



Zorginstituut Nederland

## De anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG?

Datum 10 maart 2020  
Status Definitief adviesrapport

### **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](http://www.zorginstituutnederland.nl)



## Inhoud

### **Samenvatting—4**

#### **1 Inleiding—6**

- 1.1 Leeswijzer—6
- 1.2 Aanleiding—6
- 1.3 Achtergrond anesthesiemedewerker—6

#### **2 Criteria voor opname van beroepen in de Wet BIG—8**

- 2.1 De Wet BIG—8
- 2.2 De criteria—9
- 2.3 Werkwijze—10

#### **3 Bevindingen—11**

- 3.1 Individuele gezondheidszorg—11
- 3.2 Basisberoep en onderscheidenheid—13
- 3.3 Noodzaak tot wettelijke regulering—17

#### **4 Consultatie—21**

- 4.1 Consultatie conceptadvies—21
- 4.2 Reactie Zorginstituut—21

#### **5 Advies—23**

### **Referentielijst—24**

#### **Bijlage 1: Verzoek NVAM (september 2018)—25**

#### **Bijlage 2: Lijst met bevraagde organisaties—30**

#### **Bijlage 3: Consultatie e-mail—31**

#### **Bijlage 4: Consultatie – Reacties op conceptadvies—33**

## 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

<b>Criterion 1: Individuele gezondheidszorg</b>	✓
Artikel 1 Wet BIG	✓
Direct patiëntcontact	✗
Reguliere zorg	✓
<b>Criterion 2: Basisberoep en onderscheidenheid</b>	>
Breed basisberoep	✗
Deskundigheidsgebied voldoende uitontwikkeld en onderscheidend	✓
Kwaliteit opleiding afdoende en onafhankelijk geborgd	✗
Voldoende omvang	✓
<b>Criterion 3: Noodzaak tot wettelijke regulering</b>	>
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 onvoldoende sprake van een 'breed basisberoep', een 'eenduidige opleiding' en is de kwaliteit van de opleiding niet voldoende en onafhankelijk geborgd voor opname in de Wet BIG. 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.

## 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 <sup>[1]</sup>.

### 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, waarbij de anesthesioloog wel in de directe nabijheid blijft en direct beschikbaar is. 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),

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

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 2019 het totaal aantal werkzame anesthesiemedewerkers in Nederland geschat op 2741 personen. Het aantal *full time equivalent* (fte) betrof 2205 (deeltijdfactor in fte = 0.80). Met een vacaturegraad (percentage vacatures t.o.v. totaal aantal benodigde fte's) van 8.0% in 2019 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 <sup>[2]</sup>. Ongeveer 60% van alle anesthesiemedewerkers heeft 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. Eerdere verzoeken van de NVAM voor opname van de anesthesiemedewerker in de Wet BIG en de daarbij aangeleverde documenten, en documenten uit eigen onderzoek, zijn meegenomen als achtergrond informatie voor dit adviesrapport.



## 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 beschermd 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 herregistreren. Voor beroepen in het 'lichte regime' geldt alleen een beschermd 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, huisarts-geneeskunde)	'Experiment' (artikel 36a)*  (Bijv. Bachelor Medisch Hulpverlener)	Andere zorg-professional  (Bijv. Dokters-assistent, 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 <sup>[1]</sup>. 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. De reactie van het Zorginstituut op de consultatie is verwerkt in hoofdstuk 4.

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 waarbij de anesthesioloog wel in de nabijheid blijft en direct beschikbaar is. Een deel van de anesthesiemedewerkers (die bijvoorbeeld zijn opgeleid tot SPS of pijnconsultent) 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. Hierbij 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 op dagelijkse basis contact met patiënten heeft. Het Zorginstituut is van mening dat de anesthesiemedewerker voldoet aan de overweging regelmatig direct patiëntcontact, maar beoordeelt de mate van professionele zelfstandigheid hierbij als beperkt, zoals bedoeld in de Wet BIG.

### *Wordt er reguliere zorg verleend?*

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

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

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.

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 omdat zij moeten voldoen aan een assessment op HBO-niveau.

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 <sup>[3]</sup>. De NVAM benoemt ook nog het verrichten van

handelingen gericht op pijnbestrijding of sedatie van de patiënt. De anesthesiemedewerker verricht dan handelingen gericht op pijnbestrijding of sedatie van de patiënt binnen het OK-complex. Een SPS en pijnconsultant kunnen daarnaast deze werkzaamheden ook buiten de OK verrichten. Hiervoor is additionele scholing vereist. Om deze reden behoren de handelingen buiten de OK niet tot het 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<sup>[4]</sup>. 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"<sup>[5]</sup>. Deze is in 2018 vastgesteld en waarop sinds 2019 getoetst wordt.<sup>1</sup> 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?*

Er is onvoldoende sprake van een eenduidige opleiding waarvan de kwaliteit afdoende en onafhankelijk geborgd is voor opname in de Wet BIG. Het Zorginstituut doet hiermee geen uitspraak over de kwaliteit van de opleiding zelf, maar beoordeelt of de kwaliteit afdoende en voldoende onafhankelijk geborgd is voor wettelijke regulering.

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 Zorginstituut geeft geen oordeel over de kwaliteit van de opleiding, maar buigt zich over de vraag of de opleiding voldoet aan de criteria voor opname in de Wet BIG. Het moet 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<sup>[6]</sup>. Desondanks wordt er in de praktijk toch vaak gesproken over een "CZO-opleiding".

<sup>1</sup> Tot 1 januari 2021 worden ruimere opvolgtermijnen gehanteerd i.v.m. implementatietijd.



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 praktijkuuren 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 praktijkuuren. 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 Amsterdam (5 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 (borging van de) 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. Een inwerkperiode is normaal bij wisseling van instelling (ook van academisch naar perifeer), maar de ruime inwerkperiode waar naar verwezen werd in de gevoerde gesprekken zijn een reflectie van de zorgen over de variatie van de opleidingsduur en de inhoud van de opleiding. 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 bijvoorbeeld 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 de opleiding niet overeenkomt met wat in het kader van de Wet BIG wordt verstaan onder 'eenduidige opleiding'.

Ook betwijfelt het Zorginstituut of de kwaliteit van de opleiding afdoende en onafhankelijk geborgd is voor opname in de Wet BIG. Doordat de auditrapporten niet publiekelijk beschikbaar zijn, biedt dit te 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. Hoewel dit geen impact hoeft te hebben op de daadwerkelijke kwaliteit van de opleiding, biedt deze constructie minder zekerheid dat de opleiding afdoende en onafhankelijk geborgd is.

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 conform de overweging uit de beleidslijn 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 2019 op 2741. 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.

<b>Criterium 3: Noodzaak tot wettelijke regulering</b>	
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 waardoor wettelijke regulering niet

noodzakelijk is.

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 vervolgopleiding 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, waarbij de anesthesioloog wel in de directe nabijheid blijft en direct beschikbaar is voor de anesthesiemedewerker. 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<sup>[5]</sup>. 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 handelen van de anesthesiemedewerker in afwezigheid van de anesthesioloog 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<sup>[8]</sup>. 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 wettelijke 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

De volgende organisaties hebben gereageerd:

- Capaciteitsorgaan;
- College Zorg Opleidingen (CZO);
- Evaluatieteam Maastricht UMC+ Taakherschikking;
- Federatie Medisch Specialisten (FMS);
- Hanze Hogeschool Groningen;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ);
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU);
- Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM);
- Nederlandse Vereniging van Anesthesiologen (NVA);
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ); en,
- Patiëntenfederatie Nederland (Patiëntenfederatie).

De meeste partijen delen de mening dat de anesthesiemedewerker niet voldoet aan alle criteria voor opname in artikel 3 van de Wet BIG. Partijen onderschrijven onverdeeld het belang van de beroepsgroep in de zorg. Enkel een paar partijen hebben een reactie gestuurd waarin zij aangeven zich te onthouden van commentaar.

De NVAM is de enige partij die aangeeft zich niet te kunnen vinden in de conclusie van het adviesrapport. Het CZO en de NFU hebben aangegeven zich niet te kunnen vinden in de bevindingen over de opleiding.

### 4.2 Reactie Zorginstituut

De consultatiereacties geven geen aanleiding de conclusies van het adviesrapport te heroverwegen. Wel zijn enkele tekstsuggesties overgenomen en wat aanpassingen in het adviesrapport gemaakt.

*De NVAM geeft aan zich niet te kunnen vinden in de hoofdconclusies van het adviesrapport. Het Zorginstituut begrijpt dat de beroepsgroep teleurgesteld is in de uitkomst en heeft de NVAM uitgenodigd, om middels een persoonlijk gesprek, een puntsgewijze terugkoppeling te geven op hun consultatiereactie. De opzet van de consultatiereactie van de NVAM maken het niet mogelijk volledig te behandelen in dit adviesrapport.*

Op een aantal opmerkingen uit de consultatiereacties wil het Zorginstituut hier ingaan.

*De NVAM heeft de indruk dat het Zorginstituut niet beschikt over alle stukken. Het Zorginstituut is gevraagd door de minister het verzoek van 10 september 2018 te beoordelen en hierover aan hem een advies uit te brengen. Eerdere verzoeken van de NVAM en de daarbij relevante documentatie zijn, in combinatie met de documenten die verworven zijn gedurende het (bureau)onderzoek, meegenomen als achtergrondinformatie in het adviesrapport.*

*De NVAM merkt op dat het Zorginstituut in haar adviesrapport de indruk wekt*

*dat de Bachelor Medische Hulpverlening (BMH) opleiding een goed alternatief zou zijn voor de opleiding voor anesthesiemedewerker.*

Het Zorginstituut heeft, en geeft, geen mening over de BMH en de daaraan gekoppelde opleiding in het adviesrapport. Het adviesrapport heeft enkel betrekking op de anesthesiemedewerker.

*De NVAM merkt op dat de bewoording 'zelfstandige behandelrelatie' en 'mate van professionele zelfstandigheid' niet voorkomen in de beleidslijn van VWS.*

Het Zorginstituut beaamt dat deze woorden niet letterlijk voorkomen in de beleidslijn van VWS. Dit is de uitleg van het begrip direct patiëntcontact. Overigens is het Zorginstituut van mening dat de anesthesiemedewerker voldoet aan het criterium 'individuele gezondheidszorg', waarvan de overweging direct patiëntcontact onderdeel uit maakt.

*De NVAM vraagt om enige relativering bij de conclusies over de kwaliteit van de opleiding. Ook het CZO en de NFU zijn geven aan zich niet te kunnen vinden in de overweging met betrekking tot opleiding.*

Het Zorginstituut geeft geen oordeel over de kwaliteit van de opleiding, maar toetst of de kwaliteit van de opleiding afdoende en voldoende onafhankelijk geborgd is voor opname in de Wet BIG. Dit neemt niet weg dat er sprake kan zijn van een kwalitatief goede opleiding. Het adviesrapport is op verschillende plaatsen aangepast om dit te benadrukken.

*De NVAM vindt dat het van belang is dat het tuchtrecht op de anesthesiemedewerker van toepassing is.*

Voor opname in de Wet BIG, zowel in het lichte- (artikel 34) of het zware regime (artikel 3), moet een beroep eerst voldoen aan de drie criteria: 'individuele gezondheidszorg', 'basisberoep en onderscheidenheid' en 'noodzaak tot wettelijke regulering'. Indien voldaan is aan deze criteria vindt een afweging plaats of het beroep in aanmerking komt voor opname in het lichte- of het zware regime. De vraag of het toepassen van tuchtrecht noodzakelijk is, vindt plaats in de afweging tussen het lichte- en het zware regime.

Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat de anesthesiemedewerker niet voldoet aan alle drie de criteria. Daarmee is het Zorginstituut van mening dat het beroep anesthesiemedewerker niet in de Wet BIG hoeft te worden opgenomen en is de afweging tussen het lichte- en het zware regime niet nodig.

Tuchtrecht is in het adviesrapport alleen genoemd in reactie tot de standpunten van de IGJ en de NVA en in relatie tot het criterium 'noodzaak voor wettelijke regulering'.

*De NVAM geeft aan dat er ten onrechte een verband is gelegd tussen het verzoek en de personeelstekorten op de OK's.*

Het Zorginstituut waardeert de opheldering van de NVAM en heeft de referentie naar het verzoek verwijderd.

In het publieke debat worden personeelstekorten weleens aangekaart als valide reden voor opname van een beroep in de Wet BIG. Het Zorginstituut wil hierbij benadrukken dat personeelstekorten geen onderdeel zijn van de beleidslijn en daarom geen reden voor opname van een beroep in de Wet BIG. Overigens, betwijfelt het Zorginstituut of opname van een beroep in de Wet BIG een effectieve maatregel zou zijn tegen personeelstekorten.

### **Samenvatting**

Het Zorginstituut is van mening dat, met uitzondering van enkele tekstuele aanpassingen, de reactie van alle partijen tijdens de consultatie geen nieuwe gezichtspunten weergeven waardoor het advies moet worden heroverwogen.

## 5

### 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 de anesthesiemedewerker 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, zoals bedoeld in de beleidslijn, van de anesthesiemedewerker hierbij beperkt. Het Zorginstituut is van mening dat er onvoldoende aanleiding is dat de anesthesiemedewerker 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 voor wettelijke regulering. Wel is de beroepsgroep van voldoende omvang. Het Zorginstituut is van mening dat er onvoldoende aanleiding is dat de anesthesiemedewerker 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.



## Referentielijst

1. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2 december 2014). Kamerstukken II 2014/15, 29282, 211.
2. Capaciteitsorgaan (december 2019). Capaciteitsplan 2021 – 2024. Hoofdrapport. Verkrijgbaar via:  
<https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Hoofdrapport.pdf>
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 [REDACTED],

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 genoeg 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 Groningen;
- 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 Groningen;
- 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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

Zorginstituut Nederland  
t.a.v. de heer Van Halteren  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Utrecht, 29 januari 2020  
Kenmerk: **VS/MB/20-006**

Beste heer Van Halteren,

Bij dezen gaan we graag in op uw consultatieverzoek inzake het concept-adviesrapport 'De anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG?'.  


Het Capaciteitsorgaan heeft met interesse kennis genomen van het concept-rapport. Gelet op onze taakstelling beperken we onze reactie tot de aantallen Anesthesiemedewerkers. De cijfers die u gebruikt in het concept-rapport hebben als peildatum 1-1-2018. Kort na uw consultatieverzoek hebben we op 17 december 2019 ons meest recente Hoofdrapport gepubliceerd (<https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Hoofdrapport.pdf>). In dit Hoofdrapport, aangevuld met een bijlage afkomstig uit onze ramingsapplicatie, staan de meest actuele aantallen Anesthesiemedewerkers met peildatum 1-1-2019.

- Aantal werkzame personen: 2.741
- Aantal werkzame fte: 2.205
- Gemiddelde deeltijdfactor: 0,80
- Aantal fte vacatures: 177
- Vacaturegraad: 8,0%
- Aantal werkzame fte van 60 jaar en ouder: 251

Mogelijk wenst u gebruik te maken van deze geactualiseerde cijfers. We wensen u veel succes met de afronding van uw adviesrapport.

**Hoogachtend.**

Maurice Heck  
Programmasecretaris



Zorginstituut Nederland  
Team Wet BIG, Sector Zorg  
T.a.v. de heer A. van Halteren  
Hoofd afdeling Zorg 11  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

Postbus 9696  
3506 GR Utrecht  
Bezoekadres: Oudlaan 4  
T: 030 273 92 08  
E: info@czo.nl

**Onderwerp:**

Concept adviesrapport  
anesthesiemedewerker

**Doorkiesnummer**

(030) 273 92 08

**Datum**

21 januari 2020

Geachte heer Van Halteren,

Op 19 december jl. heeft het CZO het concept adviesrapport anesthesiemedewerker ontvangen ter consultering.

Het CZO heeft met interesse kennis genomen van de bevindingen, voorlopige conclusies en het concept advies. Als geconsulteerde partij heeft het CZO zich met name gebogen over het criterium 2: Basisberoep en onderscheidend.

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

Hieronder wordt ingegaan op drie punten waar wij bezwaar tegen maken, t.w. 1) de definitie van opleiding, 2) wijze van borgen van kwaliteit door het CZO en 3) de onafhankelijkheid van het toezicht door CZO.

**Ad 1 Definitie eenduidige opleiding**

In het concept advies wordt gesteld dat er geen sprake is van een eenduidige opleiding vanwege het ontbreken van een eenduidig curriculum. Het CZO is het oneens met de conclusie dat eenduidigheid van opleiding alleen door een eenduidig curriculum kan worden gewaarborgd. Eenduidigheid kan ook geborgd worden door landelijke opleidingseisen (deskundigheidsgebied en eindtermen (D&E)) vast te stellen. Deze zijn voor de opleidingen die door het CZO erkend worden door werkgevers, beroepsbeoefenaren en opleidingsinstellingen (tripartiet) vastgesteld. Het CZO toetst vervolgens of en hoe de eindtermen binnen het deskundigheidsgebied behaald worden. Het is aan theorieaanbieders om in afstemming met zorginstellingen invulling te geven aan het curriculum en de vertaling van eindtermen in leerdoelen. Hierdoor kunnen zorginstellingen en theorieaanbieders hun eigen accenten leggen.

Voor vergelijkbare praktijken verwijzen wij u graag naar de medische faculteiten. Op basis van een raamplan (landelijke eindtermen) wordt opgeleid tot basisarts. De eindtermen beschreven in het raamplan moeten worden vertaald in een curriculum. De curriculumbeschrijvingen zijn een verantwoordelijkheid van de individuele faculteiten. Dat geldt ook voor de vertaling van de eindtermen in leerdoelen per onderwijseenheid.

Ter toelichting: In het deskundigheidsgebied staat beschreven in welke context de functie wordt uitgevoerd en wat in de functie wordt uitgevoerd.

De eindtermen van de opleiding bestaan uit de uitwerking van vakinhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen en organisatie.

Het CZO is van mening dat hiermee voldaan is aan het criterium borging eenduidig brede Nederlandse opleiding.

De constatering dat er verschillende theoretische leerwegen worden aangeboden, zonder toezicht van het CZO op het theoretisch deel is juist. Deze toetsing is voor opleidingen onder toezicht van het CZO belegd bij de praktijk- en theorieaanbieders. Theorieaanbieders kunnen desgevraagd een curricula vergelijking uitvoeren. Praktijk- en theorieaanbieders hebben Eerder Verworven Competentie (EVC) Trajecten ontwikkeld, zodat een professional die al een leertraject heeft gevolgd, vervolgscholing op maat kan worden aangeboden. Een EVC traject betreft niet alleen theorie, maar ook vaardigheden en competenties in de praktijk.

#### Ad 2 Borgen kwaliteit

Het Zorginstituut betwijfelt of de opleiding afdoende geborgd is omdat de auditrapporten niet publiekelijk beschikbaar zijn.

Het CZO is het oneens met deze conclusie. De borging van de opleiding zit in landelijke eisen waaraan voldaan moet worden om te mogen opleiden en het toezicht daar op. Het publiekelijk beschikbaar stellen zou wellicht een extra dimensie kunnen brengen omdat ook anderen dan de zorginstelling kunnen leren van de uitkomst.

Tijdens de consultering door het Zorginstituut over het advies is door het CZO de doelstelling, werkwijze, inhoud van de audit en auditrapportage toegelicht. T.w. sinds 2015 voert het CZO audits uit bij de zorginstellingen. Het CZO heeft op basis van de audit inzicht in en kan beoordelen hoe de student tijdens de betreffende opleiding de eindtermen op de betreffende afdeling(en) op 'doet' niveau behaalt, hoe dit wordt beoordeeld en door wie, hoe het leerklimaat en het leerproces van de student op de betreffende afdeling(en) vorm krijgt en hoe de kwaliteitsborging hiervan tot stand komt. Daarnaast heeft de audit als doel om continue kwaliteitsverbetering, inspiratie en bewustwording te bewerkstelligen in de betreffende zorginstelling. De auditrapportage is derhalve bedoeld voor de geauditeerde zorginstelling.

In hoeverre publicatie van de auditrapportage bijdraagt aan de doelstelling zou meegenomen kunnen worden in de doorontwikkeling van het toezicht.

De werkwijze, toetsingskader (inhoud) en dagprogramma zijn te lezen op de CZO-website.

Het CZO is van mening dat hiermee is voldaan aan het borgen van de kwaliteit van de opleiding.

### Ad 3 Onafhankelijkheid toezicht

Het Zorginstituut betwijfelt of onafhankelijk toezicht op de opleiding voldoende is geborgd.

*' Het CZO a) houdt zelf toezicht op de CZO-opleidingen en b) wordt voor een aantal opleidingen (waaronder de anesthesiemedewerker) mede gefinancierd op basis van de uitstroom van de opleiding.'*

Hieronder worden punt a en b nader toegelicht:

- a) Uit de opmerking "Het CZO houdt zelf toezicht op de CZO-opleidingen" lijkt bij het Zorginstituut het beeld te bestaan dat het CZO eigenaar is van de inhoud van de opleidingen en hierop toeziet. Dat is geenszins het geval.

Het CZO faciliteert in opdracht van systeemhouders NVZ en NFU, het tripartiet vaststellen van de kaders voor een betreffende opleiding en organiseert onafhankelijk (tripartiet) toezicht op de uitwerking/invulling daarvan in de praktijk/theorie. Het toezicht is gebaseerd op peer review en high trust high penalty.

Het CZO draagt hiermee bij aan een stelsel, waarin beroepsbeoefenaren efficiënt en effectief opgeleid worden, zodat ze bijdragen aan goede patiëntenzorg. Het CZO houdt daarvoor (statutair) toezicht op de borging en bevordering van de kwaliteit van opleiden én op een samenhangend stelsel van functiegerichte (vervolg)opleidingen<sup>1</sup>. De relevantie van het toezicht zit in maatschappelijk vertrouwen. Bij patiënten, zorgaanbieders en beroepsgroepen moet vertrouwen zijn dat professionals adequaat en op het juiste niveau zijn opgeleid.

- b) In de conclusie dat het CZO mede wordt gefinancierd door uitstroom van CZO-opleidingen lijkt een direct organisatiebelang besloten te liggen. Graag ontvangen wij nadere toelichting op dit punt.

Ter toelichting: De beschikbaarheidsbijdrage voor een deel van de opleidingen (15 van de 43) waar het CZO toezicht op houdt is bedoeld voor de zorginstellingen die opleiden. De beschikbaarheidsbijdrage wordt verleend aan zorginstellingen op basis van vergoedingsbedragen per opleidingsplaats. Het CZO draagt zorg voor de administratieve processen (studentenregistratie, instroom- en uitstroomcijfers) en biedt diensten aan zoals diploma uitgifte. Daar het CZO geen winstoogmerk heeft, worden de aangeboden diensten kostenneutraal aangeboden.

Samenvattend ben ik het niet eens met de conclusies van het Zorginstituut dat er geen sprake is van een eenduidige opleiding en de kwaliteit van de opleiding niet voldoende en onafhankelijk geborgd is. De conclusies van het Zorginstituut zijn gebaseerd op de definities die gehanteerd worden door het Zorginstituut in relatie tot de Wet Big.

<sup>1</sup> In de statuten verwoord als: "een samenhangende voorzieningenstructuur op het terrein van mogelijkheden voor scholingen voor verpleegkundige en medisch ondersteunende beroepen".

Bladzijde 4  
21 januari 2020

Deze komen niet overeen met de definities die gehanteerd worden door het CZO in relatie tot functiegerichte zorgopleidingen. Mijn advies is het conceptadvies op voornoemde formuleringen en definities aan te passen.

Erop vertrouwend dat de reactie van het CZO meegenomen kan worden in het definitieve advies, verblijf ik,

hoogachtend;

mevrouw drs. Joyce Deggens  
directeur-bestuurder CZO

**Aan dhr. Van Halteren**  
**Zorginstituut Nederland**

afdeling  
uw kenmerk  
ons kenmerk  
doorkiesnummer  
datum

9 JANUARI 2020

**Betreft: conceptadvies “de anesthesiemedewerker in Artikel 3 van de Wet BIG?”**

Geachte heer van Halteren,

Wij hebben met interesse kennis genomen van uw concept advies 'De anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG?'

Als Evaluatieteam Taakherschikking zijn wij niet betrokken bij een evaluatieonderzoek gericht op de anesthesiemedewerker. Derhalve onthouden wij ons van het geven van onze zienswijze op uw conceptadvies.

Mogelijkerwijze kan het nog lopende evaluatieonderzoek inzake Art. 36a Wet BIG BMH inzichten opleveren die betekenis hebben voor uw advies. Het rapport van dit evaluatieonderzoek zal eind dit jaar aan het Ministerie van VWS (contactpersoon Dhr. Drs. Tom Hoogeveen) worden opgeleverd.

Met vriendelijke groeten,  
namens het Evaluatieteam Taakherschikking MUMC+,

Daisy de Bruijn-Geraets, Yvonne van Eijk-Hustings, Bert Vrijhoef.





Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

**Aan:** Zorginstituut Nederland  
Team Wet BIG, Sector Zorg  
T.a.v. de heer A. van Halteren  
Hoofd afdeling Zorg II  
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

Tevens per mail: [big@zinl.nl](mailto:big@zinl.nl)

Mercatorlaan 1200  
Postbus 20057  
3502 LB Utrecht  
(088) 505 34 34

**Datum:** 17 januari 2020

**Onze referentie:** PvB/ek/200104

**Uw referentie:**

**Onderwerp** Reactie FMS op consultatie conceptadvies  
"Anesthesiemedewerker in artikel 3 Wet BIG?"

[www.demedischspecialist.nl](http://www.demedischspecialist.nl)  
[info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl)

KvK nummer 40483480

Geachte heer van Halteren,

Op 29 november 2019 heeft u het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten het conceptadvies "Anesthesiemedewerker in artikel 3 Wet BIG?" ter consultatie voorgelegd. In deze brief treft u de inhoudelijke reactie van de Federatie op uw consultatieverzoek.

De Federatie onderschrijft het advies van het Zorginstituut om de anesthesiemedewerker niet in artikel 3 van de Wet BIG op te nemen.

De anesthesiemedewerker is een onmisbare zorgprofessional in het ziekenhuis die nauw samenwerkt met verschillende medisch specialisten om een optimale kwaliteit van zorg te kunnen bieden aan patiënten. De Federatie ziet echter niet de toegevoegde waarde en het (juridisch-) nut en noodzaak voor een verankering in artikel 3 van de Wet BIG met een koppeling aan een zelfstandige bevoegdheid. Juist in de anesthesiologische zorg zijn zorgactiviteiten goed geprotocolleerd en taken en verantwoordelijkheden van verschillende bij anesthesiologische zorg betrokken zorgprofessionals, duidelijk vastgelegd waarmee risico's voor de patiëntveiligheid zijn geborgd.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. P.P.G. (Peter Paul) van Benthem  
Algemeen Voorzitter

**Van:** Schoemaker JE, Elly [REDACTED]  
**Verzonden:** woensdag 4 december 2019 14:26  
**Aan:** BIG <[BIG@zinl.nl](mailto:BIG@zinl.nl)>  
**Onderwerp:** concept adviesrapport

Geachte lezer,

In de aanhef van de mail staat: Hanze Hogeschool.  
Dit moet worden Hanzehogeschool Groningen.

In het concept adviesrapport staat op pagina 24 in het rijtje *Interviews*: Hanze Hogeschool  
Dit moet worden Hanzehogeschool Groningen.

met vriendelijke groet,

drs. J. Elly Schoemaker | Hanzehogeschool Groningen | Academie voor Verpleegkunde | Petrus  
Driessenstraat 3 | 9714 CE Groningen | 06 [REDACTED] | [REDACTED]

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: Kraxner, C.E. (Caroline) [REDACTED]  
Verzonden: donderdag 19 december 2019 16:06  
Aan: BIG <BIG@zinl.nl>

CC: \_Dienstpostbus IGJ Meldpunt [REDACTED]; Tuinman, M.E. (Marlies)  
[REDACTED]; Langendijk, A. (Alicia) [REDACTED]; Harbers, J.B.M. (Hans)  
[REDACTED]; Haeck, J. (Jan) [REDACTED]

Onderwerp: FW: 1911 8776, Vraag Zorginstituut NL: Consultatie concept adviesrapport  
anesthesiemedewerker

Geachte heer Van Halteren,

Eind november ontvingen wij uw adviesrapport over het regelen van het beroep  
Anesthesiemedewerker in artikel 3 van de wet Big. In dit stadium zal de IGJ, gelet op haar  
positie, geen zienswijze geven op het concept adviesrapport. Het betreft immers een  
adviesrapport van uw organisatie aan de minister van VWS ten behoeve van beleidsvorming. Als  
de minister van VWS besluit om het beroep van anesthesiemedewerker te regelen in artikel 3  
van de wet Big, zal IGJ een toezicht- en handhavingstoets uitvoeren op de concept-regelgeving.  
Als u naar aanleiding van deze e-mail nog vragen hebt, aarzel dan niet om contact op te nemen.

Met vriendelijke groet,

Caroline Kraxner

Senior adviseur IGJ

.....  
Afdeling Bestuursondersteuning, Beleid en Strategie Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Stadsplateau 1 | 3521 AZ | Utrecht Postbus  
2518 | 6401 DA | Heerlen .....  
M 06- [REDACTED]

<https://www.igj.nl>

Twitter: @IGJnl

.....  
Bekijk het verhaal van IGJ: Gezond vertrouwen .....



Zorginstituut Nederland  
Geschillen  
Adviseur  
De heer drs. A.R. van Halteren  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

Betreft            Reactie concept-adviesrapport anesthesiemedewerker  
Datum            21-1-2020  
  
Ons kenmerk      20.234/DS/YK

Geachte heer Van Halteren,

De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) heeft het concept-adviesrapport 'De anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG?' van het Zorginstituut Nederland (ZiN), ter consultatie van u ontvangen.

In de uitkomst van het adviesrapport dat het beroep anesthesiemedewerker niet aan alle criteria voor opname in artikel 3 van de Wet BIG voldoet, kan de NFU zich vinden, mede in het licht van de huidige ontwikkelingen ten aanzien van de wet BIG. Momenteel worden landelijke discussies gevoerd over de toekomst van de wet BIG naar aanleiding van het rapport 'De B van Bekwaam: naar een toekomstbestendige wet BIG' van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving, waarin onder andere geadviseerd wordt op korte termijn terughoudend te zijn met het toelaten van nieuwe beroepen tot de wet BIG.

In het concept-adviesrapport van het ZiN worden enkele kritische kanttekeningen over het opleidingslandschap rondom de opleiding(en) tot anesthesiemedewerker geplaatst. De constatering van het ZiN dat 'er geen sprake is van een eenduidige opleiding en dat de kwaliteit van de opleiding niet voldoende en onafhankelijk is geborgd' leidt tot discussie. De NFU onderschrijft in deze de reactie van het College Zorg Opleidingen (CZO) op het concept-adviesrapport van het ZiN en is van mening dat op korte termijn een overleg tussen het CZO en het ZiN zou moeten plaatsvinden.

Ondanks de uitkomst van het concept-adviesrapport wil de NFU net als het Zorginstituut het belang van de anesthesiemedewerker binnen de veilige patiëntenzorg en hun toegevoegde waarde in een multiprofessioneel team benadrukken. De NFU investeert samen met de NVZ ook in de toekomst van het beroep van anesthesiemedewerker via CZO Flex Level. In dit programma worden verpleegkundige en medische ondersteunde opleidingen modulair en flexibel vormgegeven, zodat onder andere anesthesiemedewerkers meer carrièremogelijkheden krijgen omdat ze makkelijker kunnen in- en doorstromen én zij klaar zijn voor de zorgvraag van morgen.

Met vriendelijke groet,

mr. Jacques Landman  
directeur



Zorginstituut Nederland  
T.a.v. de heer M. de Haan  
Willem Dudokhof 1  
1112 ZA DIEMEN

Betreft: Reactie NVAM d.d. 10 januari 2020 op het concept-rapport Zorginstituut Nederland  
De anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG?

Nieuwegein, 10 januari 2020

Geachte heer De Haan,

De NVAM heeft kennisgenomen van het concept-rapport *De anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG?* d.d. 29 november 2019 en heeft behoefte op de inhoud van het concept-rapport te reageren, met het verzoek aan Zorginstituut Nederland (ZiN) om de reactie van de NVAM te betrekken bij het opstellen van het definitieve rapport.

*Formeel: onderbouwing advies*

De NVAM heeft op 30 mei 2016 een aanvraag gedaan bij de minister van VWS tot opname van het beroep van anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG. Desgevraagd heeft de NVAM bij brieven van 10 januari 2017 en 27 februari 2017 haar aanvraag aangevuld met nadere informatie. Op 20 maart 2018 heeft overleg tussen de NVAM en het ministerie van VWS (mw. P. Engels) plaatsgevonden, waarin van de zijde van de NVAM nadere toelichting is gegeven, aangevuld met een schriftelijke toelichting met bijlagen van de NVAM d.d. 10 september 2018.

Opmerkelijk is dat in bijlage 1 van het concept-rapport wel onze brief van september 2018 aan het ministerie van VWS is opgenomen, maar niet naar onze andere stukken. In § 2.3 noemt ZiN wel dat het de 'meegestuurde stukken', maar onduidelijk is over welke stukken ZiN precies beschikt.

De NVAM heeft de indruk dat ZiN niet over alle nadere stukken van de NVAM beschikt, zodat wij deze toevoegen bij deze reactie, met het verzoek de inhoud hiervan te betrekken bij het opstellen van het definitieve rapport [zie bijlagen]. Wij vinden dit belangrijk omdat een besluit op een aanvraag gebaseerd dient te worden op alle relevante informatie. Omdat ZiN de minister adviseert voorafgaand aan het te nemen besluit, dient ook ZiN uit te gaan van alle relevante informatie.

*Kern*

De kern van de aanvraag is (en blijft) de bescherming van de patiënt. Zoals ZiN ook stelt: de werkzaamheden van de anesthesiemedewerker bevatten substantiële risico's voor de patiënt. Dat is

nu precies de reden waarom de NVAM pleit voor opname in artikel 3 Wet BIG, aansluitend bij de doelstellingen van de Wet BIG, die terecht wordt aangeduid als een kwaliteitswet.

De NVAM is het niet met ZiN eens als gesteld wordt dat de kwaliteit van de werkzaamheden 'op andere wijze voldoende geborgd worden'. Als de anesthesiemedewerker iets fout doet, kan hij/zij aangesproken worden door het ziekenhuis als werkgever, maar daar heeft de patiënt niets aan. De patiënt staat met lege handen aangezien deze over het handelen van de anesthesiemedewerker niet kan klagen bij het tuchtcollege, terwijl diezelfde anesthesiemedewerker wel verantwoordelijk was voor het zelfstandig bewaken van de vitale functies en het onderhouden van de anesthesie tijdens de operatie, dus niet "wanneer de omstandigheden het toelaten" zoals ZiN stelt. Het is andersom: de anesthesiemedewerker handelt tijdens de operatie zelfstandig en roept de anesthesioloog erbij indien nodig<sup>1</sup>. In veel gevallen verzorgt de anesthesiemedewerker ook zelfstandig de uitleiding<sup>2</sup> en bovendien blijkt uit onderzoek onder anesthesiemedewerkers dat de anesthesioloog niet altijd persoonlijk aanwezig is bij de uitleiding. Dat de patiënt niet bij het tuchtcollege terecht kan als het gaat om een anesthesiemedewerker is bij de actuele zelfstandigheid van de anesthesiemedewerker niet uit te leggen.

#### *Onjuistheden in het concept-rapport*

##### § 1.3, 2<sup>e</sup> alinea:

Van belang is dat niemand anesthesiemedewerker kan zijn zonder te voldoen aan de eindtermen voor het beroep van de CZO. Wij komen nog op de opleiding terug bij de opmerkingen bij § 3.2. Hier merken wij vast op dat alleen voor Pijnconsulent, Sedatie Praktijk Specialist (SPS) en Pre-operatieve screening medewerker (POS) bovenop de CZO-opleiding aanvullende scholing noodzakelijk is.

##### § 1.3, 3<sup>e</sup> alinea:

Onjuist is dat de Bachelor Medisch Hulpverlener (BMH uitstroom anesthesie) een traineeship volgt om het praktijkgedeelte van de CZO-opleiding te behalen. Juist is dat de BMH dient aanvullend een verkorte CZO-opleiding te volgen, bij goed gevolg afgerond met het diploma anesthesiemedewerker.

Daarbij merkt de NVAM op dat de indruk die ZiN wekt, alsof de opleiding BMH een goed alternatief zou zijn, eveneens onjuist is. Die opleiding verloopt verre van soepel, omdat er een erkend tekort aan stageplaatsen is, zodat de uitstroom beperkt is. In de regio Oost-Nederland is de Hanze Hogeschool daarop in rechte aangesproken, overigens zonder succes voor de studenten<sup>3</sup> en in de westelijke regio biedt de Hogeschool Rotterdam geen opleiding BMH-anesthesie meer aan. Mocht het idee van ZiN en/of de minister van VWS zijn dat de BMH als wel gereguleerd BIG-beroep een goed alternatief zou zijn voor het beroep van anesthesiemedewerker, dan wijst de praktijk uit dat dit niet het geval is. Er bestaan nog immer grote tekorten, waardoor de taken en verantwoordelijkheden van

<sup>1</sup> Zie NVA Leidraad Anesthesiologische zorgverlening in het perioperatieve proces 11-3-2019, p. 10 midden.

<sup>2</sup> Zie NVA Leidraad Anesthesiologische zorgverlening in het perioperatieve proces 11-3-2019, p. 10, 'uitleiden'.

<sup>3</sup> Rb Gelderland 4 juli 2018, ECLI:NL:RBGEL:2018:2950 en vervolg Rb Gelderland 3 juli 2019, ECLI:NL:RBGEL:2019:2975.

anesthesiemedewerkers alleen maar toenemen (met alle risico's voor de patiënt van dien). En als de grenzen echt bereikt zijn, leiden de tekorten tot sluiting van operatiekamers (met wachtlijsten tot gevolg). Dit alles is niet in het belang van de bescherming van de patiënt en de kwaliteit van de zorg.

Nog los van het bovenstaande, attendeert de NVAM op het volgende. Stel dat de BMH-anesthesie een BIG-geregistreerd beroep zou worden, dan heeft dit tot gevolg dat er twee beroepsgroepen zijn die exact hetzelfde werk doen (op basis van opleiding met dezelfde eindtermen, dezelfde bevoegdheden en verantwoordelijkheden), maar juridisch verschillen. De patiënt zou de anesthesiemedewerker BMH-anesthesie wel tuchtrechtelijk kunnen aanspreken, maar de anesthesiemedewerker die niet BMH-anesthesie is opgeleid niet. Dat is niet uitlegbaar en niet in het belang van de patiënt.

### § 3.1 kopje 'Is er direct patiëntcontact?'

1<sup>e</sup> alinea:

ZiN stelt "De anesthesiemedewerker heeft regelmatig direct patiëntencontact". Dat is evident onjuist aangezien de anesthesiemedewerker altijd direct patiëntencontact heeft: op de holding, tijdens de verplichte Time Out procedure (TOP), bij de uitleiding en op de verkoever.

ZiN stelt dat er sprake is van een beperkte mate van professionele zelfstandigheid. Nog los van het feit dat de anesthesiemedewerker juist veel zelfstandige werkzaamheden verricht, die essentieel zijn voor het leven van de patiënt, zijn de 'mate van professionele zelfstandigheid' of de 'zelfstandige behandelrelatie' (sub)criteria die niet in de beleidslijn van de minister van VWS over het reguleren van artikel 3-beroepen<sup>4</sup> voorkomen. Deze (sub)criteria kunnen dan ook niet als nieuwe (sub)criteria gehanteerd worden.

Er dient geconcludeerd te worden dat de anesthesiemedewerker voldoet aan het criterium 'direct patiëntcontact'. Er is immers dagelijks en bij alle patiënten rechtstreeks contact. Hetzelfde geldt voor de verpleegkundige, die geen zelfstandige behandelrelatie heeft met de patiënt, maar wel met een vergaande mate van zelfstandigheid werkzaamheden verricht. Precies zo is het met de anesthesiemedewerker, zoals ook blijkt uit de in de noten 1 en 2 aangehaalde NVA Leidraad Anesthesiologische zorgverlening in het perioperatieve proces (2019).

In dit verband wijst de NVAM ook op de overwegingen van ZiN in § 3.2 van het concept-rapport, onder het kopje *Is het deskundigheidsgebied voldoende uitontwikkeld en voldoende onderscheidend?*, waarin – terecht – geconcludeerd wordt dat op handelings- en zelfstandigheidsniveau een te onderscheiden deskundigheidsgebied van de anesthesiemedewerker valt te erkennen.

---

<sup>4</sup> TK 2014-2015, 29 282, nr. 211

3<sup>e</sup> alinea:

Gedurende de operatie bewaakt de anesthesiemedewerker de vitale functies van de patiënt (eventueel in afwezigheid van de anesthesioloog). Dit is onjuist: de anesthesiemedewerker bewaakt tijdens de operatie de vitale functies van de patiënt in verreweg de meeste gevallen in afwezigheid van de anesthesioloog en doet dit overigens ook indien de anesthesioloog wel aanwezig is.

4<sup>e</sup> alinea:

Ook bepaalt de anesthesioloog (...) of geconsulteerd moet worden. Die zin geeft de dagelijkse praktijk onjuist weer. De dagelijkse praktijk is dat de anesthesiemedewerker zelfstandig werkt en weet wanneer de anesthesioloog erbij geroepen dient te worden. Het is niet zo dat er per patiënt/ per operatie instructies worden gegeven door de anesthesioloog. Juist omdat de anesthesiemedewerker is opgeleid om zelfstandig vitale functies te bewaken en te kunnen uitleiden, weet de anesthesioloog dat hij veel aan de anesthesiemedewerker kan overlaten en dit gebeurt dan ook in de dagelijkse praktijk. Weliswaar is de anesthesioloog medisch eindverantwoordelijk, maar deze is niet verantwoordelijk voor de door de bekwame anesthesiemedewerker binnen het eigen deskundigheidsgebied uitgevoerde handelingen. Daarvoor is de anesthesiemedewerker zelf verantwoordelijk. Ook hier gaat de vergelijking met de verpleegkundige op. Een arts kan niet (tuchtrechtelijk) aangesproken worden op de door de verpleegkundige uitgevoerde handelingen.

§ 3.2 kopje *Is het een breed basisberoep?*

Ten onrechte constateert ZiN dat het beroep van anesthesiemedewerker geen breed basisberoep is.

ZiN miskent dat alle anesthesiemedewerkers in Nederland aantoonbaar dienen te voldoen aan de eindtermen van de CZO. Zonder dat kan niemand anesthesiemedewerker zijn. Dat er vooralsnog verschillende wegen naar dat eindresultaat kunnen leiden moge zo zijn, maar dat wil niet zeggen dat anesthesiemedewerker als 'functie' gekwalificeerd kan worden.

Daarbij komt dat ZiN het basisberoep van anesthesiemedewerker verwart met de specialisaties die de anesthesiemedewerker kan behalen na een daartoe gerichte vervolgopleiding: Pijnconsulent, SPS en POS. Het is niet zo dat bijv. een verpleegkundige Pijnconsulent, SPS of POS kan worden zonder de opleiding tot anesthesiemedewerker te hebben gevolgd. Hetzelfde geldt voor een PA. Ook is het niet zo dat de opleiding tot anesthesiemedewerker een specialisatie-opleiding zou zijn van de opleiding tot verpleegkundige (zie ook de eerdere toelichting van de NVAM). Dat een PA en BMH aantoonbaar moeten voldoen aan de eindtermen van CZO om het beroep van anesthesiemedewerker te kunnen uitoefenen, wijst er bovendien juist op dat anesthesiemedewerker een beroep is en niet een functie. Als het een functie zou zijn, zou iedereen met welke medische opleiding dan ook, de functie anesthesiemedewerker kunnen verrichten. Dat is gelukkig niet zo, omdat dit een onaanvaardbaar risico voor de patiënt zou opleveren.



### 3<sup>e</sup> alinea

Voorts wijst de NVAM ZiN erop dat de CZO opleiding anesthesiemedewerker het NLQF 6 niveau heeft. Dat andere opleidingen minder toegankelijk zouden zijn voor anesthesiemedewerkers met een CZO-opleiding is niet volledig: indien de anesthesiemedewerker een voldoende assessment op HBO-niveau heeft, is doorstroming wel degelijk mogelijk. De NVAM ziet overigens niet in waarom doorstroming naar andere opleidingen een relevante overweging is voor de vraag of de anesthesiemedewerker onder het regiem van artikel 3 Wet BIG gebracht dient te worden.

### 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> alinea

De NVAM heeft de indruk dat ZiN zich teveel laat leiden door de verschillende wegen die naar Rome leiden, terwijl gekeken moet worden naar de plaats die de anesthesiemedewerker heeft binnen het pre-; peri; en postoperatieve zorgproces. De anesthesiemedewerker is een beroep dat in ieder ziekenhuis in Nederland als zodanig wordt (h)erkend en op vergelijkbare wijze wordt ingevuld. De eindtermen CZO anesthesiemedewerker en het Beroepsprofiel NVAM bieden hiervoor het kader. Er zijn geen andere beroepen met een vergelijkbare inhoud.

Dat het deskundigheidsgebied voldoende is uitontwikkeld, wordt ook door ZiN onderschreven en blijkt volgens ZiN uit de koppeling tussen het beroepsprofiel en de opleidingseisen CZO.

### Alinea *Samengevat*

Het Zorginstituut is van mening (...) van een functie of zelfs een potentieel specialisme van een al bestaand basisberoep.

De conclusie dat sprake is van een functie in plaats van een breed basisberoep kan niet in stand blijven gelet op de eerdere toelichting en hetgeen hierboven is gesteld.

Daarbij komt dat als ZiN van mening zou zijn dat anesthesiemedewerker een potentieel specialisme zou zijn, erkend wordt dat sprake is van een breed en afgebakend beroepsgebied. Waarom anesthesiemedewerker dan geen breed basisberoep zou zijn, ontgaat de NVAM gelet op al hetgeen zij eerder naar voren heeft gebracht. Anesthesiemedewerker is het basisberoep. Pijnconsulent, SPS of POS zijn potentiële specialismen.

### § 3.2 kopje *Is het deskundigheidsgebied voldoende uitontwikkeld en voldoende onderscheidend?*

3<sup>e</sup> alinea: hier dient een correctie plaats te vinden. Na de zin "De NVAM benoemt ook nog het verrichten van handelingen gericht op pijnbestrijding of sedatie van de patiënt" staat "Deze handelingen (...) niet gerekend worden tot het algemene deskundigheidsgebied van de anesthesiemedewerker." Hier is sprake van een misverstand: de tweede zin is slechts juist voor zover het pijnbestrijding en /of sedaties betreft buiten de reguliere werkzaamheden op de OK. Immers voor, tijdens of na de operatie passen anesthesiemedewerkers standaard sedatie en/of pijnbestrijding toe. Deze passage dient derhalve aangepast te worden.

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

De NVAM is het niet eens met de conclusie van ZiN dat de kwaliteit van de opleiding niet voldoende en onafhankelijk is geborgd en dat daarom niet aan dit criterium is voldaan.

De NVAM wijst er in de eerste plaats op dat de toenmalige staatssecretaris van WVC reeds in 1984 (!) heeft uitgesproken bereid te zijn zijn goedkeuring aan de opleiding tot anesthesiemedewerker te hechten. Dat standpunt is voor zover de NVAM bekend nimmer verlaten. Niet valt in te zien waarom de opleiding anno 2019 ineens niet meer zou voldoen.

Vaststaat dat de CZO opleiding erkend is als opleiding tot het algemene basisberoep anesthesiemedewerker en dat niemand anesthesiemedewerker kan worden zonder aan de eindtermen van de CZO te voldoen. Dat is de kern. Dat er verschillende wegen zijn die naar Rome leiden doet aan die kern niet af. Door de eindtermen en het Beroepsprofiel NVAM wordt geborgd dat iedereen die het beroep van anesthesiemedewerker wil uitoefenen aan dezelfde opleidings- en kwalitatieve eisen voldoet. Die borging is wezenlijk voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening en die borging wil de NVAM wettelijk gereguleerd zien vanuit het belang van de patiënt. Het niet-BIG-gereguleerd zijn betekent immers dat de beroepstitel niet beschermd is en dat de anesthesiemedewerker niet tuchtrechtelijk kan worden aangesproken door de patiënt. Dat is en blijft onwenselijk.

5e alinea:

Correctie: BMH leidt niet op tot anesthesiemedewerker! (zie eerdere opmerking over het 'traineeship'). 'BMH-uitstroom anesthesie' wordt ook niet erkend door de NVA, NVAM en CZO.

6e alinea:

In het rijtje mist de HBO-VT Amsterdam (vijf jaar).

HBO-BMH uitstroom anesthesie, dit is geen opleiding tot anesthesiemedewerker zie eerdere opmerking en opmerking over het 'traineeship' en past dan ook niet in het rijtje.

7e alinea:

Hetgeen ZiN afleidt uit de gevoerde gesprekken is niet juist, althans niet volledig. De zin dat een anesthesiemedewerker die in een perifere setting is opgeleid nog ingewerkt moet worden voordat hij aan de slag kan in een topklinisch of academisch centrum suggereert dat een perifeer opgeleide anesthesiemedewerker niet zou voldoen aan de eisen van een topklinisch of academisch centrum. Dat is niet juist. Als gezegd, alle anesthesiemedewerkers voldoen aan de eindtermen van CZO. De setting waar de anesthesiemedewerker het praktijkdeel van de opleiding heeft gedaan maakt verschil: een perifeer ziekenhuis is anders (laagcomplex/ hoog zelfstandig) dan een topklinisch of academisch centrum (hoogcomplex/ laag zelfstandig). ZiN dient te bedenken dat ook anesthesiemedewerkers die praktisch zijn opgeleid in een topklinisch of academisch centrum ook niet

zonder meer in een perifeer ziekenhuis kunnen werken zonder een intensief inwerkprogramma, omdat er in een perifeer ziekenhuis veel meer zelfstandigheid in de uitoefening van het basisberoep wordt verwacht. Als de aangehaalde zin wordt gehandhaafd, zal er in elk geval aan toegevoegd moeten worden, "en vice versa."

Overigens geldt ook voor andere artikel 3 beroepsbeoefenaren, zoals verpleegkundigen dat, ondanks het bestaan van een brede basisopleiding tot breed basisberoep, uitwisseling tussen periferie en academie/ STZ niet zonder meer mogelijk is.

Voorts dient bedacht te worden dat als de opleidingseisen wettelijk gereguleerd zijn, de borging afdoende geregeld zal zijn. ZiN stelt terecht dat de auditrapporten niet publiekelijk beschikbaar zijn. Dat vindt de NVAM ook niet wenselijk en vindt dit vanuit het belang voor de bescherming van de patiënt en reden temeer om het beroep te reguleren via artikel 3 Wet BIG. Voor zover er nu nog sprake is van een 'black box', zal sprake zijn van (wenselijke) transparantie en toetsbaarheid door de aan publiekrechtelijke regulering verbonden voorwaarden.

Voorafgaand aan het nemen van een definitief besluit over de aanvraag van de NVAM zou ZiN de minister in overweging kunnen geven om een haalbaarheidstoets te doen uitvoeren door de Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie. De NVAM is ervan overtuigd dat erkenning van de opleiding mogelijk zou moeten zijn, maar voornoemde toets zou daarover uitsluitsel kunnen geven.

Overigens wil de NVAM nog opmerken dat enige relativering bij de conclusies over de kwaliteit van de opleiding op zijn plaats is, omdat ZiN de auditors niet heeft geïnterviewd als onderdeel van de voorbereiding van het advies.

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

De conclusie van ZiN dat de werkzaamheden van de anesthesiemedewerker substantiële risico's bevatten voor de patiëntveiligheid, maar de kwaliteit van de beroepsuitoefening op andere wijze voldoende wordt geborgd, kan de NVAM niet plaatsen, omdat deze in tegenspraak is met de conclusies van ZiN over de opleiding en het gebrek aan onafhankelijke borging. Reeds hierom kan deze conclusie niet in stand blijven. De NVAM blijft erbij dat wettelijke regulering noodzakelijk is, omdat dit de enige manier is om de kwaliteit van de beroepsuitoefening afdoende te borgen.

Ook op dit punt heeft ZiN onvoldoende begrip van de dagelijkse praktijk in ziekenhuizen (perifeer, STZ en academisch). ZiN lijkt ervan uit te gaan dat de anesthesiemedewerker van minuut tot minuut begeleid, geïnstrueerd of ten minste gesuperviseerd wordt door de anesthesioloog. Dat is niet zoals het gaat. Zo kan het ook niet gaan, omdat er ongeveer tweemaal meer anesthesiemedewerkers dan anesthesiologen zijn in Nederland. De praktijk is dat de anesthesiemedewerker grotendeels zelfstandig werkt, zoals eerder toegelicht en de anesthesioloog medisch eindverantwoordelijk is (zie

ook de eerder aangehaalde NVA Leidraad 2019 en het Beroepsprofiel NVAM). Ook dit is niet anders dan bij verpleegkundigen. Het risico van de werkzaamheden waarvoor de anesthesiemedewerker verantwoordelijk is en die hij zelfstandig uitvoert, is echter vele malen groter dan dat van de verpleegkundigen. Dat brengt de aard van de werkzaamheden van de anesthesiemedewerker met zich mee.

Dat er in de praktijk sprake is van werkafspraken, protocollen, richtlijnen en supervisie (op afstand) neemt niet weg dat het kan voorkomen dat risico's zich daadwerkelijk verwezenlijken. Het neemt ook niet weg dat er sprake is van substantiële risico's, waarop de patiënt, mochten de risico's zich onverhoopt verwezenlijken, de anesthesiemedewerker niet rechtstreeks kan aanspreken. Aan dat aspect wordt naar de mening van de NVAM onvoldoende aandacht besteed in het concept-advies.

#### 4<sup>e</sup> alinea

De taak- en werkverdeling tussen anesthesioloog en anesthesiemedewerker staat beschreven in de eerder aangehaalde NVA Leidraad 2019. Daaruit blijkt dat de anesthesiemedewerker peri- en postoperatief eigenstandige taken en verantwoordelijkheden heeft en daaraan zelfstandig uitvoering geeft. De NVAM verwijst hiernaar.

Onjuist is dat gesteld wordt dat POS medewerkers een '(vervolg)opleiding' hebben gevolgd: een POS medewerker is anesthesiemedewerker en heeft altijd een vervolgopleiding. Er bestaat namelijk geen basisopleiding voor POS medewerker.

#### 5<sup>e</sup> alinea:

Onjuist is de zin "In uitzonderlijke gevallen en alleen na expliciete toestemming (...) zelf aan de uitleiding kan beginnen." Opnieuw wijst de NVAM ZiN op de NVA Leidraad 2019, waarin op p. 10 is bepaald dat in welke gevallen de anesthesiemedewerker zelfstandig de uitleiding verzorgt. De aldaar genoemde gevallen zijn niet uitzonderlijk, maar maken een substantieel deel van het totaal aantal ingrepen uit.

#### 6<sup>e</sup> alinea:

Evenmin is juist dat de anesthesiemedewerker op momenten dat zich onvoorspelbare risico's voordoen slechts een signaalfunctie zou hebben. Als dat waar zou zijn, zou het met veel patiënten niet goed aflopen. Op het moment dat zich een risico voordoet, staat de anesthesiemedewerker niet met zijn handen op de rug, maar handelt hij met het oog op het zo goed mogelijk stabiliseren van de toestand van de patiënt. Gelijktijdig wordt de anesthesioloog erbij geroepen, maar zo lang deze niet op de OK verschijnt, bijv. omdat hij niet weg kan op een andere OK, handelt de anesthesiemedewerker zelfstandig. Van een beperkte mate van professionele zelfstandigheid is dan ook juist op momenten van onvoorspelbare risico's geen sprake. Het laat zien dat de anesthesiemedewerker, anders dan ZiN lijkt te menen, geen verlengde arm van de anesthesioloog is, maar een beroepsbeoefenaar met eigen taken, expertise en bijbehorende bevoegdheden en

verantwoordelijkheden. De NVAM meent dat juist dergelijke situaties eens te meer nopen tot opname van het beroep in artikel 3 Wet BIG.

In dit verband wijst de NVAM op het arrest van de Hoge Raad uit 1996<sup>5</sup>, waarin de vraag centraal stond in welke FWG functiegroep de anesthesiemedewerker kon worden ingedeeld en waarin de rechtbank zelfstandig had geoordeeld dat dit functiegroep 50 in plaats van 45 moest zijn.

*“Uit de door de deskundigen opgestelde functie-omschrijving destilleert de rechtbank - gegeven de door de Stichting ziekenhuizen Noord-Limburg gebezigde tafelsystemen (1 anesthesioloog per 2 tafels, toev. NVAM) als hiervoor vermeld en uiteraard binnen de door de anesthesioloog gestelde ruimte - dat het initiatief tot handelend optreden bij afwezigheid van de anesthesioloog bij Van den Goor berust. Van den Goor kan alsdan - kennelijk ook in kritieke situaties - niet direct terugvallen op de anesthesioloog en indirect slechts met behulp van een, voor medische operaties zeer gebrekkig communicatiesysteem. Hiermee is de zelfstandigheid, vereist voor een indeling in functiegroep 50 gegeven.”*

De rechtsvraag in cassatie was of de rechtbank dit zelf had kunnen beslissen en de Hoge Raad beantwoordde deze vraag bevestigend, zodat het vonnis van de rechtbank in stand bleef. De overwegingen van de rechtbank zijn ruim twintig jaar later niet minder geldig. In tegendeel: in de praktijk zijn de anesthesiemedewerkers in de afgelopen decennia toenemend zelfstandig geworden, hetgeen zich rechtstreeks heeft vertaald in inschaling in hogere functiegroepen/ schalen: ruim 70% is ingedeeld in functiegroep 55 of hoger en in academische centra zijn anesthesiemedewerkers grotendeels ingedeeld in schaal 9.

7<sup>e</sup> alinea:

De NVAM deelt de mening van de IGJ dat het vanwege de zelfstandige taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en risico's voor de patiënt wenselijk is de anesthesiemedewerker onder de toepasselijkheid van het wettelijk tuchtrecht te brengen.

De NVA is daarvan geen voorstander omdat de anesthesioloog medisch eindverantwoordelijk is. Als gezegd, dat is op zichzelf juist, maar de NVA verliest een wezenlijk punt uit het oog. Als de instructies (lees: werkafspraken/ protocollen/ richtlijnen) juist zijn en de anesthesiemedewerker maakt desondanks een fout of schiet tekort in zijn taakuitoefening, dan kan de anesthesioloog daarvoor niet tuchtrechtelijk worden aangesproken. De NVAM wijst op jurisprudentie in vergelijkbare gevallen, waarin de medisch eindverantwoordelijke niet tuchtrechtelijk aansprakelijk is voor het feitelijk handelen door anderen in het zorgproces, omdat het in het tuchtrecht gaat om persoonlijke aansprakelijkheid.<sup>6</sup> Anders gezegd: als het beleid goed is, maar de uitvoering deugt niet, dan is niet de anesthesioloog

<sup>5</sup> HR 13 september 1996, NJ 1997, 38 m.nt. P.A. Stein.

<sup>6</sup> CTG 3 november 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:326, GZR 2016-0406; CTG 21 augustus 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:236.

tuchtrechtelijk aansprakelijk, maar staat de patiënt met lege handen, omdat hij de anesthesiemedewerker niet tuchtrechtelijk kan aanspreken. Dat is vanuit het patiëntenbelang onwenselijk en reden om het beroep van anesthesiemedewerker wel wettelijk te reguleren.

8<sup>e</sup> alinea:

De NVAM kan zich niet aan de indruk onttrekken dat ZiN de mening van de NVA wel erg zwaar heeft laten meewegen, terwijl ZIN een beperkte blik op de werkelijke praktijk en taakverdeling op de OK lijkt te hebben, waarin, zoals een- en andermaal uitgelegd, de anesthesiemedewerker wel degelijk zelfstandige taken en verantwoordelijkheden heeft, die overigens ook erkend en beschreven worden in de NVA Leidraad 2019. Waarom de anesthesiemedewerker niet (functioneel) zelfstandig zou (hoeven) zijn voor het inbrengen van een infuus (venapunctie), het inbrengen van een catheter of het geven van injecties, ontgaat de NVAM volledig nu deze voorbehouden handelingen onderdeel zijn van het standaard-expertise- en takenpakket van de anesthesiemedewerker. Ook voor de verpleegkundige (art. 3 wet BIG) is dat op die manier geregeld (Besluit functionele zelfstandigheid).

§ 3.3 kopje *Is de beroepsgroep vrij toegankelijk?*

De NVAM ziet niet in waarom aan dit criterium hetzelfde gewicht wordt toegekend als aan andere criteria. In de eerste plaats zijn de verpleegkundige, de PA en de beoogde nieuwe artikel 3-beroepen BMH en medisch technoloog ook niet rechtstreeks toegankelijk, maar slechts na verwijzing of via opname in het ziekenhuis. Rechtstreekse toegankelijkheid kan dan ook geen zwaarwegend, laat staan een doorslaggevend criterium zijn.

In de tweede plaats gaat het om de kern: de doelstellingen van opname van het beroep in artikel 3 om redenen van bescherming van de patiënt en de borging van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Vanuit die kern bezien zullen de overwegingen omtrent de aard van de werkzaamheden van de anesthesiemedewerker: risicovol, in grote mate zelfstandig, in relatie tot de patiënt, deze is tijdens de operatie volledig afhankelijk van de anesthesiemedewerker, en de bewaking en bescherming van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, door de gewenste borging van de opleiding en persoonlijke tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, als doorslaggevende criteria moeten worden gezien, zodat ZiN wordt verzocht ook op dit punt zijn standpunt te herzien.

Daarbij geeft de NVAM ZiN ook nog het volgende in overweging. Een bekend fenomeen in de zorg is 'zelfmedicatie' door beroepsbeoefenaren, met een groot risico op verslaving met alle gevolgen van dien voor de patiëntenzorg. Op de OK doen zich op dit terrein meer problemen voor dan elders in het ziekenhuis, wellicht omdat men 'dichter bij het vuur' zit. Binnen de medische beroepsgroep zijn hebben de anesthesiologen de hoogste cijfers als het gaat om verslaving en tentamen suïcide.<sup>7</sup> In gevallen waarin dit aan het licht komt, kan de IGJ of de RvB van het ziekenhuis via het tuchtrecht optreden, hetgeen uit oogpunt van patiëntveiligheid noodzakelijk is. Er is geen onderzoek beschikbaar

<sup>7</sup> Zie: E. Laura Wright et al. Opioid Abuse Among Nurse Anesthetists and Anesthesiologists, AANA Journal v April 2012 v Vol. 80, No. 2 (120-8); zie ook: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/te-veel-dokters-kiezen-de-dood.htm>

over de beroepsgroep van anesthesiemedewerkers, maar het zou de NVAM niet verbazen als de verschillen niet heel groot zijn. Dat onderstreept de noodzaak van tuchtrecht, omdat dit de enige manier is om te voorkomen dat een verslaafde beroepsbeoefenaar die een ontoelaatbaar risico vormt voor de patiëntenzorg weer elders aan het werk kan.

*Advies*

Uit het voorafgaande volgt dat de NVAM het niet eens is met het advies van ZiN en ZiN verzoekt zijn advies te heroverwegen op basis van de door de NVAM verschaft informatie en toelichting op haar standpunt.

In de laatste alinea van het advies (p. 18) legt ZiN ten onrechte een verband tussen de aanvraag van de NVAM en de personeelstekorten op de OK's in Nederland. ZiN miskent dat dit geen onderdeel uitmaakt van de aanvraag van de NVAM. De NVAM heeft samen met de LVO een petitie aangeboden aan de Tweede Kamer. Deze petitie kent een oplegnotitie van de NVAM waarin expliciet benoemd is dat de BIG aanvraag los staat van de aangeboden petitie. In de petitie is aandacht gevraagd voor tekorten op de OK en (erkenning van de) werkdruk.

Namens het bestuur van de NVAM,

R. Terriet en J. Hoekman

**BEZOEKADRES**

Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht  
030 28 23 385

**POSTADRES**

Postbus 20063  
3502 LB Utrecht  
nva@anesthesiologie.nl  
www.anesthesiologie.nl

Zorginstituut Nederland  
A. Van Halteren  
Per [big@zinl.nl](mailto:big@zinl.nl)

Betreft: Consultatie concept adviesrapport  
anesthesiemedewerker

Datum 9 januari 2020

Kenmerk U20.0025

Geachte heer Van Halteren,

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) reageert graag op het concept advies 'De anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG?'. De NVA vindt het een gedegen rapport waarin de aanvraag van de NVAM op heldere wijze wordt getoetst aan de criteria van de wet BIG.

De NVA begrijpt en ondersteunt de wens van de NVAM om landelijke opleidings- en (her)registratie-eisen te hanteren voor alle anesthesiemedewerkers. Echter, wij zien geen noodzaak dit middels wettelijke regulering via artikel 3 van de wet BIG vorm te geven. Naar onze mening zijn instrumenten als landelijke opleidingseisen en een landelijk kwaliteitsregister, zoals we dat bijvoorbeeld ook hanteren voor pijnspecialisten en intensivisten, afdoende. De NVA wil de NVAM graag ondersteunen in de verdere ontwikkeling en handhaving hiervan.

De NVA steunt het Zorginstituut dan ook in haar voornemen de minister te adviseren het beroep anesthesiemedewerker niet op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG. Zoals het Zorginstituut al aangeeft neemt dit niet weg dat de anesthesiemedewerker een onmisbare schakel is voor effectieve, efficiënte en kwalitatief hoogstaande zorg. Anesthesiologische zorg is teamwork.

Tot slot hebben wij nog een tweetal opmerkingen over de specifieke onderdelen van het document:

- Pagina 5: "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" suggereert dat de anesthesioloog ook niet in de nabijheid is. Dat is niet het geval: de anesthesioloog blijft in de directe nabijheid en is direct beschikbaar, zodat direct fysiek aanwezigheid geborgd is evenals het geven van instructie wanneer de anesthesiemedewerker verandering signaleert. Graag aanvullen. Idem op pagina 9.
- Pagina 12: de leidraad anesthesiologische zorg is vastgesteld in 2018. Sinds 2019 wordt hierop getoetst bij kwaliteitsvisitaties. Tot 1 januari 2021 worden ruimere opvolgtermijnen gehanteerd i.v.m. implementatietijd.

Hoogachtend,  
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)

Mw. dr. C.D. van der Marel  
Voorzitter NVA





Nederlandse  
Vereniging van  
Ziekenhuizen

Zorginstituut Nederland  
Team Wet BIG, Sector Zorg  
T.a.v. de heer A. van Halteren  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

**Behandeld door**  
Jeannette de Graauw  
T 06 51925807  
j.degrauw@nvz-ziekenhuizen.nl

**Datum**

13 januari 2020

**Onderwerp**

Reactie op consultatie concept adviesrapport anesthesiemedewerker

Geachte heer Van Halteren,

Op 29 november 2019 heeft u de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) per e-mail verzocht kennis te nemen van het concept adviesrapport 'De anesthesiemedewerker in artikel 3 van de Wet BIG?' en de gelegenheid geboden uiterlijk 13 januari 2020 onze zienswijze hierop te geven.

Wij delen de overwegingen van de onderzoekers waarmee de bevinding dat het beroep niet voldoet aan de huidige criteria van een artikel 3 beroep in de Wet BIG, gestaafd is. Evengoed zijn wij eensluidend met ZIN van mening dat de anesthesiemedewerker een cruciale rol vervult in de kwaliteit van zorg en daarmee een onmisbare schakel vormt.

~~Met vriendelijke groet,~~

Sander Gerritsen  
directeur

Zorginstituut  
Team Wet BIG, sector Zorg  
Hoofd afdeling Zorg II  
T.a.v. heer Van Halteren

Orteliuslaan 871  
3528 BE Utrecht  
Postbus 1539  
3500 BM Utrecht  
030 297 03 03  
info@patientenfederatie.nl  
www.patientenfederatie.nl

Per e-mail

IBAN NL07RABO0188933328  
BIC RABONL2u  
BTW-nr. NL801406134B01  
KVK 40482340

datum Utrecht, 14 januari 2020  
ons kenmerk 2020-06  
voor informatie M. van Hussen - m.vanhussen@patientenfederatie.nl  
uw kenmerk  
onderwerp **Aanvraag opname in art 3 wet -  
Anesthesiemedewerker**

Geachte heer Van Halteren,

In reactie op uw verzoek van 29 november jl. om deel te nemen aan de consultatieronde over het concept adviesrapport zoals opgesteld door uw organisatie over de aanvraag inz. opname van "anesthesiemedewerker" in artikel 3 wet BIG, willen wij u als volgt berichten.

Op dit moment zijn wij een visie aan het vormen over (de toekomstbestendigheid van) de Wet BIG. Daardoor kunnen wij nu geen goede afweging maken over de aanvraag inz. opname van "anesthesiemedewerker" in art. 3 wet BIG.

Om de hierboven genoemde reden hebben wij ervoor gekozen om geen zienswijze te geven op het concept adviesrapport over de hierboven genoemde aanvraag zoals is opgesteld door het Zorginstituut.

Met vriendelijke groet,

Dianda Veldman  
Patiëntenfederatie Nederland