgroep als binnen de al-erkende medische beroepen en/of specialismen (bijvoorbeeld anesthesiologen). De NVAM en individuele anesthesiemedewerkers zijn betrokken bij (wetenschappelijk) onderzoek en onderwijs. Tevens delen de NVAM en individuele anesthesiemedewerkers hun bevindingen op (wetenschappelijke) congressen en ondersteunen zij andere (medische) disciplines. Ook zijn zij betrokken bij het vertalen van deze bevindingen naar *Evidence Based Practice* door bijvoorbeeld het opstellen van protocollen en andere richtlijnen.

* Daar waar 'procedure' staat kan ook 'operatie' gelezen worden.

Samengevat: Het Zorginstituut vindt dat de zorg die de anesthesiemedewerker verleent, valt onder 'reguliere zorg', en niet onder 'alternatieve-, complementaire- of anderzijds niet-reguliere zorg'.

3.2

Basisberoep en onderscheidenheid

Gelet op de overwegingen hieronder, is het Zorginstituut van mening dat er onvoldoende aanleiding is dat het beroep aan dit criterium voldoet.

Criterium 2: Basisberoep en onderscheidenheid	
Breed basisberoep	✗
Deskundigheidsgebied voldoende uitontwikkeld en onderscheidend	✓
Kwaliteit opleiding afdoende en onafhankelijk geborgd	✗
Voldoende omvang	✓

Is het een breed basisberoep?

Het beroep van anesthesiemedewerker is geen breed basisberoep zoals bedoeld onder de Wet BIG.

Bij de bepaling of er sprake is van een 'basisberoep' is het noodzakelijk om te bepalen of het beroep geen 'functie' of 'specialisme' is of kan zijn. Vanuit een basisberoep kunnen diverse functies vervuld worden of zijn er verdere specialisaties denkbaar. Er kan niet van 'basisberoep' worden gesproken, indien er sprake is van een (potentieel) 'specialisme' van een (toekomstig) beroep dat gereguleerd wordt door de Wet BIG. Er is een directe koppeling tussen de opleiding en het basisberoep waartoe de opleiding opleidt.

Ondanks dat alle anesthesiemedewerkers die een opleiding tot anesthesiemedewerker hebben gevolgd een CZO-diploma ontvangen, is de koppeling tussen het 'beroep' en de opleiding mager. Het CZO-diploma is te verkrijgen via verschillende opleidingsvarianten waarbij de duur, inhoud en organisatie sterk verschillen per variant, opleidingsinstelling en zorginstelling. Meer hierover verderop in dit document bij de overweging: *"is het een eenduidige brede Nederlandse opleiding, waarvan de kwaliteit afdoende en onafhankelijk geborgd is?"*.

Het Zorginstituut is van mening dat er eerder sprake is van een 'functie' dan van een breed basisberoep. Dit wordt onder meer duidelijk door de wijze waarop een anesthesiemedewerker wordt ingezet. Een anesthesiemedewerker met alleen een CZO-diploma is beperkt inzetbaar en voornamelijk werkzaam binnen het OK-complex. De opleidingen en functies waartoe het CZO-diploma toegang geeft zijn: de Pijnconsulent, SPS en POS-medewerker. Met uitzondering van de opleiding tot SPS, zijn deze opleidingen en functies ook toegankelijk voor studenten met een andere achtergrond, zoals verpleegkunde of PA. Doorstroming naar andere functies en/of beroepen wordt verder bemoeilijkt doordat de CZO-opleiding niet valt binnen de European Credit Transfer System (ECTS) structuur. Hierdoor zijn medische (vervolg)opleidingen (zoals verpleegkunde en PA opleiding) minder makkelijk toegankelijk voor enkel CZO-opgeleide anesthesiemedewerkers.

Nog een reden voor het Zorginstituut dat het meer een functie dan een breed basisberoep betreft, is het hoge percentage anesthesiemedewerkers dat al een andere opleiding heeft voltooid. De NVAM schat het percentage anesthesiemedewerkers dat ook verpleegkundige is op ruim 60%. Ook het feit dat andere beroepsgroepen (deels) dezelfde werkzaamheden verrichten als de anesthesiemedewerker (zoals de BMH-uitstroom anesthesie en de PA-anesthesie), is een indicatie dat het meer een functie dan een breed basisberoep betreft.

In sommige gesprekken, die het Zorginstituut heeft gevoerd in voorbereiding op dit advies, werd de anesthesiemedewerker aangeduid als potentieel specialisme van het al bestaande artikel 3 beroep verpleegkundige. Dit vanwege het hoge percentage anesthesiemedewerkers, dat eerst de opleiding verpleegkunde heeft afgerond. Vanuit een historisch perspectief is dit logisch. Tot begin jaren 80 van de vorige eeuw, was de opleiding tot anesthesiemedewerker alleen toegankelijk voor verpleegkundigen en er zijn momenteel nog veel overeenkomsten tussen de twee opleidingen. Dit is zichtbaar door de mogelijkheid voor HBO-VT studenten om verschillende vrijstellingen te krijgen voor de CZO-opleiding tot anesthesiemedewerker.

Samengevat: Het Zorginstituut is van mening dat de anesthesiemedewerker geen breed basisberoep is, omdat er duidelijke aanwijzingen zijn dat er eerder sprake is van een functie of zelfs een potentieel specialisme van een al bestaand artikel 3 beroep.

Is het deskundigheidsgebied voldoende uitontwikkeld en onderscheidend?

Het deskundigheidsgebied van het beroep anesthesiemedewerker is voldoende uitontwikkeld en onderscheidend.

Bij deze vraag wordt overwogen of het deskundigheidsgebied helder omschreven is en of deze voldoende te onderscheiden is van andere beroepen in de zorg. Indien er overlap is tussen deskundigheidsgebieden van verschillende beroepen moet het duidelijk zijn wat de afbakening is tussen de twee gebieden. Ook wordt gekeken in hoeverre er sprake is van een breed draagvlak in het betreffende werkveld.

Tot het deskundigheidsgebied van de anesthesiemedewerker wordt gerekend: het verrichten van handelingen gericht op het monitoren van de toestand van de patiënt, het onderhouden van de anesthesie (eventueel in afwezigheid van de anesthesioloog), het bewaken en bevorderen van de instandhouding van de vitale functies van de patiënt tijdens operaties alsmede tijdens het in- het uitleiden van de patiënt ^[3]. De NVAM benoemt ook nog het verrichten van handelingen gericht op pijnbestrijding of sedatie van de patiënt. Deze handelingen behoren alleen tot het deskundigheidsgebied van anesthesiemedewerkers, die de (vervolg)opleiding tot SPS of pijnconsultant hebben voltooid en kunnen daarom niet gerekend worden tot het algemene deskundigheidsgebied van de anesthesiemedewerker. De benodigde kennis, taken en handelingen van de anesthesiemedewerker zijn gespecificeerd in het beroepsprofiel en in de opleidingseisen van het CZO ^[4]. Er is een duidelijke koppeling tussen het beroepsprofiel en de opleidingseisen van het CZO.

Het deskundigheidsgebied van de anesthesiemedewerker bevindt zich in het anesthesiologisch domein. Binnen dit domein is ook de anesthesioloog en de PA-anesthesie werkzaam. De NVAM geeft in haar verzoek aan dat de anesthesiemedewerker zich onderscheidt van de anesthesioloog, omdat de anesthesiemedewerker voortdurend bij de patiënt aanwezig is en omdat de anesthesioloog de bevoegdheid heeft zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren, uit te voeren en te delegeren. De verschillen in deskundigheid en verantwoordelijkheid tussen de anesthesiemedewerker en de anesthesioloog zijn verder uitgewerkt in de "Leidraad Anesthesiologische Zorgverlening" ^[5], welke in januari 2020 geïmplementeerd wordt. Het deskundigheidsgebied van de anesthesiemedewerker verschilt van de PA-anesthesie, omdat de PA de bevoegdheid heeft voorbehouden handelingen zelfstandig te verrichten en taken van de anesthesioloog over te nemen in het kader van taakherschikking. Het Zorginstituut is daarom van mening dat op handelings- en zelfstandigheidsniveau een te onderscheiden deskundigheidsgebied voor de anesthesiemedewerker valt te erkennen.

Samengevat: Het Zorginstituut is van mening dat het deskundigheidsgebied van het beroep anesthesiemedewerker voldoende uitontwikkeld en onderscheidend is.

Is er een eenduidige brede Nederlandse opleiding, waarvan de kwaliteit afdoende en onafhankelijk geborgd is?

De kwaliteit van de opleiding voor anesthesiemedewerker is niet voldoende en onafhankelijk geborgd, waardoor niet aan deze overweging wordt voldaan.

Bij het bepalen of er een 'eenduidige opleiding' is waarvan de kwaliteit 'afdoende en onafhankelijk' is geborgd, kijkt het Zorginstituut naar de opleidingseisen, de wijze waarop de opleiding vorm krijgt en de mate waarin de kwaliteit van de opleiding onafhankelijk en transparant geaccrediteerd wordt. Het moet hierbij gaan om een Nederlandse opleiding.

Het CZO is een tripartiete organisatie waarin werkgevers, opleidingsinstellingen en beroepsgroepen samenwerken ten behoeve van opleidingen in de zorg. Het CZO is toezichthouder van de opleidingen en biedt de opleidingen niet zelf aan. De daadwerkelijke uitvoering van de CZO-

opleidingen worden door individuele opleidings- en zorginstellingen gegeven. Het CZO geeft een erkenning af aan deze opleidings- en zorginstellingen indien zij voldoen aan de opleidingseisen van het CZO ^[6]. Desondanks wordt er in de praktijk toch vaak gesproken over een "CZO-opleiding".

Het betreft een Nederlandse opleiding. De opleiding bestaat uit zowel theorie- als praktijklessen en duurt sinds medio 2019 2 jaar en 10 maanden (voorheen was dit 3 jaar). Het minimum aantal theorie-uren betreft 680 uur en het minimum aantal praktijkuren betreft 3025 uur. De toelatingseisen van de opleiding zijn:

- Diploma hoger algemeen voortgezet onderwijs (HAVO) (bij voorkeur profiel NG/TG); of
- Diploma middelbaar beroeps onderwijs (MBO) niveau 4 (bij voorkeur in de gezondheidszorg); en
- De student heeft gedurende de opleiding een dienstverband bij een erkende zorginstelling.

Hoewel de opleiding ook als 'losstaande opleiding' te volgen is, wordt deze in de praktijk steeds vaker gecombineerd met andere zorgopleidingen zoals de HBO-verpleegkunde (HBO-VT) of de BMH. Hierdoor zijn verschillende opleidingsvarianten ontstaan, waarmee een student het diploma voor anesthesiemedewerker kan halen.

Opleidings- en zorginstellingen hebben veel vrijheid in de mate waarin zij vrijstellingen mogen verlenen. Een opleidingsinstelling mag van het CZO een vrijstelling geven tot 100% voor de theorie-uren en tot maximaal 80% voor de praktijkuren. Dit leidt tot zeer uiteenlopende opleidingsduren. De verschillen in opleidingsduur zijn bijvoorbeeld:

- CZO-opleiding (2 jaar, 10 maanden)
- HBO-V en vervolgens CZO (max. 7 jaar)
- HBO-VT Groningen (5 jaar)
- HBO-VT Heerlen (4 jaar)
- HBO-VT Eindhoven (4 jaar)
- HBO-VT Saxion Enschede (4 jaar)
- HBO-BMH uitstroom anesthesie en 'traineeship' CZO-opleiding (± 5,5 jaar)

Het CZO stelt dat de variatie in opleidingsduur geen invloed heeft op de inhoud en kwaliteit van de opleiding, omdat alle opleidingen voldoen aan de opleidingseisen van het CZO. In het veld bestaan zorgen over de variatie van de opleidingsduur en de inhoud van de opleiding. Uit de gevoerde gesprekken leiden wij af dat: een anesthesiemedewerker die in een perifere setting zijn opleiding heeft voltooid eerst nog een intensief inwerkingsprogramma (van twee maanden) moet volgen voordat deze aan de slag kan gaan in een topklinisch of academisch centrum. Uit de publiektoegankelijke documenten is het moeilijk na te gaan hoe de verschillende opleidingsvarianten leiden tot dezelfde kwalificaties. Zo is er bijvoorbeeld weinig transparantie in de wijze waarop instellingen worden erkend (en her-erkend) door het CZO. De auditrapporten van het CZO zijn niet openbaar. Daarnaast houdt het CZO alleen toezicht op de CZO-opleidingen en niet op de andere opleidingen, waarmee de opleiding steeds vaker gecombineerd wordt. De HBO-VT en de BMH-opleidingen worden namelijk geaccrediteerd door de Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO). Uit de publiektoegankelijke documenten is niet te achterhalen op welke wijze de BMH voldoet aan de theorie-eisen van de CZO-opleiding, terwijl deze studenten wel een volledige vrijstelling hiervoor krijgen. Het Zorginstituut is daarom van mening dat de variatie in opleidingen ertoe leidt dat er geen sprake is van een eenduidig curriculum en dat de opleiding niet overeenkomt met wat in het kader van de Wet BIG wordt verstaan onder 'eenduidige opleiding'.

Ook betwijfelt het Zorginstituut of de opleiding afdoende en onafhankelijk geborgd is. Doordat de auditrapporten niet publiekelijk beschikbaar zijn, biedt dit weinig transparantie in de wijze waarop de kwaliteit van de opleidingen voldoende geborgd wordt. Daarnaast houdt het CZO zelf toezicht op de CZO-opleidingen en wordt zij voor een aantal opleidingen (waaronder de opleiding tot anesthesiemedewerker) mede gefinancierd op basis van de uitstroom van de opleiding.

Tenslotte merkt het Zorginstituut op, dat de NVAM een driejarige opleiding niet toereikend vindt en dit liever ziet als een vierjarige bacheloropleiding geaccrediteerd door de NVAO en/of een opleiding met een verpleegkundige basis ^[7]. Dit staat haaks op de intentie van het CZO, die meer flexibel en modulair wil opleiden en op de ontwikkeling dat de opleiding recentelijk juist is verkort naar 2 jaar

en 10 maanden.

Samengevat: Het Zorginstituut is van mening dat er geen sprake is van een eenduidige opleiding. Daarnaast is de kwaliteit van de opleiding niet voldoende en onafhankelijk geborgd.

Is het beroep van voldoende omvang?

De beroepsgroep is van voldoende omvang om een wettelijke regulering te rechtvaardigen.

Bij het bepalen van voldoende omvang kijkt het Zorginstituut of het aantal beroepsbeoefenaren voldoende is om een afzonderlijke regeling te rechtvaardigen. Naast het aantal beroepsbeoefenaren wordt bij deze vraag voornamelijk gekeken of er sprake is van een redelijke spreiding van de door het desbetreffende beroep verzorgde voorziening.

Het Capaciteitsorgaan schat het totaal aan anesthesiemedewerkers in Nederland eind 2018 op 2720. Anesthesiemedewerkers zijn werkzaam in zowel algemene ziekenhuizen, Universitair Medisch Centra (UMC's) en topklinische ziekenhuizen. Ook is sprake van een redelijke spreiding door het land. Daarom is het Zorginstituut van mening dat de omvang van de beroepsgroep geen belemmering vormt voor regulering.

Samengevat: Het Zorginstituut ziet in de omvang van de beroepsgroep geen belemmering voor regulering.

3.3

Noodzaak tot wettelijke regulering

Gelet op de overwegingen hieronder, is het Zorginstituut van mening dat er onvoldoende aanleiding is dat het beroep aan dit criterium voldoet.

Criterium 3: Noodzaak tot wettelijke regulering	
Borging kwaliteit en substantiële risico's	×
Vrij toegankelijk	×

Kan de kwaliteit van de beroepsuitoefening niet op een andere manier worden geborgd, en zijn er substantiële risico's voor de patiëntveiligheid?

De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker bevatten substantiële risico's voor de patiëntveiligheid, maar de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt op andere wijze voldoende geborgd.

De Wet BIG is een kwaliteitswet ter bescherming van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door de beroepsbeoefenaar, maar laat de beroepsmatige uitoefening van de individuele gezondheidszorg in principe vrij. Wettelijke regulering van een beroep is daarom alleen noodzakelijk als de kwaliteit van zorg niet op een andere manier (bijvoorbeeld door andere wetgeving, kwaliteitssystemen van instellingen en/of privaatrechtelijke regelingen) voldoende geborgd kan worden en er substantiële risico's voor de patiëntveiligheid zijn.

Dat de werkzaamheden van de anesthesiemedewerker substantiële risico's voor de patiëntveiligheid bevatten, staat buiten kijf. De anesthesiemedewerker is namelijk betrokken bij de anesthesiologische zorg van de patiënt. Binnen de anesthesiologische zorg zijn er verschillende voorspelbare en onvoorspelbare risico's te identificeren die ernstig letsel of de dood tot gevolg kunnen hebben. Ondanks de aanwezigheid van deze substantiële risico's is het Zorginstituut van mening dat deze voldoende gedekt zijn door werkafspraken, protocollering en supervisie door de anesthesioloog.

De anesthesioloog is verantwoordelijk voor het opstellen of goedkeuren van het gekozen anesthesiologisch beleid. Indien een anesthesiemedewerker de pre-operatieve screening heeft verricht, zal de anesthesioloog voorafgaand aan de procedure het anesthesiologisch beleid nogmaals controleren. Het gaat hierbij om anesthesiemedewerkers die de (vervolg)opleiding POS-medewerker hebben gevolgd en dit gebeurt in de regel alleen bij standaard operaties/procedures

en bij laagrisico patiënten; ASA (American Society of Anesthesiologists) kwalificatie 1 & 2.

De anesthesioloog is aanwezig bij de voorspelbare risicomomenten, zoals het in- en uitleiden van de patiënt. De anesthesioloog kan, zodra de situatie stabiel is en de toestand van de patiënt dat toelaat, de OK verlaten in het kader van het tweekamer beleid. Dit wordt alleen toegepast als beide patiënten waarvoor de anesthesioloog verantwoordelijk is, geen complexe ingrepen ondergaan en de patiënten in elkaars onmiddellijke nabijheid liggen. Deze en andere voorwaarden zijn vastgelegd door de NVA^[5]. Bij het verlaten van de OK geeft de anesthesioloog de anesthesiemedewerker duidelijke aanwijzingen over de bewaking, het onderhouden van de anesthesie, de te accepteren waarden van de vitale functies en de momenten waarop de anesthesioloog gewaarschuwd moet worden. De gemaakte afspraken worden vastgelegd. Naast de gemaakte afspraken wordt van de anesthesiemedewerker verwacht dat hij de anesthesioloog inlicht bij een ongebruikelijk verloop van de procedure, bij het optreden van complicaties of bij twijfel. Dit neemt niet weg dat de anesthesioloog verplicht is, ook zonder te zijn gewaarschuwd, periodiek het beloop van de procedure te controleren. In uitzonderlijke gevallen, en alleen na expliciete toestemming van de anesthesioloog, kan het voorkomen dat de anesthesiemedewerker zelf aan de uitleiding mag beginnen. De anesthesioloog sluit dan later aan, maar blijft verantwoordelijk. Het Zorginstituut is van mening dat door deze afspraken en werkwijze de voorspelbare risico's voldoende zijn afgedekt.

Naast de voorspelbare risico's, zijn er ook een aantal onvoorspelbare risico's mogelijk binnen de anesthesiologische zorg. Voorbeelden hiervan zijn: een hartstilstand of onverwacht bloedverlies. De betrokkenheid van de anesthesiemedewerker in afwezigheid van de anesthesioloog bij dergelijke onvoorspelbare risicomomenten, wordt door de NVAM aangedragen als reden voor opname in de Wet BIG. Hoewel de anesthesiemedewerker voldoende kennis en vaardigheden moet hebben om deze onvoorspelbare risicomomenten te herkennen en (eventueel voorbehouden) handelingen verricht om de patiënt in leven te houden, is wettelijke regulering hiervoor niet noodzakelijk. Uit de werkbezoeken, gesprekken en documenten is namelijk gebleken dat de anesthesiemedewerker bij de onvoorspelbare risicomomenten een 'signaalfunctie' heeft met een beperkte mate van professionele zelfstandigheid. Indien een onvoorspelbaar risicomoment zich voordoet, zal de anesthesiemedewerker altijd als eerste handeling de anesthesioloog (laten) inlichten. Het verrichten van (eventueel voorbehouden) handelingen in noodsituaties is niet in strijd met de Wet BIG en daarom geoorloofd. Daarbij is het van belang te benadrukken dat het zelfstandig handelen van de anesthesiemedewerker van korte duur is, omdat de anesthesioloog snel aanwezig dient te zijn. Ook is het van belang dat de protocollen vereisen, dat de anesthesiemedewerker al bij een "dreigende complicatie" direct contact opneemt met de anesthesioloog voor verdere instructies^[8]. Hierdoor is het onwaarschijnlijk, dat dergelijke onvoorspelbare risico's zich structureel voordoen op momenten dat de anesthesioloog niet fysiek aanwezig is op de OK. Mede hierdoor ziet het Zorginstituut geen noodzaak de anesthesiemedewerker op te nemen voor onvoorspelbare risico's in het kader van de patiëntveiligheid.

In een gesprek tussen het Zorginstituut en de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), heeft de IGJ aangegeven mogelijk voorstander te zijn tuchtrecht toe te passen op het beroep anesthesiemedewerker. Dit in verband met de regelmaat waarmee de anesthesiemedewerker alleen op de OK staat en de risico's voor de patiënt. Tuchtrecht zou meer mogelijkheden bieden voor patiënten, zorgverleners en de IGJ om anesthesiemedewerkers aan te spreken bij fouten. In een gesprek tussen het Zorginstituut en de NVA, heeft de NVA aangegeven geen voorstander te zijn voor het toekennen van een tuchtrechtelijke aansprakelijkheid voor de anesthesiemedewerker, omdat de anesthesioloog eindverantwoordelijk is voor het gehele anesthesiologisch beleid. Hoewel het Zorginstituut de gedachte van de IGJ begrijpt en hier gevoelig voor is, betwijfelt het Zorginstituut of het toepassen van tuchtrecht noodzakelijk is in het kader van de patiëntveiligheid. Uit de werkbezoeken blijkt dat de verantwoordelijkheidsverdeling zoals beschreven door de NVA, recht doet aan de dagelijkse praktijk. Verder is het Zorginstituut niet bekend met tuchtrechtelijke uitspraken die op een andere verantwoordelijkheidsverdeling wijzen. Het Zorginstituut is daarom van mening dat er geen noodzaak is voor wettelijk regulering.

Ook andere argumenten voor opname in de Wet BIG, zoals de noodzakelijkheid voor het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid, zijn niet van toepassing op de anesthesiemedewerker. Er kan namelijk gesteld worden dat, in de regel, de anesthesiemedewerker in opdracht werkt van de

anesthesioloog. Het uitvoeren van voorbehouden handelingen door de anesthesiemedewerker valt daarom binnen de reikwijdte van de opdrachtregeling. Daarnaast is de NVA er geen voorstander van dat de anesthesiemedewerker (buiten opdracht) zelfstandig voorbehouden handelingen verricht. Het Zorginstituut is van mening, dat het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de anesthesiemedewerker niet noodzakelijk is. Daarbij is het belangrijk om te vermelden dat de NVAM in haar verzoek niet vraagt om een zelfstandige bevoegdheid.

Samengevat: Het Zorginstituut is van mening dat, ondanks dat er substantiële risico's bestaan bij de werkzaamheden van de anesthesiemedewerker, deze risico's voldoende afgedekt zijn waardoor er geen noodzaak is voor wettelijke regulering.

Is de beroepsgroep vrij toegankelijk?

De anesthesiemedewerker is over het algemeen niet vrij toegankelijk voor de patiënt.

Bij deze vraag wordt overwogen of de patiënt zich zonder tussenkomst van een andere zorgprofessional, kan wenden tot een beroepsbeoefenaar van het beroep in kwestie. Daarbij wordt gekeken of er een zelfstandige relatie is, waarbij de beroepsbeoefenaar zelf kan overgaan tot het starten van een behandeling.

Uit de werkbezoeken en de gevoerde gesprekken blijkt, dat de patiënt zich niet direct kan wenden tot een anesthesiemedewerker, en dat deze nooit zelfstandig (zonder tussenkomst van een anesthesioloog) het anesthesiologisch beleid zal opstellen en uitvoeren. Het Zorginstituut vindt dat er geen sprake is van een beroepsgroep die vrij toegankelijk is voor de patiënt.

Samengevat: Het Zorginstituut is van mening dat de anesthesiemedewerker niet vrij toegankelijk is zoals bedoeld in de Wet BIG.

4

Consultatie

Een conceptversie van dit advies is voorgelegd ter consultatie. De consultatiebrief, en de geconsulteerde partijen, zijn terug te vinden in bijlage 3. De reacties op de consultatie zijn weergegeven in bijlage 4.

In dit hoofdstuk is de consultatie verwerkt.

4.1 Consultatie conceptadvies

4.2 Reactie Zorginstituut

CONCEPT

Advies

Het Zorginstituut adviseert de minister het beroep anesthesiemedewerker niet op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG. Dit neemt niet weg dat de anesthesiemedewerker een onmisbare schakel is voor effectieve, efficiënte en kwalitatief hoogstaande zorg.

Het Zorginstituut is van mening dat er voldoende aanleiding is dat het beroep aan het eerste criterium voldoet. De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker zijn gericht op de individuele gezondheidszorg en ze verrichten reguliere zorg. Ook is er sprake van regelmatig direct patiëntencontact, al is de mate van professionele zelfstandigheid van de anesthesiemedewerker hierbij beperkt. Het Zorginstituut is van mening dat er onvoldoende aanleiding is dat het beroep aan het tweede criterium voldoet. Er is namelijk geen sprake van een 'breed basisberoep', een 'eenduidige opleiding' en is de kwaliteit van de opleiding niet voldoende en onafhankelijk geborgd. Wel is de beroepsgroep van voldoende omvang. Het Zorginstituut is van mening dat er onvoldoende aanleiding is dat het beroep aan het derde criterium voldoet. De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker bevatten weliswaar substantiële risico's voor de patiëntveiligheid, maar de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt op andere wijze voldoende geborgd. Daarnaast is de anesthesiemedewerker niet vrij toegankelijk voor de patiënt.

Tenslotte verwijst de NVAM in haar verzoek naar de toenemende berichten over tekorten aan personeel op de OK's in Nederland. De NVAM voert aan dat de kwaliteit van de anesthesiologische zorg geborgd moet worden middels het opnemen van de anesthesiemedewerker in de Wet BIG. Personeelstekorten vormen echter geen onderdeel van de criteria voor opname in de Wet BIG en deze overweging is daarom niet meegenomen in dit advies. Het Zorginstituut onderschrijft dat er berichten over personeelstekorten zijn. Het heeft echter geen aanwijzingen gevonden dat de kwaliteit van de anesthesiologische zorg hierdoor zodanig negatief wordt beïnvloed dat er een noodzaak bestaat om de anesthesiemedewerker op te nemen in de Wet BIG. Het Zorginstituut ziet daarom geen reden om af te wijken van de huidige criteria voor opname van beroepen in de Wet BIG.

Referentielijst

1. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2 december 2014). Kamerstukken II 2014/15, 29282, 211.
2. Capaciteitsorgaan (2018). Deelrapport 8: FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen.
3. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiemedewerkers (september 2018). Verzoek voor opname anesthesiemedewerker in de Wet BIG.
4. College Zorg Opleidingen (september 2018). Deskundigheid en Eindtermen – Opleidingseisen van de opleiding tot anesthesiemedewerker.
5. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (maart 2019) NVA Leidraad: Anesthesiologische Zorgverlening in het perioperatieve proces [Leidraad actief per 1 januari 2020].
6. <https://czo.nl/over-czo>
7. Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (2014). Beroepsprofiel van de anesthesiemedewerker.
8. Protocol "Werkzaamheden anesthesiemedewerker (AM). Bijlage van NVAM verzoek voor opname anesthesiemedewerker in de Wet BIG.

Bijlage 1: Verzoek NVAM (september 2018)



Aan het Ministerie van VWS/ directie MEVA

Geachte mevrouw Engels, beste Petra,

In vervolg op ons contact bestaand uit overleg, werkbezoek en e-mailwisseling, over onze aanvraag gericht op het opnemen van het beroep van anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG, komen wij graag bij u terug met de gevraagde nadere informatie en toelichting.

Wij recapituleren de aanvraag nog een keer aan de hand van de vaste criteria voor de artikel 3-beroepen en beantwoorden daarbij ook de door u bij e-mail van 5 april jl. voorgelegde vragen.

- Is de beroepsuitoefening gericht op de individuele gezondheidszorg?

Ja, dat is het geval. De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker bestaan uit activiteiten rechtstreeks betrekking hebbend op de patiënt en zijn erop gericht de gezondheid van de individuele patiënt te bevorderen en te bewaken. Dit doet de anesthesiemedewerker op verschillende gebieden:

preoperatieve screening: afnemen van de anamnese, verrichten van lichamelijk onderzoek tijdens het inleiden van de patiënt (bij het 'onder narcose brengen'): toedienen van hypnotica en analgetica

tijdens de operatie: continue bewaking en monitoring van de vitale functies van de patiënt alsmede het sedatie- en analgesieniveau, en waar nodig zelfstandig bijsturen door aanpassen van de anesthesie en indien acuut noodzakelijk, zelfstandig ingrijpen gericht op behoud en verbetering van de vitale functies van de patiënt

tijdens het uitleiden van de patiënt (het 'laten wakker worden'): het doen afnemen van de hypnotica en analgetica en patiënt gecontroleerd laten ontwaken

op het gebied van pijnbestrijding: toedienen van medicatie via verschillende wegen, zowel in acute situaties als geplande zorg

adviseren bij en toedienen van sederende middelen per infuus of per injectie (iv of im)

op het gebied van traumaopvang: intuberen, beademen, infuus inbrengen, medicatie toedienen bij reanimaties: intuberen, beademen, infuus inbrengen, medicatie toedienen

De kern van de beroepsuitoefening betreft dan ook de directe en reguliere patiëntenzorg.

- Is 'anesthesiemedewerker' een basisberoep?

Ja, dat is het zonder meer. Het is een basisberoep, omdat tot dat beroep wordt opgeleid zonder dat daarvoor een vooropleiding noodzakelijk is. Met (minimaal) een Havo-diploma kan iemand aan de opleiding tot anesthesiemedewerker beginnen. Wordt die opleiding met succes voltooid, dan is de betrokkene anesthesiemedewerker en is hij in staat dit beroep zelfstandig uit te oefenen.

- Is 'anesthesiemedewerker' voldoende onderscheidend ten opzichte van andere beroepen?

De anesthesiemedewerker onderscheidt zich ten opzichte van de verpleegkundige door de specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van de anesthesie en het bewaken van de vitale functies van de patiënt. Kennis die de anesthesiemedewerker heeft en de verpleegkundige niet, betreft in het bijzonder: anesthesiologische zorg en technieken, operatieve zorg en technieken en

de farmacologie.

De anesthesiemedewerker onderscheidt zich ten opzichte van de OK-medewerker op dezelfde gebieden als hierboven genoemd, waarbij de OK-medewerker ten opzichte van de anesthesiemedewerker beschikt over specifieke kennis van instrumentarium, steriel werken, sterilisatietechnieken en OK-technieken.

De anesthesiemedewerker onderscheidt zich ten opzichte van de anesthesioloog op het gebied van bewaking van de patiënt: anders dan de anesthesioloog is de anesthesiemedewerker voortdurend bij de patiënt en verantwoordelijk voor de continue monitoring en bewaking van de vitale functies alsmede voor het sedatie- en analgetisch niveau van de patiënt. Ten opzichte van de anesthesiemedewerker onderscheidt de anesthesioloog zich doordat deze als arts zelfstandig bevoegd is tot het indiceren, het voorschrijven van geneesmiddelen alsmede tot alle voorbehouden handelingen (mits bekwaam).

Het beroep van anesthesiemedewerker kent een eigen **deskundigheidsgebied**:

Tot het gebied van de anesthesiemedewerker wordt gerekend het verrichten van handelingen gericht op het monitoren van de toestand van de patiënt, het onderhouden van de anesthesie en het bewaken en bevorderen van de instandhouding van de vitale functies van de patiënt tijdens de operatie alsmede tijdens het in- en uitleiden van de patiënt en voorts het verrichten van handelingen gericht op pijnbestrijding of sedatie van een patiënt.

Het beroep anesthesiemedewerker kent ook een door de NVAM vastgesteld beroepsprofiel. Zie bijlage 1.

- Is de opleiding tot anesthesiemedewerker voldoende ontwikkeld en van voldoende kwaliteit?

Die vraag kan zonder meer bevestigend worden beantwoord.

De opleiding tot anesthesiemedewerker is nadrukkelijk een beroepsopleiding en geen functieopleiding. Daarin ligt ook het verschil met de verpleegkundig specialist. Het beroep van verpleegkundige is een basisberoep, dat aangevuld kan worden met verschillende specialisatieopleidingen, die – mits door de minister van VWS erkend – leiden tot een wettelijk beschermde specialistentitel. Dat is niet anders dan bij artsen.

Ten aanzien van de anesthesiemedewerker gelden de opleidingen zoals die geboden worden door de hogescholen als opleiding voor het basisberoep tot anesthesiemedewerker. Die opleiding kan desgewenst nog aangevuld worden met specialisaties op het gebied van bijvoorbeeld pijnbestrijding (pijnconsulent) of sedatie (sedatiepraktijkspecialist). De vervolgoopleidingen zijn eveneens door het CZO geaccrediteerd.

Alle opleidingen, ook de HBO VT met uitstroomvariant anesthesiemedewerker, zijn geaccrediteerd door het CZO en voldoen aan de door het CZO vastgestelde eindtermen. Zie bijlage 2 (Deskundigheidsgebied en eindtermen anesthesiemedewerker, CZO 1 september 2018) en bijlage 3 Overzicht van de opleidingsvarianten tot anesthesiemedewerker.

Dat een deel van de bestaande beroepsgroep van anesthesiemedewerkers nog een verpleegkundige achtergrond heeft, wil niet zeggen dat de anesthesiemedewerker een verpleegkundig specialist is. Daarvoor verschillen de deskundigheidsgebieden van de verpleegkundige en de anesthesiemedewerker teveel van elkaar. Bovendien zou het andere deel van de beroepsgroep van anesthesiemedewerker, dat geen verpleegkundige opleiding heeft, dan uitgesloten worden. Dat zou resulteren in het onwenselijke gevolg dat niet iedere anesthesiemedewerker binnen hetzelfde regime valt, terwijl alle anesthesiemedewerkers grosso modo dezelfde werkzaamheden uitvoeren en iedere patiënt dezelfde bescherming verdient.

De historische context hebben wij reeds eerder beschreven (zie onze brief van 10 januari 2017).

- Is de beroepsgroep van voldoende omvang?

Er zijn in Nederland ongeveer 2500 praktiserende anesthesiemedewerkers. Het betreft dus een grote beroepsgroep. Gemiddeld genomen zijn er per ziekenhuis (uiteraard afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis) 28 anesthesiemedewerkers werkzaam. De anesthesiemedewerkers zijn georganiseerd in een landelijke beroepsvereniging: de NVAM. De NVAM heeft ruim 2000 leden.

- Is wettelijke regulering noodzakelijk in verband met de bescherming van de patiënt?

Naar de opvatting van de NVAM, zo hebben wij het ministerie van VWS ook eerder gemotiveerd laten weten, vraagt de ontwikkeling van de laatste jaren, waarin in toenemende mate sprake is van taakverschuiving, om betere bescherming voor de patiënt. De patiënt kan een anesthesioloog tuchtrechtelijk aanspreken als deze naar de mening van de patiënt tekortschiet in de zorg voor de patiënt. Ten aanzien van de anesthesiemedewerker staat de patiënt met lege handen, terwijl de anesthesiemedewerker zelfstandig verantwoordelijk is voor essentiële zaken. Concreet: de anesthesiemedewerker moet zorgen dat de patiënt niet overlijdt tijdens de operatie, dat de patiënt niet wakker wordt tijdens de operatie, dat de patiënt geen pijn heeft tijdens de operatie, dat de patiënt op verantwoorde wijze onder narcose gaat en weer wakker wordt dat als zich onverwachte en/of acute situaties voordoen die de vitale functies van de patiënt in gevaar brengen, er ingegrepen wordt.

Deze verantwoordelijkheden zijn inherent aan het beroep van anesthesiemedewerker en leiden ertoe dat de patiënt in hoge mate afhankelijk is van de anesthesiemedewerker. Let de anesthesiemedewerker niet (voldoende) op, dan kan de patiënt overlijden. Het is vanwege die zware verantwoordelijkheid wenselijk en noodzakelijk dat de patiënt (of in het ergste geval diens nabestaanden) de anesthesiemedewerker zelfstandig tuchtrechtelijk kunnen aanspreken. Dit is in het belang van de individuele patiënt.

Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid heeft ook nog een andere kant en dat is het algemeen belang dat gediend is bij de bewaking en de bevordering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Dat belang is gediend in het geval sprake is van een ondermaats functionerende anesthesiemedewerker ten aanzien van wie een (eventueel voorwaardelijke) beperking van de beroepsuitoefening op zijn plaats is. Dat voorkomt dat iemand die uit het ene ziekenhuis vertrekt vanwege disfunctioneren, in een ander ziekenhuis weer zonder enige beperking aan de slag kan, met alle risico's van dien. De wettelijk vereiste verklaring omtrent gedrag biedt hier geen soelaas, omdat deze alleen ziet op het strafrechtelijk verleden van betrokkene.

Het wettelijk tuchtrecht is bindend en openbaar en dat biedt dan ook de noodzakelijke bescherming voor de patiënt. In die zin heeft het tuchtrecht ook toegevoegde waarde ten opzichte van het interne kwaliteitssysteem van de ziekenhuizen en het kwaliteitsbeleid van de NVAM.

- Het voorbehouden handelingen criterium

Opname als artikel 3-beroep is te meer aan de orde nu de anesthesiemedewerkers als vast onderdeel van hun beroepsuitoefening zelfstandig voorbehouden handelingen uitvoeren. Het aanleren van voorbehouden handelingen vormt ook een belangrijk deel van de opleiding en het op peil houden van deze vaardigheden is vast onderdeel van de vereiste nascholing (permanente educatie). Voor een overzicht van de door anesthesiemedewerkers uitgevoerde voorbehouden handelingen verwijzen wij graag naar bijlage 4 (schema voorbehouden handelingen).

Hoewel de anesthesioloog eindverantwoordelijk is voor de anesthesie, is de praktijk dat de anesthesiemedewerker zelfstandig voorbehouden handelingen uitvoert. Vanwege het tweekamersysteem, waarbij de anesthesioloog tussen twee OK's pendelt, is de anesthesioloog ook niet continu aanwezig bij de patiënt. De anesthesiemedewerker is wel voortdurend aanwezig en verricht voor, tijdens en na de operatie alle voorbehouden handelingen die binnen zijn deskundigheidsgebied passen: intuberen, infuus inbrengen, blaaskatheter inbrengen, toedienen van injecties im en/of iv (zie voor het volledige overzicht het schema). In de praktijk wordt gewerkt met protocollen, waarvan u in bijlage 5 voorbeelden aantreft. De protocollen zijn overigens

de algemene vorm waarin schriftelijke werkafspraken/ opdrachten van de anesthesioloog aan de anesthesiemedewerker zijn neergelegd.

Vanuit bescherming van de patiënt is het noodzakelijk dat alleen anesthesiemedewerkers die daartoe zijn opgeleid voorbehouden handelingen kunnen verrichten en dat anesthesiemedewerkers die er blijk van hebben gegeven de geschiktheid voor het beroep te missen, uitgesloten kunnen worden via het wettelijk tuchtrecht.

- Kenbaarheid voor het publiek

In samenhang met het voorafgaande is het voor het publiek, in concreto de patiënt, wenselijk en noodzakelijk om te kunnen nagaan of de anesthesiemedewerker BIG-geregistreerd is, zodat hij kan vertrouwen op een bepaald opleidingsniveau en daarmee deskundigheid van de anesthesiemedewerker én de anesthesiemedewerker desgewenst tuchtrechtelijk kan aanspreken. Voor de patiënt is de anesthesiemedewerker, naast de operateur, het gezicht voor de patiënt op de OK. Dat gezicht moet ook kenbaar zijn voor de patiënt door middel van BIG-registratie.

- Tot besluit: beperking risico's voor kwaliteit

Er verschijnen in toenemende mate alarmerende berichten over tekorten aan personeel op de OK's in Nederland, waardoor OK programma's worden ingekort en soms zelfs afdelingen worden gesloten. Het gebrek aan personeel heeft gevolgen voor de kwantiteit en continuïteit van de zorg. Het kent ook het risico dat, om het capaciteitstekort op te vangen, concessies worden gedaan aan de kwaliteit van medewerkers. Dat risico kán op het gebied van de anesthesie ook bestaan doordat de anesthesiemedewerker geen artikel 3-beroep is. Dat is onwenselijk en reden temeer om de kwaliteit van de anesthesiologische zorg in Nederland te borgen middels het opnemen van het beroep van anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG.

Namens de NVAM spreken wij het vertrouwen uit u hiermee uw vragen naar genoegte te hebben beantwoord en dat er thans geen verdere beletselen zijn om de anesthesiemedewerker op te nemen als basisberoep in artikel 3 Wet BIG.

Uw reactie zien wij graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

namens het bestuur van de NVAM,

Robin Diesbergen
Voorzitter NVAM

Bijlage 2: Lijst met bevraagde organisaties

Werkbezoeken:

- Catharina Ziekenhuis Eindhoven
- Radboud UMC

Interviews:

- College Zorg Opleidingen (CZO);
- Evaluatieteam Maastricht UMC+ Taakherschikking (m.b.t. Evaluatieonderzoek art. 36a BMH);
- Federatie Medisch Specialisten (FMS);
- Hanze Hogeschool;
- Hogeschool Zuyd Heerlen;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ);
- Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA);
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU);*
- Nederlandse Vereniging van Anesthesiologen (NVA);
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ);
- Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medische Hulpverlening (NVBMH); en,
- Wenckebach instituut.

* *Medewerkers gesproken op persoonlijke titel.*

Bijlage 3: Consultatie e-mail

Geconsulteerde partijen:

Capaciteitsorgaan;
College Zorg Opleidingen (CZO);
Evaluatieteam Maastricht UMC+ Taakherschikking;
Federatie Medisch Specialisten (FMS);
Hanze Hogeschool;
Hogeschool Zuyd Heerlen;
Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ);
Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA);
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU);
Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM);
Nederlandse Vereniging van Anesthesiologen (NVA);
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ);
Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medische Hulpverlening (NVBMH);
Patiëntenfederatie Nederland (Patiëntenfederatie); en
Wenckebach instituut.

Datum 29 november 2019
Betreft Consultatie concept adviesrapport anesthesiemedewerker

Geacht ,

Bij deze e-mail treft u het concept advies 'De anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG?' aan. Wij leggen dit concept adviesrapport graag ter consultatie aan u voor. Hieronder volgt een korte toelichting.

Achtergrond

De Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM) heeft bij de minister voor Medische Zorg en Sport een verzoek ingediend om het beroep 'anesthesiemedewerker' op te nemen in artikel 3 van de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Vervolgens heeft de minister het Zorginstituut gevraagd hierover een advies aan hem uit te brengen.

De wijze waarop het Zorginstituut bij deze advisering te werk gaat en de criteria waaraan wij beoordelen vindt u in hoofdstuk 2 in het adviesrapport. Meer informatie over de Wet BIG en advisering door het Zorginstituut kunt u ook vinden op onze website:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/wet-big-advisering>

Onze concept adviesrapporten komen op een moment dat er veel aandacht is voor de Wet BIG. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft onlangs een rapport aan de minister uitgebracht over hoe zij vinden dat de Wet BIG zich zou moeten ontwikkelen. De minister heeft aangekondigd een lange termijn visie op de Wet BIG te ontwikkelen. Vooralsnog beoordeelt het Zorginstituut alle verzoeken aan de huidige beleidslijn, totdat duidelijk is hoe de wet zich gaat ontwikkelen.

Voorlopige conclusies en advies

Het beroep anesthesiemedewerker voldoet niet aan alle criteria voor opname in artikel 3 van de Wet BIG. De onderbouwing hiervan vindt u in hoofdstuk 3 van het adviesrapport. Het Zorginstituut is voornemens de minister te adviseren het beroep anesthesiemedewerker niet op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG. Dit neemt niet weg dat de anesthesiemedewerker een onmisbare schakel is voor effectieve, efficiënte en kwalitatief hoogstaande zorg.

Consultatievraag

Het Zorginstituut vindt het belangrijk het conceptadvies bij partijen te consulteren. Wij vragen u kennis te nemen van het voorgenomen adviesrapport en stellen u in de gelegenheid om onderbouwd uw zienswijze daarop te geven.

Wij willen u verzoeken het concept adviesrapport niet openbaar te maken.

Reactietermijn

Indien u wilt reageren ontvangen wij uw schriftelijke reactie graag **uiterlijk 13 januari 2020**. Het is van belang dat de reactie die wij ontvangen door u als bestuur wordt onderschreven.

Wij verzoeken u om uw reactie in een **Word-document** of een **bewerkbare pdf** (zogenoeten **pdf/A**) toe te zenden. Dit in verband met de publicatie van uw reactie op onze website als onderdeel van het definitieve adviesrapport.

U kunt uw reactie sturen naar big@zinl.nl. Wij zien uw reactie graag tegemoet.

Heeft u vragen over de consultatie dan kunt u die ook via het genoemde e-mail adres big@zinl.nl aan ons sturen.

Vervolg procedure

Uw reactie betrekken wij in het definitieve advies. Na definitieve vaststelling van het adviesrapport door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut zal het definitieve advies worden uitgebracht aan de minister. De minister zal het adviesrapport en zijn beleidsreactie daarop aan de Tweede Kamer sturen.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking,

Arnold van Halteren

Hoofd afdeling Zorg II

.....
Team Wet BIG, Sector Zorg
Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
Tel: 020 797 8227

Mail: big@zinl.nl

<http://www.zorginstituutnederland.nl>
.....

Van goede zorg verzekerd

Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

Bijlage 4: Consultatie – Reacties op conceptadvies

CONCEPT