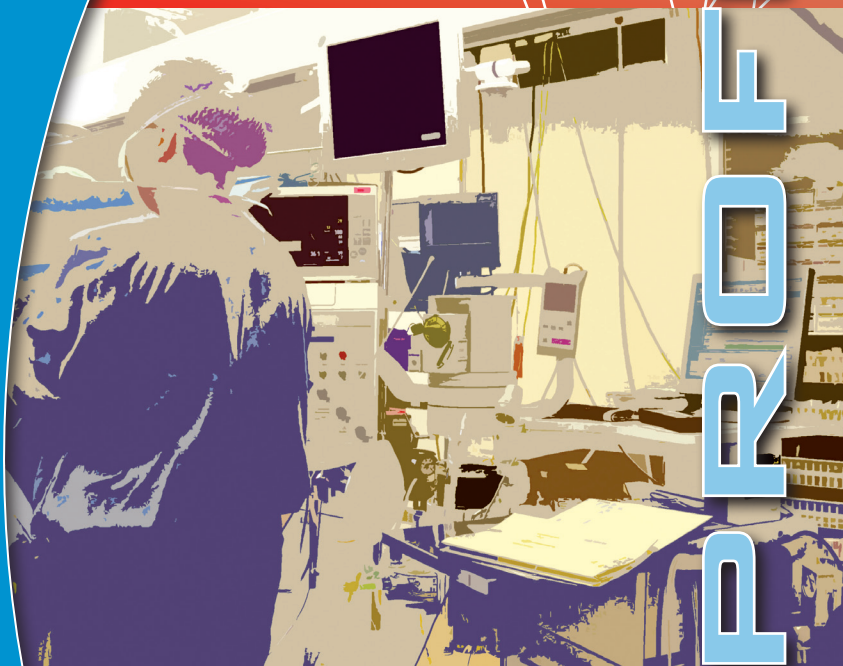


BEROEPSPROFIEL 2014

VAN DE ANESTHESIEMEDEWERKER



NVA*a***M**
nederlandse vereniging van
anesthesiemedewerkers

VOORWOORD

HIER LIGT HET DAN: HET NIEUWE BEROEPSPROFIEL ANESTHESIEMEDEWERKER! (2014)

De Nederlandse anesthesie heeft altijd al een unieke positie in Europa gehad. In een tijd waarin weinig anesthesiologische mankracht in Nederland beschikbaar bleek om aan de behoefte aan anesthesiologische zorg te voldoen is de visie ontstaan dat kwalitatief hoogwaardige zorg en veilige zorg aan patiënten zou moeten zijn gestoeld op een drietal pijlers:

1. hoogwaardige opleiding,
2. hoogwaardige bewaking en monitoring en
3. anesthesie is teamwork: een prestatie die door een anesthesioloog en gekwalificeerde en goed opgeleide anesthesiemedewerkers kan worden gerealiseerd.

Het is al lang niet meer zo dat anesthesiologie en eenmans actie is. Dit is nog wel het geval in vele landen in Europa. In Nederland hebben wij al lang beseft dat de bewaking van de patiënt en het bijsturen van de anesthesie binnen te voren afgesproken grenzen kwalitatief zeer goed kan worden gedaan door speciaal hiervoor opgeleide en toegewijde mensen: de anesthesiemedewerker.

In Nederland wordt anesthesie altijd uitgevoerd door een hooggekwalificeerd team van professionals die elkaar weten te waarderen en respecteren. Dat heeft ertoe geleid dat de kwaliteit en de veiligheid van de anesthesie in Nederland op een hoog peil staat, ondanks het feit dat het aantal anesthesiologen per 100.000 inwoners in Nederland tot de laagste van Europa behoort. Ondanks dat gegeven is de kwaliteit goed en dat kan alleen worden gerealiseerd door goede samenwerking in hooggekwalificeerd team.

De Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers heeft zijn verantwoordelijkheid voor het beroep van anesthesiemedewerker van oudsher hoog opgevat. In de afgelopen jaren hebben een aantal wijze anesthesiemedewerkers onder begeleiding van onderwijskundigen en enkele adviseurs zich belast met het ontwerpen van een nieuw beroepsprofiel en herinrichting van de opleiding. Dat was enerzijds nodig om recht te doen aan de verdere diversificatie in het beroep en anderzijds om de identiteit en positie van de anesthesiemedewerker op een sterke, trotse manier weergegeven. Het beroep van anesthesiemedewerker is er een om trots op te zijn.

Ook is het in het nieuwe beroepsprofielen duidelijk gemaakt dat het beroep van anesthesiemedewerker een dynamisch beroep is en een beroep dat zich voortdurend ontwikkelt. Meer en meer worden anesthesiemedewerkers ingezet op andere plaatsen dan alleen op de operatiekamer. Wij zien ze nu soms op afdelingen voor preoperatieve screening, en nieuwe te werkterreinen worden geëxploreerd, zoals bij de pijnbestrijding en bij sedatie van patiënten die vervelende en nare ingrepen moeten ondergaan. Het nieuwe beroepsprofiel erkent deze openingen en biedt ook mogelijkheden voor creatieve invulling en verdere verantwoorde taakverschuiving in de anesthesiologie.

Ik feliciteer de Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers met deze unieke stap. Uniek in Nederland en uniek in Europa. Het profiel onderschrijft nog eens krachtig de belangrijke samenwerking op gelijke basis die er tussen anesthesiologen en anesthesiemedewerkers moet zijn. Alleen dat is ten dienste van dat gene waar wij allen aan werken namelijk kwaliteit en veiligheid van zorg voor onze patiënten.

NVAM: van harte geluk gewenst met dit trotse resultaat!

*Prof. Hans T.A. Knape, anesthesioloog
President European Society of Anaesthesiology*

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	1
-----------	---

HOOFDSTUK 1

INLEIDING EN

VERANTWOORDING

1.1 Reikwijdte van het profiel	6
1.2 Gebruikswaarde van het profiel	6
1.3 Ontwikkeling van het profiel	7
1.4 Leeswijzer	8

HOOFDSTUK 2

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

EN DE GEVOLGEN VOOR DE

ANESTHESIEMEDEWERKER

	9
2.1 Enkele kerngetallen over de anesthesie beroepsbevolking	9
2.2. Maatschappelijke ontwikkelingen	10
2.2.1 Andere doelgroepen en meer ouderen met complexere zorgvraag	10
2.2.2 Mondige en kritische patiënten	10
2.2.3 Toegankelijkheid van informatie	11
2.3 Ontwikkelingen in de inhoud van het werken van de anesthesiemedewerker	11
2.3.1 Gedifferentieerde en specialistische zorg	11
2.3.2 Evidence based practice	12
2.3.3 Kwaliteitsgerichte zorg	12
2.3.4 Continuïteit van zorg en samenwerken	12
2.4 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg	13
2.4.1 Taakherschikking	13
2.5 Innovatieve en technologische ontwikkelingen	14
2.5.1 Technologisering	14
2.6 Demografische ontwikkelingen	14
2.6.1 Er blijven steeds minder algemene ziekenhuizen over	14
2.6.2 Toename van buitenlandse anesthesiologen	15
2.7 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en in het onderwijs	16
2.7.1 Situatie op de arbeidsmarkt	16
2.7.1.1 Detachering	16
2.7.1.2 Maatschappen anesthesiemedewerkers	16
2.7.1.3 Arbeidsmarktsituatie	16
2.7.1.4 Groeiend carrièreperspectief	17
2.7.2 Ontwikkelingen in het onderwijs	17
2.7.2.1 Opleidingen	17
2.7.2.2 Opleidingsfonds	17
2.7.2.3 Competentie Gericht Opleiden (CGO)	18

HOOFDSTUK 3

POSITIEBEPALING VAN DE

ANESTHESIEMEDEWERKER

	19
3.1 De context van de anesthesiologische zorgverlening	19
3.2 Visie op de anesthesiologische zorgverlening	19
3.3 Wettelijke kaders van de anesthesiologische zorgverlening	20
3.3.1 De Wet BIG	20
3.3.2 Voorbehouden handelingen	20
3.4 De opleiding tot anesthesiemedewerker	21
3.4.1 De opleiding	21
3.4.2 De anesthesiemedewerker, Europees en mondiaal	22

HOOFDSTUK 4

DOMEINEN, KERNTAKEN EN ROLLEN

		23
4.1	Domeinen en kerntaken	23
4.1.1	Domein A. Inhoud van Zorg	23
	Kerntaak 1: Observeren en onderzoeken	23
	Kerntaak 2. Analyseren en diagnose stellen	25
	Kerntaak 3. Verlenen van anesthesiologische zorg	26
	Kerntaak 4. Communiceren met de patiënt	29
4.1.2	Domein B. Organisatie van zorg	30
	Kerntaak 1. Zorgdragen voor de kwaliteit van het werk	30
	Kerntaak 2. Zorgdragen voor organisatie en het beheer	32
	Kerntaak 3. Samenwerken, communiceren en afstemmen met andere zorgverleners	33
4.1.3	Domein C. Professionalisering	35
	Kerntaak 1. Eigen deskundigheid op peil houden	35
	Kerntaak 2. Coachen en onderwijzen van studenten en collega's	37
	Kerntaak 3. Bijdragen aan de ontwikkeling en professionaliteit van de beroepsgroep	39
	Kerntaak 4. Participeren in wetenschappelijk onderzoek	40
4.2	De rollen van de anesthesiemedewerker	42
4.2.1	Weergave van de rollen	42
4.2.1.1	Anesthesiologische zorgverlener	42
4.2.1.2	Begeleider	43
4.2.1.3	Regisseur	43
4.2.1.4	Coach	43
4.2.1.5	Professional	44

HOOFDSTUK 5

KEUZES EN AFWEGINGEN

		45
5.1	Veiligheid versus kwaliteit	45
5.2	Handelingen zelf uitvoeren, verwijzen of delegeren	45
5.3	Tijd versus patiëntveiligheid	46
5.4	Bedrijfsbelang versus individueel belang	46
5.5	Wel of geen feedback geven	47
5.6	Zelf beslissen versus overleggen	48

HOOFDSTUK 6

COMPETENTIES VOOR HET PROFIEL VAN DE ANESTHESIEMEDEWERKER

		49
6.1	Overzicht competentiegebieden	49
6.2	Uitwerking van de competenties	50
6.2.1	Competentiegebied A: Vakinhoudelijk handelen	50
6.2.2	Competentiegebied B: Communiceren met de patiënt	52
6.2.3	Competentiegebied C: Regie voeren	53
6.2.4	Competentiegebied D: Professionalisering	55

HOOFDSTUK 1**PIJNCONSULENT** 58

- 1.1 Inleiding 58
- 1.2 Leeswijzer 58

HOOFDSTUK 2**PIJNCONSULENT** 59

- 2.1 Context en positie 59
- 2.2 Aanleidingen 59
 - 2.2.1 Taakherschikking 59
 - 2.2.2 Inspectie 59
 - 2.2.3 Complexere zorgvraag 59
 - 2.2.4 De pijnpatiënt zelf 60
 - 2.2.5 Dynamiek in het beroep 60

HOOFDSTUK 3

- 3.1 Overzicht competentiegebieden 61
- 3.2 Competentiegebieden, vaardigheden en kennis 61
 - 3.2.1 Vakinhoudelijk handelen 61
 - 3.2.2 Communicatie 63
 - 3.2.3 Samenwerken 63
 - 3.2.4 Kennis en wetenschap 63
 - 3.2.5 Maatschappelijk handelen 64
 - 3.2.6 Organisatie 64
 - 3.2.7 Professionaliteit 65
- 3.3 Geraadpleegde bronnen 65

SEDATIE PRAKTIJK SPECIALIST (SPS)**HOOFDSTUK 1**

- 1.1 Inleiding 67
- 1.2 Leeswijzer 67

HOOFDSTUK 2**DE SEDATIE PRAKTIJK SPECIALIST** 68

- 2.1 Context en positie 68
- 2.2 Aanleidingen 68
 - 2.2.1 Taakherschikking 68
 - 2.2.2 Technologisering 68
 - 2.2.3 Complexere zorgvraag 69
 - 2.2.4 De patiënt zelf 69
 - 2.2.5 Dynamiek in het beroep 69
 - 2.2.6 Wet BIG 69
 - 2.2.7 Groeiend carrièreperspectief 70
 - 2.2.8 Kostenbesparing 70

HOOFDSTUK 3

- 3.1 Sedatie Praktijk Specialist (SPS) 71
- 3.2 Overzicht competentiegebieden 71
 - 3.2.1 Vakinhoudelijk handelen 72
 - 3.2.2 Communicatie 73
 - 3.2.3 Samenwerking 73
 - 3.2.4 Kennis en wetenschap 74
 - 3.3.5 Maatschappelijk handelen 75
 - 3.3.6 Organisatie 75
 - 3.3.7 Professionaliteit 75
- 3.4 Geraadpleegde bronnen 76

Nawoord	77
Geraadpleegde bronnen	78
Begrippenlijst	80
Bijlage:	
1. Leden werkgroep	82
2. Leden expertgroep	83
3. Geconsulteerde externe personen	84

HOOFDSTUK 1

INLEIDING EN VERANTWOORDING

Het vorige beroepsprofiel van de anesthesiemedewerker stamt uit 2001. Sinds die tijd zijn er verschillende ontwikkelingen die van invloed zijn geweest op de inhoud en organisatie van het werk van de anesthesiemedewerker. De ontwikkelingen liggen o.a. op het gebied van informatieverstrekking aan patiënten, samenwerking, kwaliteitszorg en taakdelegatie/herschikking binnen de anesthesie. Een verdere uitwerking van deze ontwikkelingen gebeurt in hoofdstuk 2 en 3. De Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM) heeft de opdracht gegeven om een nieuw beroepsprofiel van de anesthesiemedewerker te ontwikkelen die uitgaat van **competenties**. Daarnaast is er speciale aandacht gevraagd voor het maken van een dynamisch en toekomstgericht document. Het profiel beschrijft de **huidige** beroepsuitoefening van een gekwalificeerde anesthesiemedewerker en geeft tegelijkertijd een **voorblick** naar de toekomst. Daarnaast is er een keuze gemaakt een apart deel van dit profiel, te noemen deel B, te wijden aan twee specialisaties zoals SedatiePraktijkSpecialist (SPS) en Pijnconsulent. Voor de ontwikkelingen voor Preoperatieve screening volgt in de nabije toekomst een curriculum.

1.1

REIKWIJDTE VAN HET PROFIEL

Het beroepsprofiel richt zich op anesthesiemedewerkers. Bij de totstandkoming van het profiel is de totale breedte van de beroepspraktijk in beeld gebracht. In de praktijk komen echter verschillen voor tussen de werkzaamheden van anesthesiemedewerkers en de praktijkvormen. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet elke anesthesiemedewerker zich volledig in alle onderdelen van het profiel herkent. Hoe komt dat?

Ten eerste heeft dit te maken met de organisatorische context waarin anesthesiemedewerkers werkzaam zijn. Er zijn verschillende soorten instellingen en teams waar een anesthesiemedewerker kan werken.

Ten tweede kunnen werkzaamheden, rollen en competenties verschillen omdat ze werkzaam zijn in een academische setting of in de periferie. De taken en verantwoordelijkheden zijn hier anders verdeeld. Als gevolg hiervan kunnen relatief gezien de maatschappelijke en (vak)inhoudelijke ontwikkelingen meer of minder voelbaar zijn. In dit profiel zijn de taken, rollen en competenties beschreven die door alle typen anesthesiemedewerker kunnen en mogen worden uitgevoerd.

1.2

GEBRUIKSWAARDE VAN HET PROFIEL

Het beroepsprofiel levert een bijdrage aan de verdere professionalisering van de anesthesiemedewerker. Het beroepsprofiel vergroot de herkenbaarheid en inzichtelijkheid van het werk van de anesthesiemedewerker. Daarnaast dient het de identiteit van het vak te vergroten. Het beroepsprofiel heeft daarom verschillende functies:

- Het is een visitekaartje voor de positionering van de anesthesiemedewerker. Patiënten, aanverwante beroepsgroepen, overheden, toetsorganen, krijgen inzicht in wat ze van de beroepsgroep kunnen verwachten.
- Het geeft input voor het onderwijs om de opleiding

optimaal aan te sluiten bij de beroepsuitoefening en kan ook informatie opleveren voor de discussie over de benodigde opleidingsduur en niveau van de opleiding.

- Het kan gebruikt worden bij de verdere professionalisering van de beroepsgroep.
- Het is een basisdocument voor het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen en protocollen voor de beroepsuitoefening.
- Het kan worden gebruikt bij het geven van voorlichting over het beroep.
- Het is een leidraad voor de verdere ontwikkeling van het register voor anesthesiemedewerker.

1.3

ONTWIKKELING VAN HET BEROEPSPROFIEL 2008

Een beroepsprofiel komt niet tot stand vanachter een bureau. Er zijn verschillende methodes en werkwijzen nodig om dit te bewerkstelligen. Het profiel is tot stand gekomen door:

- Documentenanalyse.
- Gesprekken met personen die ook recentelijk met een nieuw beroepsprofiel te maken hebben gehad.
- Literatuurstudie.
- Gesprek met hoogleraren uit Universitair Medische Centra's (zie bijlage 3).
- Bijeenkomsten met de werkgroep beroepsprofielontwikkeling (zie bijlage 1).
- Bijeenkomsten met de expertgroep (zie bijlage 2).
- Consultatie van externen (zie bijlage 3).
- Legalisatie door NVAM-leden.
- Algemene Leden Vergadering NVAM.

De taken van de werkgroep waren het inbrengen van informatie uit de praktijk, literatuur, discussiëren over inhoudelijke onderwerpen en het toetsen van de conceptteksten op herkenbaarheid. De taken van de expertgroep waren het becommentariëren van conceptrapportages en verwerven van consensus op het eindproduct. Voor beide groepen is bij de selectie van de leden gestreefd naar een spreiding in setting, werkterrein en regio.

Bij de opbouw van het profiel zijn de belangrijkste componenten van het COLO-format gebruikt: achtereenvolgens zijn dat de ontwikkelingen, de plaats van het beroep van de anesthesiemedewerker in de gezondheidszorg, domeinen, kerntaken en rollen, en competenties.

De ontwikkelingen waar de anesthesiemedewerker mee te maken heeft en krijgt, zijn beschreven op basis van publicaties, bestudeerde en geanalyseerde onderzoeken, gesprek met de drie hoogleraren uit het UMC en andere relevante documenten zoals opleidingsplannen en beroepsprofielen.

Met behulp van expertgroep is vastgesteld welke ontwikkelingen van invloed zijn of zullen gaan zijn op de beroepsuitoefening door de anesthesiemedewerker.

Door de werkgroep is er een opzet voor de domeinen, kerntaken, rollen en competenties gemaakt en vervolgens heeft de expertgroep dit groepsgewijs becommentarieerd. Daarna is er door de werkgroep een concept document gemaakt welke aan het bestuur van de NVAM en de expertgroep leden is voorgelegd ter becommentariëring aan de hand van een aantal vragen. Vervolgens zijn de gemaakte opmerkingen zo veel mogelijk verwerkt en hebben de leden van de NVAM de gelegenheid gekregen hun feedback op het concept te geven. Na de verwerking

van deze feedback is het document in een extra uitgeschreven ALV aan de leden voorgelegd en door de leden goedgekeurd. De beide addenda (SPS en Pijnspecialist) zijn aan de leden per mail voorgelegd en door hen eind 2013 goedgekeurd.

1.4

LEESWIJZER

8

In dit profiel wordt voor de anesthesiemedewerker de mannelijke vorm gehanteerd. Vanzelfsprekend wordt hiermee ook de vrouwelijke beroepsbeoefenaar bedoeld. Voor de patiënt wordt ook de mannelijke vorm gehanteerd. Beide geslachten worden hiermee aangeduid.

De gebruikte literatuur en onderzoeken worden door een voetnoot aangeduid. Op de literatuurlijst zijn de geraadpleegde bronnen te vinden. Het profiel is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 beschrijft de nieuwe ontwikkelingen en de gevolgen hiervan voor de anesthesiemedewerker. Hoofdstuk 3 beschrijft welke positie de anesthesiemedewerker in de gezondheidszorg inneemt. Hoofdstuk 4 geeft een uiteenzetting van de domeinen, kerntaken en de rollen van de anesthesiemedewerker. Hoofdstuk 5 geeft duidelijkheid over de keuzes en afwegingen die de anesthesiemedewerker tijdens zijn werk moet maken. In hoofdstuk 6 worden de competenties die nodig zijn om het vak uit te oefenen beschreven. Het profiel eindigt met een literatuurlijst, een begrippenlijst, een aantal bijlagen en deel B met de profielen voor de twee verschillende specialisaties: Pijnconsulent en Sedatie Praktijk Specialist.

HOOFDSTUK 2

NIEUWE ONTWIKKELINGEN EN DE GEVOLGEN VOOR DE ANESTHESIEMEDEWERKER

De maatschappij is aan veel ontwikkelingen en veranderingen onderhevig. Dat dit voor het profiel van de anesthesiemedewerker gevolgen heeft wordt in dit hoofdstuk beschreven. Dit hoofdstuk wordt gestart met een aantal kerngetallen met betrekking tot de anesthesie. Vervolgens worden de meest relevante ontwikkelingen beschreven. Achtereenvolgend zijn dit de maatschappelijke-, ontwikkelingen in de inhoud van het werk van de anesthesiemedewerker, ontwikkelingen in de gezondheidszorg, innovatieve en technologische-, demografische- en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en in het onderwijs. De anesthesiemedewerker is werkzaam in een omgeving waarin deze ontwikkelingen veel invloed hebben op de vraag, het aanbod en de inhoud van de beroepsuitoefening. Er wordt continue een beroep gedaan op alertheid naar deze ontwikkelingen maar ook naar de vertaalslag naar het eigen vakgebied. Het steeds complexer worden van de maatschappelijke en organisatorische zorgcontext vraagt van de anesthesiemedewerker dat hij innovatief en over de grenzen van de eigen discipline heen kan kijken, snel nieuwe dingen leert en met een diversiteit aan mensen kan samenwerken.

2.1

ENKELE KERNGETALLEN OVER DE ANESTHESIE BEROEPSBEVOLKING

In Nederland is van de totale beroepsgroep anesthesiemedewerkers circa 87% lid van de beroepsvereniging NVAM¹. In 2008 waren er 1605 anesthesiologen geregistreerd als zijnde bevoegd om het beroep uit te oefenen². Per 100.000 inwoners is het aantal anesthesiologen 7. (<http://medischcontact.artsennet.nl/artikel/66452/meer-anesthesiologen-opleiden.htm>). Het gemiddelde aantal anesthesiologen in Europa is daarentegen 12.4 per 100.000 inwoners. In 2007 hebben er 1,4 miljoen ingrepen plaatsgevonden³. Dankzij de kwaliteiten van de anesthesiemedewerker is het voor de Nederlandse anesthesioloog mogelijk om, wanneer de omstandigheden dit toelaten, voor **twee** patiënten tegelijk de anesthesie te verzorgen. Dit verklaart tevens het lage aantal anesthesiologen in Nederland ten opzichte van andere landen in Europa. Daar kan de anesthesioloog slechts één anesthesie tegelijk uitvoeren door het ontbreken van een hoog gekwalificeerde anesthesiemedewerker⁴.

¹ Voor de recente cijfers zie ledenlijst NVAM.

² Voor verdere cijfers over medische specialisten zie www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=6641 en www.capaciteitsorgaan.nl

³ Deze cijfers zijn ontleend aan de PowerPoint presentatie van prof. J.T.A. Knappe tijdens het NVAM congres 2008.

⁴ Klein J. (2003) Een vitale kwestie. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Anesthesiologie. Rotterdam. Erasmus Universiteit.

2.2

MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

2.2.1

ANDERE DOELGROEPEN EN MEER OUDEREN MET COMPLEXERE ZORGVRAAG

Door de welvaart, de vergrijzing⁵ en de toename van behandeltechnieken groeit de vraag naar complexere anesthesiologische zorg. Dit betekent dat de zorgvraag ook intensiever en complexer wordt. Er is meer aandacht voor multimorbiditeit⁶, de obesitas patiënt, de geestelijk gehandicapten, de maagdarmlever patiënt en de geriatrische patiënt. Deze veranderingen hebben hun weerslag op de begeleiding van deze patiëntengroepen. Dit vraagt veel van het inlevingsvermogen van de anesthesiemedewerker. Omdat de groep van geriatrische patiënten veel orthopedische ingrepen ondergaan⁷ waarbij een goede post-operatieve pijnbestrijding een effectievere revalidatie kan bewerkstelligen komt er meer werk in revalidatiecentra en geriatrische instellingen in de vorm van mobiele pijnteams.⁸ Gevolg voor de anesthesiemedewerker is dat er steeds meer patiënten vanuit andere doelgroepen met andere ziektebeelden geopereerd worden. Dit vergt meer kennis over deze doelgroepen en ziektebeelden. De anesthesiemedewerker krijgt dus steeds meer taken buiten het OK complex. Waarbij steeds meer gevraagd wordt van zijn rol als zorgverlener.

2.2.2

MONDIGE EN KRITISCHE PATIËNTEN

De anesthesiemedewerker heeft al geruime tijd te maken met steeds meer mondige en kritische patiënten. De wetgeving versterkt hun opstelling. De overheid vraagt om transparantie over de geleverde kwaliteit. De patiënt verwacht te worden ingelicht en voorgelicht over zijn behandelplan en de behandeling. Patiënten zijn tegenwoordig goed op de hoogte van hun rechten en voelen zich klant en dus vaak ook koning. Daarnaast willen ze informatie over de consequenties van een mogelijke behandeling, zodat zij een eigen weloverwogen keuze kunnen maken.⁹ Een groot deel van de patiëntenpopulatie wil dus nadrukkelijk betrokken worden bij zijn behandeling. Er is echter ook een deel van de patiëntenpopulatie die de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid niet als prettig ervaren. Daaraan kunnen culturele achtergrond en/of taalbarrière aan ten grondslag liggen, maar ook angst en gebrek aan zelfverantwoordelijkheid. Van de anesthesiemedewerker vraagt dit alles meer tijd, aandacht en inlevingsvermogen. De manier waarop met de patiënt wordt gecommuniceerd, waaronder toon en taalgebruik, is van essentieel belang.¹⁰ Steeds vaker vervult de anesthesiemedewerker de functie van gastheer om de klanttevredenheid te garanderen.

⁵ Voor exacte cijfers over de vergrijzing zie CBS (2006) Gezondheid en zorg in cijfers 2006. Voorburg. www.cbs.nl.

⁶ Voor verdere uitleg van het begrip multimorbiditeit zie Gezondheidsraad (2008) Ouderdom komt met gebreken. Den Haag Publicatie nr 2008/01. www.gr.nl

⁷ Laet CEDH, Hout BA, Hofman A, Ols HAP. Kosten wegens osteoporotische fracturen in Nederland; mogelijkheden voor kostenbeheersing. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1996;140(33):1684-8.

⁸ www.kuleuven.be/cv/u0009433.htm.

⁹ www.kiesbeter.nl

¹⁰ Voor verdere informatie over het werk van de patiëntenvereniging www.npvzorg.nl

2.2.3

TOEGANKELIJKHEID VAN INFORMATIE

Informatie is tegenwoordig voor iedereen gemakkelijk toegankelijk. Dit geldt ook voor medische informatie. De patiënt gaat hiernaar op zoek en gebruikt hiervoor een diversiteit aan bronnen, zoals tijdschriften, (populair) medische televisieprogramma's en het internet. Laatstgenoemde is voor veel patiënten toegankelijk en een belangrijke bron van informatie. De patiënt is snel op de hoogte van de laatste ontwikkelingen op het gebied van anesthesietechnieken en de voor- en nadelen hiervan. Dit geldt ook voor ontwikkelingen op internationaal gebied. Echter niet alle informatie is even betrouwbaar. Daarnaast is niet iedere patiënt in staat om de hoeveelheid aan informatie op juiste waarde te schatten. Het feit dat informatie voor de patiënt zo toegankelijk is, zorgt ervoor dat dit gevolgen heeft voor de relatie tussen de patiënt en de anesthesiemedewerker. De anesthesiemedewerker moet zelf ook goed op de hoogte van de actualiteit zijn. Hij moet weten welke informatie betrouwbaar is en welke geschikte informatiebronnen voor de patiënt voorhanden zijn. In de communicatie naar de patiënt speelt dit ook een grote rol. Er is een verschuiving zichtbaar van overtuigen van de patiënt naar onderhandelen met de patiënt. De anesthesiemedewerker blijft echter de deskundige op dit gebied.

2.3

ONTWIKKELINGEN IN DE INHOUD VAN HET WERK VAN DE ANESTHESIEMEDEWERKER

2.3.1

GEDIFFERENTIEERDE EN SPECIALISTISCHE ZORG

De veranderde zorgvraag, taakherschikking, tijdsgebrek, roep om kwaliteit van zorg en de behoefte aan een betere organisatie hebben ertoe geleid dat het handelen van de anesthesiemedewerker verandert en uitgebreid wordt. Voorbeelden zijn pre-operatieve screening, pre- en postoperatief spreekuur, postoperatieve pijnbestrijding, acute pijnservice, autologe bloedtransfusie, werken in urgentieteams en sedatie. Voor de anesthesiemedewerker betekent dit onder andere het kunnen afnemen van een anamnese, diagnose kunnen stellen¹¹, het toepassen van een methode om pijn bij de patiënt te meten, technologische verdieping, en het voorlichten op maat. Binnen vastgestelde grenzen zullen de bevoegdheden van de anesthesiemedewerker verruimen. Een andere ontwikkeling is het ontstaan van patiëntenstraten. Hierin worden in een relatief korte en efficiënte tijd meerdere patiënten 'geholpen' aan een zelfde aandoening, waardoor zeer efficiënt en doelmatig gewerkt kan worden wat een behoorlijke tijdsbesparing oplevert. Er is sprake van hoge mate van specifieke kennis. De anesthesiemedewerker heeft inmiddels een grote rol in de pre-operatieve screening, sedatie en de postoperatieve pijnbestrijding (APS) gekregen.

¹¹ Ministerie van VWS (2005) Standpunt RVZ-advies Medische diagnose, Medische diagnose: kiezen voor Deskundigheid. (2005). Persbericht.

2.3.2

EVIDENCE BASED PRACTICE

Binnen de gezondheidszorg heeft evidence based practice (EBP) een belangrijke plaats gekregen. Het onderbouwen en verantwoorden van het handelen aan de hand van wetenschappelijke inzichten is een must geworden. Niet alleen de patiënt maar ook de zorgverzekeraars en de overheid vragen om een wetenschappelijke onderbouwing van het handelen. Gefundeerd handelen op basis van EBP is een combinatie van de voorkeuren van de patiënt, eigen oordeel op basis van klinische ervaring en resultaten uit wetenschappelijk onderzoek. EBP biedt een bandbreedte van verantwoorde zorg waarin de wensen van de patiënt en de professionele kennis en afweging van de zorgverlener centraal benaderd worden.¹² Van de anesthesiemedewerker vraagt dit een houding waarbij kritisch denken en het verantwoorden van zijn handelen voorop staat. Hij moet wetenschappelijke artikelen en literatuur kunnen lezen en kunnen beoordelen op hun waarde en beperking voor de zorgverlening. Daarnaast kan de anesthesiemedewerker relevante resultaten uit wetenschappelijk onderzoek vertalen naar de uitvoering en verantwoording van de anesthesiologische en technische zorg. Dit kan tot uiting komen in protocollering, standaarden, richtlijnen en tijdens het mondeling verantwoorden van het handelen. Naast EBP handelen, moet de anesthesiemedewerker kunnen participeren in (wetenschappelijk) onderzoek. Het kunnen verzamelen van relevante gegevens en de opzet en aanpak van het onderzoek moet hij kritisch kunnen beoordelen.

2.3.3

KWALITEITSGERICHTE ZORG

Kwaliteitszorg is de zorg voor het verkrijgen, respectievelijk handhaven van het gewenste niveau van producten of diensten door gegevens te verzamelen en door het vaststellen van de waarde daarvan.¹³ Wetenschappelijke onderbouwing van het handelen is een belangrijk aspect bij kwaliteit van zorg. EBP maakt het handelen van de anesthesiemedewerker toetsbaar. Wetgevingen ondersteunen de patiënt. Professionele kwaliteit van de anesthesiemedewerker bestaat uit de kwaliteit van het inhoudelijk handelen, zijn professionele houding en de organisatie van de zorg. Via richtlijnen en andere instrumenten wordt methodisch werken aan de verbetering en borging van de kwaliteit van de zorgverlening ondersteund.

Kwaliteitsgerichte zorg vraagt van de anesthesiemedewerker dat hij op de hoogte is van de kwaliteitsnormen en wetten en hier ook naar handelt. Dat hij participeert in kwaliteitsaudits en accreditatietrajecten. Daarnaast is hij verantwoordelijk voor het eigen handelen en meldt hij, volgens de regels, (bijna) fouten.

2.3.4

CONTINUÏTEIT VAN ZORG EN SAMENWERKEN

Het komt meer voor dat de organisatie als proces wordt gezien waarbij de onderdelen preoperatief (holding), operatief en postoperatief (recovery) een rol spelen.

¹² Sackett, DL, Rosenberg, WMC, Muir, GJA, Haynes, RB, Richardson WS. (1996). Evidence based medicine, what is it and what it isn't. *BMJ*;312 (7023), 71-72.

¹³ Bekker, J. de, Claessens, L. (2000). Inleiding tot kwaliteitszorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Deze trend samen met taakherschikking, toegenomen multimorbiditeit¹⁴ en groeiende specialisatie doen een groot beroep op de continuïteit van de zorgverlening. Het stelt hoge eisen aan de disciplines, aan de samenwerking, aan de communicatie en aan de organisatie van de zorgverlening. Samen met andere zorgverleners moet de noodzakelijke zorg afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt georganiseerd worden. Continuïteit van de zorg betekent voor de anesthesiemedewerker als lid van het anesthesiologisch-team zelfstandigheid, flexibiliteit en het vervullen van een regiefunctie. Hij heeft het overzicht en zorgt ervoor dat de patiënt continuïteit in het zorgproces ervaart. Bij het uitvoeren van de regie moet de anesthesiemedewerker communiceren en onderhandelen met alle participerende disciplines.¹⁵ Samenwerken en afstemmen is van essentieel belang om een effectieve, efficiënte en kwalitatief hoogstaande zorgverlening te bieden.

2.4

ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

2.4.1

TAAKHERSCHIKKING

Als gevolg van wachtlijsten in de zorg, doelmatigheidsverbetering in de zorg, de wens van de beroepsgroep aan meer carrièremogelijkheden en tekorten op de zorgarbeidsmarkt, vinden er in de praktijk voortdurend verschuiving van taken plaatst.¹⁶ Men spreekt dan van taakherschikking en taakdelegatie. Dit wordt door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ondersteund.¹⁷ In het UMC Utrecht en in het AMC zijn speciaal opgeleide anesthesiemedewerkers (Sedatie Praktijk Specialist) die zelfstandig patiënten sederen ten behoeve van diverse daarvoor in aanmerking komende ingrepen. Inmiddels is zichtbaar dat anesthesiemedewerkers breder ingezet worden. Dit vindt in toenemende mate buiten de setting van de OK plaats. Bijvoorbeeld bij poliklinische pijnbestrijding, preoperatieve screening, postoperatieve zorg, acute pijnservice (APS) en transmuraal.¹⁸ De taakherschikking moet wel gestructureerd en in overleg met andere zorgverleners opgepakt worden. Belangrijke voorwaarden zijn het aanpassen van de opleiding, de bij- en nascholing, de wetgeving (bevoegdheden en verantwoordelijkheden) en financiering. (RVZ, 2002) Taakherschikking in de gezondheidszorg leidt tot nieuwe wegen om het beroep van anesthesiemedewerker uit te oefenen en tot een aantrekkelijk carrièreperspectief voor de anesthesiemedewerkers met ambitie.

De politiek, de NVAM en de bestaande opleidingen en vervolgoedingen hebben op deze ontwikkelingen passende antwoorden gegeven.

¹⁴ Gezondheidsraad. (2008). Zorg voor ouderen met meerdere kwalen moet beter. Den Haag . www.gr.nl.

¹⁵ Essen van G, Paardekooper PJ,, Talma HF & Windt W. van der (2006) Arbeid in Zorg en Welzijn 2006. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang. Utrecht Prismant.

¹⁶ www.minvws.nl/images/ibe-2645810b.doc_tcm19-104151.pdf en www.capaciteitsorgaan.nl.

¹⁷ RVZ (2002) Taakherschikking in de gezondheidszorg. Den Haag.

¹⁸ Kerkkamp H.E.M. (2006). Nieuwe inzichten, nieuwe werkvelden. NTVa 23, nr 2, pp 20-21.

2.5 INNOVATIEVE- EN TECHNOLOGISCHE ONTWIKKELINGEN

2.5.1 TECHNOLOGISERING

Door ontwikkelingen in de technologie worden rond operatietechnieken en in de anesthesiologie steeds meer gebruik gemaakt van die techniek. Bij het opereren worden bijvoorbeeld nieuwe beeldvorming technieken gebruikt, laparoscopische ingrepen gedaan en sensortechnologie toegepast. Daarnaast worden allerlei instrumenten gebruikt om de risico's van de operatie zo beperkt mogelijk te houden. Dit vraagt steeds vaker om een aangepaste anesthesietechniek. Ook werken met autologe bloedtransfusie heeft in de afgelopen jaren een snelle ontwikkeling doorgemaakt en is steeds vaker standaard gereedschap van de anesthesiemedewerker. Door de vergrijzing en de beschikbaarheid van nieuwe technieken zal de vraag naar geavanceerde zorgtechnologie alleen nog maar toenemen. Echter door onder anderen de ontgroening, efficiëntie en kostenbeheersing wordt steeds vaker menskracht vervangen door machines. Met als gevolg meer technologie intramuraal maar ook extramuraal. Een voorbeeld van extramuraal is hulp bij thuisbeademing en beademingstransporten.¹⁹ Een andere ontwikkeling is het gebruik van informatie- en communicatietechnologie. Deze neemt alleen maar toe. Er is een toename in het gebruik van digitale patiëntendossiers. Voor de anesthesiemedewerker betekent het technologiseren van de zorg dat hij nog meer de veiligheid van zichzelf, de patiënt en diens omgeving moet bewaken. Hij moet apparatuur en processen vaker en intensiever controleren. Voor een soepele introductie en gebruik van (nieuwe)technologie, zowel intra- als extramuraal, moet de anesthesiemedewerker goed communiceren met de professionals die zich bezig houden met de ontwikkeling, introductie en gebruik van technologie in de zorg. Gezien de vakliteratuur die wordt gebruikt is kennis van de Engelse en/of Duitse taal onontbeerlijk. De ontwikkelingen op het vakgebied gaan snel en hij heeft als professional een leven lang leren hoog in zijn vaandel staan.

2.6 DEMOGRAFISCHE ONTWIKKELINGEN

2.6.1 ER BLIJVEN STEEDS MINDER ALGEMENE ZIEKENHUIZEN OVER

Op dit gebied zien we ook ontwikkelingen. Er zijn een aantal fusies geweest maar tegelijkertijd geeft men aan dat groter niet beter is. Specialisatie is nog steeds aan de orde. Het aantal ziekenhuizen zal mogelijk nog wel wat verminderen maar de snelheid waarmee dat gebeurt, zal wat afnemen. Er zijn ongeveer 83 algemene ziekenhuizen en 8 universitaire centra.²⁰ De universitaire ziekenhuizen zullen voorlopig geen verandering laten zien.²¹ Het aantal privéklinieken is gedaald van 104 (2009) naar 99 (2011). Het aantal ZBC's is gegroeid van 125 (2009) naar 180 (2011). Een ziekenhuis met een te eenzijdig patiënten-aanbod kan niet meer algemeen opleiden. Er komen hierdoor waarschijnlijk minder opleidingsplaatsen. Daarnaast kunnen degene die net afgestudeerd zijn niet werken in een specialistisch centrum. Voor de anesthesiemedewer-

ker betekent dit dat als hij in een specialistisch centrum werkt, hijzelf ook specialist wordt en daardoor zijn brede vaardigheid kwijt raakt. Echter door de concentratie van kennis kan hij meer eigen onderzoek doen en meer Evidence Based Practice (EBP) werken.

2.6.2

TOENAME VAN BUITENLANDSE ANESTHESIOLOGEN

De vraag naar zorg groeit. De overheid probeert al jaren deze groei te reguleren en in goede banen te leiden. Dit gebeurt deels door de groei te remmen door een drempel bij zorgvragers op te werpen zoals het invoeren van eigen risico, en deels door het aantal zorgverleners gereguleerd mee te laten groeien. Om een beeld te krijgen over vooral de hoeveelheid artsen zijn er een aantal studies gedaan.²² Het artsentekort moest worden opgelost door op meerdere fronten actie te ondernemen in de vorm van capaciteitsuitbreiding van de medische faculteiten, tegengaan van de uitstroom en door taakherschikking. In het laatste rapport (2010) heeft het capaciteitsorgaan aangegeven dat in de laatste 10 jaar de anesthesiologie met 25% van de totale buitenlandse instroom de koppositie inneemt.²³ Over een brede linie van specialismen bestaat momenteel vrijwel evenwicht tussen vraag en aanbod van medische zorg. Voor de anesthesiemedewerker betekent het werken met buitenlandse anesthesiologen het kunnen omgaan en aanpassen aan veranderende omstandigheden. Naast cultuurverschillen in zowel het toedienen van anesthesie als in de manier van werken als in de werkverhoudingen zijn er ook taalproblemen ondanks taalcursussen vooraf. De anesthesiemedewerker krijgt een grotere verantwoordelijkheid. Hij ziet er op toe dat cultuur en taalproblemen niet tot andere meer ingrijpende problemen leiden.

Daarnaast kan het ook andere inzichten in de wijze van anesthesie geven bieden. Een kennisverrijking.

¹⁹ Vendeville, R. (1997). Extramurale beademingstransporten. NVTa 3 en NTSR 3.

²⁰ www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsc?c=getobject&s=obj&!sessionid=1bs5WDCV!js7tW8jhb9oWMdBGwqyBTagQ31UqYCWZ5zy5robBaqys314qVxDU&objectid=28455&!dsname=nvz.

²¹ www.rivm.nl/vtv/object_map/o562n26907.html; www.bouwcollege.nl/Pdf/zorg/ut533.pdf en www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o323n399.html.

²² Nivel. Medisch specialisten. www.nivel.nl/oc2; www.minocv.nl/documenten/brief2k-2002-doc-15404a.pdf; en www.capaciteitsorgaan.nl en Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen (2002). Advies: capaciteit en bekostiging. Zoetermeer, IOO bv.

²³ Pronk, E-J. (2006). Arts sneller aan de bak. Medisch contact 61 (42), 1659-1661.

2.7. ONTWIKKELINGEN OP DE ARBEIDSMARKT EN IN HET ONDERWIJS HIER VERDER CORRIGEREN

2.7.1 SITUATIE OP DE ARBEIDSMARKT

2.7.1.1 DETACHERING

Via een detacheringbureau kan de anesthesiemedewerker zich laten verhuren aan een ziekenhuis. Het zich laten detacheren verlangt van de anesthesiemedewerker een hoge mate van zelfstandigheid, flexibiliteit en professionaliteit in zijn beroepsuitoefening. Het laatste vooral richting leerlingbegeleiding en teamvorming. Medio 2014 is het aantal detacheringsbureaus drastisch afgenomen en is de tendens binnen de ziekenhuizen om detacheerders net meer via een bureau aan te nemen maar hen een (vast) dienstverband met het ziekenhuis aan te bieden.

2.7.1.2 MAATSCHAPPEN ANESTHESIEMEDEWERKERS

Een andere ontwikkeling die nog in de kinderschoenen staat, maar zeker toekomstperspectief biedt, is die van de maatschappen van anesthesiemedewerkers. De ontwikkeling stelt de anesthesiemedewerker in staat om als zelfstandig ondernemer te werken. Dit biedt naast de uitdaging die de anesthesiemedewerker kan vinden binnen een detacheringbureau ook de mogelijkheid om naar eigen inzicht aan bedrijfsvoering te doen. Door de lage overheadkosten zou deze vorm voor de ziekenhuizen goedkoper zijn dan via een detacheringbureau. Mede door de invloeden en kennis van geroutineerde, allround anesthesiemedewerkers krijgt het leerklimaat binnen de zorginstelling een extra impuls.²⁴

2.7.1.3 ARBEIDSMARKTSITUATIE

Door de vergrijzing, technologische ontwikkelingen en de economische groei neemt de vraag naar zorg toe.²⁵ Verschillende instanties die de arbeidsmarkt in de zorgsector in kaart brengen geven aan dat in de nabije toekomst de zorgvraag en het aanbod van arbeidskrachten in de zorg uit balans gaan raken. Het aanbod van arbeidskrachten blijft achter. Bij het vervullen van vacatures voor anesthesiemedewerkers doen zich nu al veel problemen voor. De beschikbare arbeidsplaatsen kunnen niet worden ingevuld, de map met 'reserve-kandidaten' is leeg en er wordt veel gebruik gemaakt van detacheringkrachten. Door een relatief oud personeelsbestand onder de anesthesiemedewerkers, waaruit over enkele jaren een grote uitstroom plaatsvindt, nemen de tekorten in de toekomst alleen maar toe.²⁶

²⁴ www.pulsemedical.nl

²⁵ Ministerie van VWS (2007). Niet van latere zorg. Den Haag.

²⁶ Dam, E. van & Schuit, H. (2007). Eindrapport Arbeidsmarktonderzoek naar de behoefte aan een hbo-opleiding Medische Hulpverlening. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt.

2.7.1.4

GROEIEND CARRIÈREPERSPECTIEF

Naast de al langer bestaande mogelijkheden op het gebied van organisatie (managementopleiding) en onderwijs (de opleiding tot werkbegeleider of praktijkopleider en/of docenten Hoger Gezondheidszorg Onderwijs), bieden veranderingen in de zorg, specialisatie en taakherstelling nieuwe kansen in de functie-uitoefening van de anesthesiemedewerker (Kerkkamp, 2006). Inmiddels wordt er binnen de zorginstellingen steeds meer belang gehecht aan het creëren van carrière mogelijkheden voor de anesthesiemedewerker.²⁷ Dit met het oog op het werven van nieuwe collega's en behoud van zittend personeel.²⁸ Zorginstellingen introduceren functies waarin de anesthesiemedewerker zich verder kan specialiseren zoals Physician Assistants (PA) en Nurse Practitioner (NP). In meerdere organisaties waaronder het UMC Utrecht, het AMC en de Erasmuszorgacademie (meerdere instituten zijn bezig deze opleiding te gaan aanbieden) bestaat de mogelijkheid opgeleid te worden tot (Sedatie Praktijk Specialist).²⁹ Daarnaast kan de anesthesiemedewerker zich ook specialiseren in de preoperatieve screening en Pijnconsulent (zie deel B). Ook worden er in zorginstellingen ontwikkelingsperspectieven gecreëerd door aandachtsgebieden te benoemen waarin de anesthesiemedewerker zich kan ontwikkelen. Voorbeelden hierbij zijn vakinhoudelijke verdieping, onderwijs, coaching, onderzoek en ICT.

2.7.2

ONTWIKKELINGEN IN HET ONDERWIJS

2.7.2.1

OPLEIDINGEN

Onderwijsinstellingen spelen ook op de hierboven genoemde ontwikkelingen in, door nieuwe opleidingen aan te bieden. De voltijdse HBO-bachelor medische hulpverlening (BMH), HBOV-Ts en Gezondheid en techniek zijn hier voorbeelden van. BMH en de HBOV's zelf worden door het ministerie van Onderwijs erkend en passen binnen de Bachelor Master structuur (BAMA). De Hogeschool Zuyd en de Fontys Hogeschool hebben een CZO erkenning.

2.7.2.2

OPLEIDINGSFONDS

In een poging van de overheid om meer grip te krijgen op een tekort, dan weer een overschot aan personeel, is een opleidingsfonds opgericht. In de 1e tranche werden de opleidingen van de medisch specialisten gereguleerd en bekostigd.³⁰ Dit valt inmiddels onder de beschikbaar-

²⁷ Meeusen, VCH (2004) Geen hersenloze kwallen. Een ontwikkelingspalet voor een leeftijdsbewust loopbaanbeleid van anesthesiemedewerkers. Thesis voor de opleiding tot masters of arts in zorgmanagement. Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam.

²⁸ Windt van der W., Steenbeek R, Eijk van W & Talma HF (2002) Inspanning beloond? Onderzoek naar de arbeidsmarkt van operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. Utrecht, Prismant.

²⁹ Voor meer informatie over deze opleiding in Utrecht zie Kalkman CJ. (2006). De anesthesiemedewerker: sedatieassistent. NTVA 23, nr 2, pp 22-24.

³⁰ NVZ, STZ. (2005). Het opleidingsfonds, een 10-puntenplan. Publicatienummer: NVZ/STZ 4-2005-02.

heidsbijdrage. De invoering van een deel de 2e tranch met daarin de opleiding tot anesthesiemedewerker is gerealiseerd en valt nu onder fonds ziekenhuisopleidingen.

2.7.2.3

COMPETENTIEGERICHT OPLEIDEN (CGO)

18

De vorm waarin de opleiding gegoten is, wordt door de opleidingscentra en deelnemende ziekenhuizen zelf vastgesteld. Veel opleidingscentra en HBO's zijn overgegaan tot Competentie-Gericht-Opleiden (CGO). Het gevolg voor de leerlingbegeleidingstaken voor de al gediplomeerde is hierdoor veranderd. Het is van begeleiden en "voordoen" meer verplaatst in de richting van coach en coaching van het leerproces. Het praktijkbegeleider zijn zal ook naar een hoger niveau getild moeten worden.

HOOFDSTUK 3

POSITIEBEPALING VAN DE ANESTHESIEMEDEWERKER

In dit hoofdstuk wordt er een beeld geschetst van de positie van het beroep en het (toekomstige) vakgebied van de anesthesiemedewerker. Het geheel wordt gerelateerd aan de in het voorgaande hoofdstuk geschetste ontwikkelingen, de context van de anesthesiologische zorgverlening, de visie en de wettelijke kaders en de opleiding van de anesthesiemedewerker.

3.1

DE CONTEXT VAN DE ANESTHESIOLOGISCHE ZORGVERLENING

De anesthesiologische zorgverlening neemt in de Nederlandse gezondheidszorg een bijzondere plaats in. In Nederland wordt anesthesie gezien als een prestatie van een team waarin minstens een anesthesioloog en een anesthesiemedewerker complementair met elkaar samenwerken. De anesthesiemedewerker is bevoegd en bekwaam tot het bewaken en zo nodig het onderhouden van de anesthesie en tot de bewaking van de vitale functies van de patiënt. Hierdoor kan de anesthesioloog zijn diensten aan meerdere patiënten gelijktijdig inzetten en wordt zijn expertise ten volle benut. In de samenwerking tussen de anesthesioloog en de anesthesiemedewerker is sprake van groot wederzijds vertrouwen tussen beiden, wat als zodanig uniek is te noemen. Het vertrouwen is gebaseerd op wederzijds respect, de vakbekwaamheid, zelfstandigheid en het verantwoordelijkheidsbesef van de anesthesiemedewerker. De anesthesioloog moet er van op aan kunnen dat de anesthesiemedewerker hem onmiddellijk in kennis stelt van op handen zijnde calamiteiten of waargenomen onverwachte veranderingen. De anesthesiemedewerker kan er van zijn kant op rekenen dat de anesthesioloog onmiddellijk reageert bij een melding van hem. In het ziekenhuis werkt de anesthesiemedewerker in (multi) disciplinaire teams. Naast het operatiekamercomplex kan de anesthesiemedewerker meerdere werkterreinen hebben. Bij reanimaties, op verkoeverkamers, verloskamers, onderzoek- en behandelafdelingen, polikliniek pijnbestrijding, brandwonden en bij de eerste opvang van (grote) traumatologiepatiënten worden zij ook ingezet. Door alle ontwikkelingen in de handelingscontext van de anesthesiemedewerker zoals pre-operatieve screening, acute pijnservice (APS), sedatie en pijnbestrijding is er een verschuiving zichtbaar binnen het ziekenhuis naar buiten het OK-complex. De werkzaamheden van de anesthesiemedewerker worden nu ook transmuraal en binnen mobiele traumateams ingezet.

3.2

VISIE OP DE ANESTHESIOLOGISCHE ZORGVERLENING

Centraal in de huidige visie van de anesthesiemedewerker staat het werken in een anesthesiologisch team waarin samenwerking en communicatie tussen anesthesioloog en anesthesiemedewerker essentieel is zodat de doelstellingen van het totale anesthesiologische beleid gerealiseerd kunnen worden. De anesthesiemedewerker is in essentie maar aan één medisch specialist verantwoording verschuldigd te weten de anesthesioloog. De anesthesiemedewerker richt zich in zijn werkzaamheden

primair op de veiligheid van de mede aan zijn zorg toevertrouwde patiënt. De werkzaamheden tijdens het totale handelen door het anesthesiologisch team zijn per definitie gericht op de belangen en noden van de individuele patiënt. De anesthesiemedewerker heeft inzicht in het geheel van factoren die bepalend zijn voor de kwaliteit van de gerichte zorg die een patiënt op perioperatief of anesthesiologisch gebied nodig heeft. Hij treedt hier op als 'bewaker' van de patiënt als deze onder anesthesie is. Daarnaast staat de kwaliteit van de geboden zorg centraal. Het dient samen te gaan met een juiste bejegening en attitude, voldoende informatievoorziening, zoveel mogelijk gebruikmakend van evidence based materiaal en een zorgvuldige omgang met de patiënt. Door de toenemende taakherschikking, technologische en zorginhoudelijke ontwikkelingen wordt het handelen van de anesthesiemedewerker professioneler en het gebied van verantwoordelijkheid neemt toe vooral als de anesthesiemedewerker in de toekomst meer taken van de anesthesioloog gaat overnemen. De anesthesiemedewerker is een professional die beroepsinhoudelijke kennis, inzichten, vaardigheden en het vermogen heeft om te kunnen blijven leren na de opleiding.

3.3

WETTELIJKE KADERS VAN DE ANESTHESIOLOGISCHE ZORGVERLENING

Tijdens de beroepsuitoefening heeft de anesthesiemedewerker te maken met verschillende wet- en regelgeving zoals de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO), Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet klachtenrecht Cliënten Zorgsector, Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Wet BIG. In deze paragraaf lichten we vooral de Wet BIG toe.

3.3.1

DE WET BIG

De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg is in 1993 in Staatsblad nr. 665 gepubliceerd en geheel van kracht sinds 1 december 1997. Het bevat regels voor de zorgverlening door beroepsbeoefenaren. Er wordt weergegeven wie welke voorbehouden handelingen mag uitvoeren en wie daarbij welke titel mag voeren.

Het beroep van anesthesiemedewerker is niet geregeld binnen de wettelijke regelingen van de Wet BIG maar valt wel binnen de reikwijdte van de Wet BIG. Een anesthesiemedewerker die ook een afgeronde verpleegkundige opleiding heeft kan voor de verpleegkundige handelingen aan de Wet BIG artikel 3 worden getoetst. De titel van verpleegkundige is beschermd. Om deze titel te kunnen voeren moet de betreffende anesthesiemedewerker als verpleegkundige in het BIG register ingeschreven zijn en zich vanaf januari 2009 eens in de vijf jaar laten herregistreren.

3.3.2

VOORBEHOUDEN HANDELINGEN

De anesthesiemedewerker is een niet zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar. Hij mag een voorbehouden handeling alleen uitvoeren indien zowel hijzelf als de opdrachtgever redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid om de opdracht naar behoren uit te voeren.

Bepaalde groepen van beroepsbeoefenaren, waaronder de anesthesiemedewerker, voeren regelmatig en met een grote mate van zelfstandigheid bepaalde voorbehouden handelingen op deskundige wijze uit. De betrokken beroepsbeoefenaren hebben dan vastgesteld dat direct, persoonlijk toezicht en/of tussenkomst door de arts in die gevallen redelijkerwijze niet noodzakelijk zijn. Dit is in overeenstemming met de Wet BIG; de bevoegdheidsregeling stelt namelijk dat toezicht en tussenkomst mogelijk moeten zijn in gevallen waarin dit redelijkerwijs nodig is.

De anesthesiemedewerker is alleen bevoegd als hij ook bekwaam is die voorbehouden handelingen te verrichten.

3.4

DE OPLEIDING TOT ANESTHESIEMEDEWERKER

3.4.1

DE OPLEIDING

De opleiding tot anesthesiemedewerker is een inservice-opleiding. De lerende is werknemer en student tegelijk. Na een beroepsvoorbereidende periode van ten minste 12 weken werkt de student in het opleidingsziekenhuis en gaat voor theorieonderwijs een aantal lesblokken per jaar naar een opleidingsinstituut. De eindtermen van de opleiding worden afgeleid van dit beroepsprofiel. Gezien de inhoud en de reikwijdte van het profiel is de NVAM van mening dat de huidige driejarige opleiding niet meer toereikend is. Op basis van dit beroepsprofiel zijn in het land daarom initiatieven genomen voor een 4 jarige bachelor al dan niet met een verpleegkundige basis, die door de NVAO geaccrediteerd worden. Driejarige opleiding worden vastgesteld door het College Ziekenhuizen Opleidingen (CZO) van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU). Het CZO stelt ook de vooropleidingseisen van de studenten vast. Daarnaast bepaalt het wie opleidingsbevoegdheid krijgt. Er zijn negen opleidingcentra in Nederland waar de ziekenhuizen hun studenten voor het theoriedeel van de opleiding naar toe kunnen sturen. Niet alle ziekenhuizen leiden daadwerkelijk op. Per jaar starten er ongeveer 150 studenten. Een deel van de ziekenhuizen zelf selecteren hun eigen kandidaten en leiden uitsluitend voor eigen behoefte op een ander deel doet dat in samenwerking met de opleiding, en bij de voltijd opleiding wordt de student een stage plaats aangeboden. De financiering gebeurt door de ziekenhuizen en zit in het budget wat de overheid beschikbaar stelt. Het ziekenhuis moet samen met een opleidingscentrum een erkenning van het CZO hebben. De erkenning geldt telkens voor een periode van vijf jaar. Elk ziekenhuis gaat een samenwerkingsverband aan met een opleidingsinstituut naar keuze. Binnen de landelijke regeling, opgesteld door het CZO, moeten de opleidingsinstituten samen met de ziekenhuizen in regionaal verband vorm geven aan de opleiding. Er worden afspraken gemaakt over o.a. het aantal lesweken, de lesvorm, de toetsing en de wijze waarop de opleiding wordt afgerond. Na het behalen van de eindtermen krijgt de student van het CZO een door het CZO erkent diploma. Internationaal zijn er per land verschillen over de erkenning. Voor opleidingen verzorgd door het HBO, zoals BMH en HBOV+, gelden andere instroomeisen.

3.4.2

DE ANESTHESIEMEDEWERKER, EUROPEES EN MONDIAAL

De anesthesiemedewerker in Nederland zal steeds vaker een beroep moeten doen op zijn talenkennis. Veel vakliteratuur is afkomstig uit Engelse en Duitstalige gebieden. Daarbij komt nog dat steeds vaker anesthesiologen van buitenlandse afkomst zijn waardoor van de anesthesiemedewerker verwacht wordt dat hij zijn toevlucht kan zoeken tot minimaal een van de bovenstaande talen. Samen met de multiculturele samenleving dwingt het de anesthesiemedewerker meertalig te zijn alvorens hij het vak ingaat.

Door het lidmaatschap van de NVAM is de anesthesiemedewerker vertegenwoordigd bij de International Federation of Nurses (IFNA), de European Specialist Nurses Organisation (ESNO) en bij de International Council of Nurses (ICN). De IFNA en de NVAM vertegenwoordigen onze beroepsgroep ook bij de World Health Organisation (WHO).

De anesthesie praktijk in Europa is heterogeen en kent een grote verscheidenheid. Standaardisatie van de opleiding en de praktijk van Europese Nurse Anesthetists is wenselijk voor de veiligheid van de patiënt en kwaliteit van zorg als ze willen werken in meer dan één Europees land. Iets wat door alle Europese landen wordt voorgestaan.³¹

Uit internationaal onderzoek³², blijkt dat er minstens nog 107 andere landen op de wereld zijn waar verpleegkundigen, al of niet speciaal opgeleid actief participeren binnen de anesthesiologie. Steeds vaker komt het voor dat Nederlandse anesthesiemedewerkers contacten onderhouden met collega's uit andere landen. Gezien de successen van de internationale congressen zal dit gaan toenemen. Een tijdje in Zwitserland, Noorwegen, Saoedi-Arabië of de binnenlanden van Afrika werken is geen bijzonderheid meer. Dit gaat meestal alleen op voor anesthesiemedewerkers met een verpleegkundige vooropleiding. Daar dit in verreweg de meeste landen verplicht is. In veel gevallen wordt de "Nurse anesthetist" als een Advanced Nurse Specialist gezien (APN). (ICN, 2008)³³. De ICN heeft in 2013 de Standard of Practice van de IFNA, ook gevalideerd. De taak van de anesthesiemedewerker binnen de krijgsmacht vereist zeker ook meertaligheid omdat het samenwerken in internationale coalities steeds vaker voorkomt.

³¹ Minister van VWS (2007). Brief over het opleidingsfonds aan de Tweede Kamer, MEVA/ABA/2781895. Den Haag. www.minvws.nl/kamerstukken/meva/2007/opleidingsfonds.asp en www.cbog.nl/uploaded/FILES/htmlcontent/Microsoft%20Word%20-%201070105EvdV%20NW%20aan%20Klink_%20toewijzing%20opleidingsplaatsen.pdf

³² Maura, S. McAuliffe (2002). Nurse Anesthesia worldwide: practice, education, and regulation. USA.

³³ The scope of practice, standards and competences of the Advanced Practice Nurses. International Council of Nurses, 2008

HOOFDSTUK 4

DOMEINEN, KERNTAKEN EN ROLLEN.

In de vorige hoofdstukken zijn de ontwikkelingen die betrekking hebben op het beroep van anesthesiemedewerker, de positie en het beroep aan bod gekomen. De beschreven ontwikkelingen hebben gevolgen voor de domeinen, de taken, de rollen en de competenties van de anesthesiemedewerker. Dit hoofdstuk beschrijft de domeinen, de (veranderde) taken en de rollen die de anesthesiemedewerkers vervullen.

4.1

DOMEINEN EN KERNTAKEN

Domeinen geven het gebied aan waarin de anesthesiemedewerker zijn kerntaken uitvoert.

Kerntaken geven aan wat tot de kern van het beroep van de anesthesiemedewerker hoort. Een kerntaak is een kenmerkend en betekenisvol onderdeel van de beroepsuitoefening van een representatieve beroepsgroep, dat wil zeggen: het is een set van inhoudelijk samenhangende, beroepsactiviteiten. Het gaat in feite bij de kerntaken om de essentie van het beroep

De anesthesiemedewerker voert veel verschillende taken uit. Vrijwel allemaal in samenwerking binnen een anesthesiologisch-team. Deze taken zijn verschillend van inhoud en aard en zijn in de volgende drie domeinen in te delen:

- A. Inhoud van zorg;
- B. Organisatie van zorg;
- C. Professionalisering.

Tot domein A *Inhoud van zorg* behoren de volgende kerntaken:

1. Observeren en onderzoeken;
2. Analyseren en diagnose stellen;
3. Verlenen van anesthesiologische zorg;
4. Communiceren met de patiënt.

Tot domein B *Organisatie van zorg* behoren de volgende kerntaken:

1. Zorg dragen voor de kwaliteit van het werk;
2. Zorg dragen voor organisatie en het beheer;
3. Samenwerken, communiceren en afstemmen met andere zorgverleners.

Tot domein C *Professionaliseren* behoren de volgende kerntaken:

1. Eigen deskundigheid op peil houden;
2. Coachen en onderwijzen van studenten en collega's;
3. Bijdragen leveren aan de ontwikkeling en professionaliteit van de beroepsgroep;
4. Participeren in wetenschappelijk onderzoek.

4.1.1

DOMEIN A. INHOUD VAN ZORG

KERNTAAK 1.

OBSERVEREN EN ONDERZOEKEN

De anesthesiemedewerker verzamelt op systematische wijze patiënt gerelateerde gegevens (data) die nodig zijn voor de behandeling en besluitvorming rond de gezondheidssituatie van de patiënt voor wie een anesthesiologische behandeling is gevraagd. Deze gegevens kan hij

zowel mondeling verkrijgen tijdens het afnemen van een anamnese tijdens de pre-operatieve screening, als met behulp van biomedische apparatuur zoals invasieve metingen gedurende een hoog complexe ingreep. Ook observaties op basis van expertise en ervaring spelen in dit proces een belangrijke rol. Het observeren en onderzoeken van de patiënt door de anesthesiemedewerker is een continu proces dat zich tijdens het hele zorgproces afspeelt. Al deze gegevens registreert de anesthesiemedewerker volgens de geldende richtlijnen en gebruikmakend van zijn eigen expertise. De anesthesiemedewerker gaat tevens na welke wensen of behoeften de patiënt heeft en ondersteunt hem bij het maken van keuzes.

PROCES

De anesthesiemedewerker verzamelt mondeling, schriftelijk en met behulp van biomedische apparatuur op systematische wijze alle patiënt gerelateerde data, registreert en interpreteert deze.

ACTIVITEITEN

De anesthesiemedewerker voert in dit proces vooral verkennende, oriënterende, uitvoerende en onderzoekende activiteiten uit.

NIVEAU

Complexiteit

De complexiteit van deze taak wordt door patiënt gerelateerde factoren beïnvloed naast factoren als de voorgenoemen procedure en de werkomstandigheden en condities. Zoals de ASA-classificatie. Hoe hoger de classificering hoe zwaarder de complexiteit van zorg. In acute gevallen is de tijdsdruk ook van invloed op de complexiteit.

Verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheid voor deze verzameling van gegevens ligt direct bij de anesthesiemedewerker. Er wordt van hem verwacht zelfstandig in te kunnen spelen op acuut optredende veranderingen in de vitale functies van de patiënt. De anesthesiemedewerker voert hierop zelfstandig acties uit omdat dit voor het welzijn van de patiënt belangrijk is en stelt de anesthesioloog op de hoogte van de acties die ondernomen zijn. Een en ander binnen de beleidskaders van de afgesproken anesthesie.

BETROKKENEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak te maken met de patiënt, de anesthesioloog, familie van de patiënt, collega's en disciplines van andere afdelingen binnen het ziekenhuis.

HULPMIDDELEN

Hulpmiddelen in deze taak zijn:

- het patiëntendossier;
- een protocol;
- medische apparatuur;
- geschikte gespreks/onderzoeks-ruimte.

KEUZES EN DILEMMA'S

De anesthesiemedewerker komt in deze taak voor de volgende keuzes en dilemma's te staan:

- beschikbare tijd per patiënt;
- communicatieproblemen;
- wensen van de patiënt;
- mondigheid van de patiënt;
- kritische houding van de patiënt;
- klantvriendelijkheid;
- druk op het OK-programma door meer patiënten in dezelfde tijd;

- eigen deskundigheid van de anesthesiemedewerker;
- verandering van anesthesiebeleid;
- digitalisering van diverse patiëntendossiers/apparaatuur e.d. waardoor meer kennis van ICT noodzakelijk is;
- grenzen van de bevoegdheden.

ROL

Uit bovenstaande kan herleid worden dat er sprake is van de rol³⁴ van **zorgverlener en begeleider**.

KERNTAAK 2.

ANALYSEREN EN DIAGNOSE STELLEN

De anesthesiemedewerker maakt een analyse van de door observatie en onderzoek verkregen patiënt gerelateerde gegevens.

Op basis van zijn analyse stelt de anesthesiemedewerker een diagnose en past in samenspraak met de anesthesioloog het anesthesiologisch-beleid hier op aan. Hierbij handelt de anesthesiemedewerker altijd binnen de met de anesthesioloog afgesproken kaders.

PROCES

De anesthesiemedewerker legt verbanden tussen de verkregen patiënt gerelateerde gegevens aan de hand waarvan hij een diagnose stelt en binnen afgesproken kaders het anesthesiologisch beleid aanpast.

ACTIVITEITEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak adviserende en informerende activiteiten richting patiënt, anesthesioloog en behandelend specialist evenals uitvoerende activiteiten richting de patiënt.

NIVEAU

Complexiteit

Bij deze taak hangt de complexiteit af van een aantal factoren. Ten eerste is er de ASA-classificatie van de patiënt, maar zeker ook de gestelde kaders door de anesthesioloog zijn van essentieel belang. Het feit dat de anesthesiemedewerker verschillende gegevens dient te analyseren om zelfstandig tot een diagnose te komen mag dan ook als een hoog complexe taak worden gerekend. De complexiteit is dus zeer divers en kan in één en dezelfde sessie per moment en acuut veranderen

Verantwoordelijkheid

De anesthesiemedewerker blijft onverkort verantwoordelijk voor zijn eigen handelen in het zorgproces. Bij verandering van situatie verzamelt de anesthesiemedewerker opnieuw de noodzakelijke gegevens zodat er een aangepaste diagnose/plan van aanpak vastgesteld kan worden.

BETROKKENEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak te maken met de patiënt, eventueel voor de ingreep specifiek noodzakelijke andere disciplines, het (OK)-team maar vooral met de anesthesioloog en de hoofdbehandelaar.

HULPMIDDELEN

Hulpmiddelen bij deze taak zijn:

- het patiëntendossier;
- het anesthesieverslag;
- een protocol;
- de Wet BIG;
- Kwaliteitswet Zorginstellingen;
- de telefoon/intercom.

³⁴ Voor verdere informatie over rollen zie paragraaf 4.2.

KEUZES EN DILEMMA'S

De anesthesiemedewerker komt in deze taak voor de volgende keuzes en dilemma's te staan:

- afbakenen van verantwoordelijkheden;
- beschikbare tijd per patiënt;
- druk op het (OK)-programma voor meer patiënten in dezelfde tijd;
- behartigen van de belangen van de patiënt;
- eigen deskundigheid van de anesthesiemedewerker.

ROL

Uit bovenstaande kan herleid worden dat er sprake is van de rol van **zorgverlener en begeleider**.

KERNTAAK 3.

VERLENEN VAN ANESTHESIOLOGISCHE ZORG

Deze kerntaak is de meest basale van alle kerntaken. Bij deze kerntaak wordt van de anesthesiemedewerker verwacht dat hij op een professionele en zelfstandige manier vorm en inhoud geeft aan de doelen van anesthesiologische kwaliteitszorg. Uitgangspunt van het anesthesiologisch handelen is de borging van kwaliteit en veiligheid ten opzichte van de patiënt, diens omgeving en de anesthesiemedewerker zelf.

Tijdens een ingreep of onderzoek vormt de anesthesioloog samen met de anesthesiemedewerker een anesthesiologisch team. De anesthesiemedewerker communiceert, ondersteunt en werkt samen met de anesthesioloog bij de toepassing van de verschillende anesthesietechnieken. Hij zorgt ervoor dat alle benodigdheden voor de anesthesie voor iedere behandeling/onderzoek systematisch worden gecontroleerd en geprepareerd, waarbij er vooral aandacht is voor de logistiek in het proces. De anesthesiemedewerker is in staat om voor een veilige en kwalitatief goede anesthesie, na overleg, alle noodzakelijke handelingen te verrichten. Verder bewaakt de anesthesiemedewerker de verschillende vitale functies van de patiënt, de anesthesiediepte, de kwaliteit en de veiligheid van de toegepaste anesthesie. Over zijn handelen en bevindingen communiceert de anesthesiemedewerker met de anesthesioloog en andere belanghebbenden. Daarbij wordt de verantwoording voor het voortzetten en optimaliseren van de zorg rondom de patiënt aan hem toevertrouwd.

Na aanvang van de anesthesieprocedure, tijdens een ingreep of onderzoek, bewaakt de anesthesiemedewerker de patiënt tijdens de ingreep of onderzoek. Hij denkt en handelt vanuit zijn anesthesiologische kennis, Evidence Based Practice (EBP) en de met de anesthesioloog gemaakte afspraken. Ook voert hij de voor de kwaliteit en veiligheid noodzakelijke handelingen uit. De essentie hiervan is dat hij er voor zorgt dat het anesthesiologische zorgproces voor de aan hem toegewezen patiënten optimaal verloopt. Bij onvoorziene en belangrijke veranderingen in het proces, treedt hij (zo nodig) handelend op en zal hij direct de anesthesioloog hiervan op de hoogte brengen en/of laten alarmeren.

De anesthesie is gebaseerd op teamwerk. Het werk van het anesthesiologisch-team bestaat er uit dat men precies van elkaar weet wat er verwacht wordt. Bijzonder is hierbij dat dit vanuit elke situatie en standpunt kan gebeuren waarbij het verbaal overleg vaak tot een minimum is beperkt. De anesthesioloog en de anesthesiemedewerker moeten goed met elkaar communiceren en samenwerken. Voor een algehele anesthesie geldt de richtlijn die de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en Nederlandse Vereniging van Anesthesie Medewerkers (NVAM) huldigen (in- en uitleiding dienen door beide dis-

ciplines te worden begeleid). Dit maakt dat, indien nodig voor het proces, de handelingen van elkaar overgenomen kunnen worden. In de praktijk leiden echter anesthesiemedewerkers in opdracht van de anesthesioloog ook uit, de huidige praktijkvoering in perifere ziekenhuizen maakt dit soms onvermijdelijk. Dit kan ook alleen maar door goede communicatie en afstemming tussen de beide professionals.

PROCES

De anesthesiemedewerker bewaakt op een professionele manier vitale en andere fysiologische functies en de toegepaste anesthesie. Hij handelt in overeenstemming met zijn bevindingen en gemaakte afspraken.

Kenmerkend hiervoor is dat hij:

- beoordeelt of de parameters verstoord zijn;
- beoordeelt wat de relatie tussen de verstoorde parameters en de klachten en symptomen is;
- beoordeelt hoe de betrouwbaarheid van de parameterwaarden in de betreffende zorgsituatie is;
- beoordeelt wat de actuele en potentiële gevolgen van de verstoringen is/kan zijn;
- beoordeelt wat de ernst en urgentie van de actuele klinische toestand van de patiënt is;
- op basis van de bevindingen tijdig de noodzaak tot actie onderkent en onderneemt;
- bovenstaande zelfstandig, accuraat, vloeiend en ingepast in het werkproces doet;
- regelmatig communiceert met betrokkenen;
- samenwerkt met het anesthesiologisch team.

ACTIVITEITEN

De anesthesiemedewerker is in dit proces vooral bezig met het analyseren van de parameters en handelt naar eigen inzicht, bekwaamheid, kennis en afspraken binnen het anesthesiologisch-team.

NIVEAU

Complexiteit

Een kernbekwaamheid van de anesthesiemedewerker betreft het bewaken, ondersteunen en/of overnemen van de vitale functies van de patiënt en gelijktijdig het bewaken van de diepte van de anesthesie. De toestand van de patiënt kan sterk wisselen en daardoor is de zorg vaak weinig voorspelbaar van karakter. De kans op (onverwachte) snel optredende complicaties met ernstige, zo niet fatale gevolgen is reëel aanwezig. De anesthesiemedewerker verzamelt continu gegevens en maakt daarbij gebruik van verschillende bronnen. De anesthesiemedewerker dient deze gegevens continu te analyseren, te interpreteren en met elkaar te integreren om subtiele veranderingen in de toestand van de patiënt bijtijds te signaleren en de interventies daarop af te stemmen.

Het continue toezicht houden op de werking van de (vitale) regelprocessen van het lichaam is bij patiënten onder anesthesie van groot belang. Het bewaken gebeurt met en zonder biomedische apparatuur.

Afhankelijk van de te ondernemen interventie werkt de anesthesiemedewerker wel of niet zelfstandig.

Verantwoordelijkheid

De anesthesiemedewerker voert de voorbehouden handeling uit conform de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Bij de overige taken doet hij dit, met indirecte supervisie, zelfstandig op een hoog niveau. Dat wil zeggen dat hij ook in de niet-standaard beroepssituaties, indien noodzakelijk, zelf een procedure kan aanpassen aan het vereiste zorgniveau.

Door voortdurende observatie, diagnosticeren en het toepassen van interventies draagt de anesthesiemedewerker bij aan het stabiliseren van de conditie van de patiënt en het voorkomen van complicaties. Daarnaast observeert de anesthesiemedewerker de patiënt continu vanwege de (dreigende) risico's, die de ingreep, onderzoek of de anesthesietechniek zelf met zich meebrengen. Omdat de toestand van de patiënt vaak weinig ruimte laat voor uitstel, is het noodzakelijk dat de anesthesiemedewerker in staat is om snel te kunnen beoordelen welke interventies noodzakelijk zijn. Communicatie en samenwerking binnen het anesthesiologisch-team is hierbij onontbeerlijk en van groot belang.

BETROKKENEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak vooral te maken met de patiënt, de anesthesioloog, alle op de operatie of behandelkamer voorkomende medewerkers, de naaste/begeleider en collega's van andere afdelingen binnen het ziekenhuis.

HULPMIDDELEN

Bij het uitvoeren van de zorgtaak maakt de anesthesiemedewerker wat betreft het bewaken, ondersteunen en/of overnemen van de vitale functies van de patiënt en gelijktijdig de diepte van de anesthesie, gebruik van verschillende bronnen.

De belangrijkste bron is de patiënt zelf, maar vooral ook gebruikt hij biomedische monitoring en laboratoriumuitslagen. Ook het wondgebied zelf, de fase waarin de ingreep/onderzoek zich bevindt en de informatie van de operateur/behandelaar verschaft de anesthesiemedewerker de nodige informatie.

Alleen het waarnemen/registreren van alle meetgegevens en eventuele veranderingen daarvan is onvoldoende. Hij dient dit soort gegevens in relatie tot elkaar te kunnen analyseren en interpreteren.

Met alle meetgegevens wordt bedoeld:

- neurologisch systeem;
- respiratoir systeem;
- cardiovasculair systeem;
- vocht en elektrolyten balans;
- thermo-regulatie;
- bloedchemie;
- afweersysteem;
- digestieve systeem;
- motorisch systeem;
- endocrien systeem en voortplantingssysteem.

KEUZES EN DILEMMA'S

De anesthesiemedewerker moet bij het verlenen van de kwaliteitszorg constant een afweging maken tussen welke handelingen direct nodig zijn en geen uitstel kunnen verdragen, welke handelingen hij zelfstandig mag uitvoeren. Bij het handelen maakt de anesthesiemedewerker een kritische afweging ten aanzien van:

- zijn beschikbare klinische kennis en ervaring;
- medisch inhoudelijke overwegingen van de anesthesioloog;
- eventuele voorkeuren van de patiënt en zijn naasten in het licht van voor- en nadelen en mogelijke alternatieven;
- de omstandigheden waarbinnen deze plaats moet vinden;
- de wet/ethiek/afdelingsregels/verantwoordelijkheden van de eigen discipline;
- de kennis uit wetenschappelijke literatuur.

ROL

Uit bovenstaande kan herleid worden dat er sprake is van de rol van **zorgverlener**.

KERNTAAK 4.

COMMUNICEREN MET DE PATIËNT

De anesthesiemedewerker stelt zich voor aan de patiënt, identificeert de patiënt, controleert de gegevens van patiënt in de korte fase voorafgaand aan behandeling. De anesthesiemedewerker licht de patiënt voor en beantwoordt vragen in de pre-, per- en postoperatieve fase. Tevens geeft de anesthesiemedewerker instructie aan de patiënt, stelt deze gerust in pre-, per- en postoperatieve fase. De anesthesiemedewerker kan tijdens de pre-operatieve screening de anamnese afnemen en kan aanvullend gewenst onderzoek uitvoeren waarbij hij informatie en voorlichting geeft.

De anesthesiemedewerker sluit met zijn communicatie aan op het niveau van de patiënt en controleert of de verstrekte informatie goed begrepen is.

PROCES

De anesthesiemedewerker bereidt zich voor op de komst van een patiënt voor behandeling/ingreep of aanwezigheid op operatief screenings spreekuur. De anesthesiemedewerker doet dit door zich op de hoogte te stellen van gegevens van de patiëntnaam, registratienummer, behandeling, opmerkingen e.d.), ontvangt de patiënt en start met de uitvoering. De anesthesiemedewerker stelt doelgerichte vragen en bouwt een vertrouwensband met de patiënt op. Hij geeft ruimte aan de angstgevoelens en onzekerheden van de patiënt. Hij verstrekt volledige en juiste informatie zodat de patiënt weloverwogen keuzes kan maken. In die gevallen waarbij de patiënt bij bewustzijn is, bijvoorbeeld bij loco/regionale anesthesie, zal hij met de patiënt communiceren en hem steunen en begeleiden.

ACTIVITEITEN

De anesthesiemedewerker heeft als preoperatief screener veelal onderzoekende, voorlichtende, begeleidende en verwijzende activiteiten. In de preoperatieve fase op de OK voert de anesthesiemedewerker begeleidende, voorlichtende, instructie en controlerende activiteiten uit. Met name in de fases rondom de directe behandeling/ingreep. In de per operatieve fase zijn het vooral voorlichtende en begeleidende activiteiten.

NIVEAU

Complexiteit

In de screening wordt de complexiteit bepaald door het afnemen van de anamnese ter bepaling van de ASA classificatie van de patiënt. De daarmee gepaard gaande verschuiving van anesthesiologische zorg van de anesthesioloog naar de anesthesiemedewerker, wel is waar volgens afspraken geregeld, maar praktisch kan dit door omstandigheden en verkregen informatie niet altijd volgens die 'afspraken' verlopen.

Tevens wordt de complexiteit bij deze activiteiten bepaald door de factor tijd. In een beperkt tijdsbestek moet er een anamnese afgenomen worden, voorlichting gegeven, eventueel aanvullend onderzoek gedaan en uiteindelijk een inschatting gemaakt worden van het anesthesiologisch risico met eventueel vervolgfafspraken. Tijdens de activiteiten rondom de directe behandeling/ingreep wordt de complexiteit ook bepaald door tijd; in een kort tijdsbestek dienen gegevens gecontroleerd te worden, en verdiend de patiënt aandacht en zorg die kan leiden tot een gesprek wat echter qua tijd beperkt moet worden.

Er is een spanning tussen het leveren van zorg en het uitvoeren van een OK-programma.

Verantwoordelijkheid

De anesthesiemedewerker is binnen afspraken en richtlijnen verantwoordelijk voor de pre- operatieve screening en is verantwoordelijk voor het consulteren van de anesthesioloog indien een patiënt bij nader inzien buiten de 'richtlijnen' valt. De anesthesiemedewerker werkt volgens het anesthesiologisch beleid dat door de anesthesioloog is vastgesteld. De anesthesiemedewerker is verantwoordelijk voor de communicatie met de patiënt, met het anesthesiologisch-team en met het operatieteam. Rondom de operatie werkt hij zelfstandig en vaak samen met de anesthesioloog of andere OK-medewerkers.

BETROKKENEN

De anesthesiemedewerker heeft te maken met:

- anesthesioloog;
- overige OK-medewerkers, 'holding verpleegkundigen', afdelingssecretaresse en afdelingsverpleegkundige;
- ic-verpleegkundige;
- röntgenpersoneel;
- laboratoriumpersoneel;
- medisch specialisten;
- recovery verpleegkundige;
- begeleiders.

HULPMIDDELEN

De anesthesiemedewerker kan beschikken over de volgende hulpmiddelen:

- medische status;
- data management systeem;
- anamnese gegevens;
- ingevulde vragenlijst;
- stethoscoop;
- biomedische apparatuur.

KEUZES EN DILEMMA'S

Spanningsvelden bij de screening, wel of niet zelfstandig behandelen/voorlichten en kiezen voor zorg of afronden van programma binnen de gestelde tijd.

Spanningsveld in fases rondom operatie, bieden van zorg of op tijd afronden van programma en voldoen aan de verwachting met betrekking tot de factor tijd en het geven van voorlichting op basis van gewenste informatie van patiënt en het zich strikt houden aan de beroepscode. Leveren van zorg versus uitvoeren van een OK-programma.

ROL

Uit bovenstaande kan herleid worden dat er sprake is van de rol van **zorgverlener en begeleider**.

4.1.2

DOMEIN B.

ORGANISATIE VAN ZORG

KERNTAAK 1.

ZORGDRAGEN VOOR DE KWALITEIT VAN HET WERK

De anesthesiemedewerker zorgt aantoonbaar voor de kwaliteit van zijn werkzaamheden, jegens de patiënt en de organisatie. Dit gebeurt zowel op de operatiekamer als daarbuiten. Om deze kwaliteit te waarborgen toont hij een professionele werkhouding waarbij de wensen en behoeften van de (operatie)patiënt zo veel mogelijk het uitgangspunt is.

PROCES

De anesthesiemedewerker is verantwoordelijk voor het op peil houden van zijn eigen deskundigheid. Hierdoor kan hij de kwaliteit van zijn beroepsuitoefening en daarmee de zorgverlening garanderen. De anesthesiemedewerker gebruikt standaarden, protocollen en kwaliteitsrichtlijnen om de kwaliteit van de zorgverlening te bewaken en te verbeteren.

Als lid van de beroepsgroep heeft hij een belangrijke taak: een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en het actueel houden van deze instrumenten van kwaliteitszorg waarmee hij de kwaliteit van zijn beroepsuitoefening kan garanderen.

De anesthesiemedewerker voert bij deze kerntaak de volgende werkzaamheden uit:

- coördineert de zorg rondom de patiënt (zorgvrager);
- draagt zorg voor de continuïteit van de zorgverlening;
- evalueert tijdens de zorg om de zorg bij te stellen;
- evalueert het gehele zorgproces;
- verricht intercollegiaal consult;
- werkt volgens standaarden, protocollen en kwaliteitsrichtlijnen;
- zorgt voor veiligheid voor zichzelf, de patiënt en diens omgeving;
- neemt, bij afwezigheid van instrumenten van kwaliteitszorg, het initiatief tot de ontwikkeling hiervan;
- zorgt voor een volledige overdracht van een (operatie) patiënt naar andere afdelingen;
- zorgt voor een nauwkeurige verslaglegging van verzamelde gegevens en de uitgevoerde interventies door middel van een anesthesieverslag;
- neemt initiatieven tot verbetering van de zorgverlening door feedback van zijn collega's te vragen;
- neemt initiatieven tot verbetering van de zorgverlening door gevraagd of ongevraagd feedback te geven;
- neemt deel aan (afdelings) besprekingen;
- maakt gebruik van intervisiemodellen;
- neemt deel aan visitatie en accreditatie.

ACTIVITEITEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze kerntaak coördinerende, uitvoerende en samenwerkende activiteiten.

NIVEAU

Complexiteit

Het zorgdragen voor de kwaliteit van het werk is een complexe taak. Het is belangrijk dat de anesthesiemedewerker het overzicht houdt over de continuïteit van het gehele zorgproces. Hij voert een regiefunctie uit. Hierbij dient hij steeds een juiste afweging tussen de belangen van de organisatie en de belangen van de zorgvrager te maken.

Verantwoordelijkheid

Hierin heeft de anesthesiemedewerker een zelfstandige verantwoordelijkheid.

BETROKKENEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak te maken met de patiënt, de anesthesioloog, collega's, kwaliteitsmedewerker en collega's van andere afdelingen binnen het ziekenhuis.

HULPMIDDELEN

- protocollen;
- werkafspraken;
- overdrachtsformulieren;
- patiëntendossiers;

- kwaliteitsrichtlijnen;
- feedbackregels;
- intervisiemodellen;
- kwaliteitsmeetinstrumenten;
- datamanagement systemen.

KEUZES EN DILEMMA'S

De anesthesiemedewerker komt in deze taak voor de volgende keuzes en dilemma's te staan:

- het maken van een juiste beslissing bij tegenstrijdige belangen tussen de organisatie en de zorgvrager;
- het aanspreken van collega's op hun functioneren, dit zal niet altijd geaccepteerd worden.

ROL

Uit bovenstaande kan herleid worden dat er sprake is van de rol van **regisseur**.

KERNTAAK 2.

ZORGDRAGEN VOOR ORGANISATIE EN HET BEHEER

De anesthesiemedewerker brengt structuur in zijn werkzaamheden aan waardoor er een rangschikking in logisch verband ontstaat.

Hij zorgt voor een gestructureerde indeling van materialen en werkzaamheden. Tevens worden de geplande activiteiten op het juiste moment en binnen de gestelde tijd uitgevoerd. Hij denkt mee met de programmaplaning. Daarnaast houdt de anesthesiemedewerker te allen tijde rekening met calamiteiten en speelt daarop in zonder dat de geplande zorg daar onder lijdt. Bij het beheren van medisch technische apparatuur werkt de anesthesiemedewerker op een professionele manier.

PROCES

De anesthesiemedewerker voert bij deze kerntaak de volgende werkzaamheden uit:

- volgens voorschrift en/of gebruiksaanwijzing apparatuur controleren en opstarten;
- volgens voorschrift en/of gebruiksaanwijzing apparatuur bedienen/instellen/bijstellen;
- bedrijfsklaar maken van de apparatuur en middelen en proberen een storingsvrij verloop te garanderen;
- kennen en onderkennen van de therapeutische (on-) mogelijkheden;
- zorgdragen bij de toepassing van een veelvoud van apparaten en/of instrumenten voor een overzichtelijke en ergonomische opstelling;
- bewaken van de technische staat van de apparatuur, instrumenten en hulpmiddelen;
- bewaakt de steriliteit van de voorraad aan materialen en (hulp)middelen;
- pleegt in geval van storing "troubleshooting";
- neemt de noodzakelijke veiligheidsrichtlijnen/afspraken in acht;
- het apparaat/instrument of hulpmiddel met een gerichte klacht ter reparatie aanbieden;
- onderhouden van contacten met leveranciers;
- adviseren van de inkoop over de specificaties van aan te schaffen apparatuur, Hij houdt hierbij rekening met alle op de markt zijnde apparaten;
- draagt zorg voor de voortgang van het operatieproces;
- zorgt voor continuïteit in het anesthesiologisch-proces: reanimatie, traumaopvang, preoperatieve screening, APS.

ACTIVITEITEN

De anesthesiemedewerker heeft hierin veelal uitvoerende, adviserende, coördinerende en instruerende activiteiten.

NIVEAU

Complexiteit

De anesthesiemedewerker voert de organisatie en beheer uit in alle voorkomende situaties. Voor beslissingen over aanschaf of vervanging moet een keuze worden gemaakt op een markt die constant in beweging is en erg agressief in de verkoopmethodes is.

Verantwoordelijkheid

De anesthesiemedewerker is verantwoordelijk voor het gebruiksklaar maken van apparatuur en middelen voor de anesthesiologische praktijk in de ruimste zin des woords (niet alleen OK, ook pijnbehandeling, spoedopvang ed.). De anesthesiemedewerker verzorgt en is verantwoordelijk voor het logistieke traject rondom de anesthesiologische bedrijfsvoering. Het ene moment is de anesthesiemedewerker de enige vertegenwoordiger van het anesthesieteam, het andere moment zal de anesthesiemedewerker zich meer op de achtergrond opstellen (bijvoorbeeld in opleidingssituaties waarbij arts-assistenten en supervisors betrokken zijn). Dit vraagt een grote mate van flexibiliteit van de anesthesiemedewerker en een groot inschatings- en aanpassingsvermogen om op de juiste momenten de juiste rol te vervullen. De anesthesiemedewerker is de eerst aangewezen om, in acute situaties, zelfstandig actie te ondernemen in afwachting van de anesthesioloog.

BETROKKENEN

De anesthesiemedewerker werkt in deze kerntaak samen met collega operatie-assistenten, met collega's van de afdeling centrale sterilisatie, het centrale magazijn, de afdeling inkoop en met vertegenwoordigers van externe firma's. Over de aanschaf geeft de anesthesiemedewerker adviezen aan de leidinggevenden.

HULPMIDDELEN

- bestellijsten;
- controlelijsten;
- veiligheidslijsten;
- protocollen.

KEUZES EN DILEMMA'S

De anesthesiemedewerker moet een keuze maken op grond van kwaliteit en hanteerbaarheid. Het maken van een goede vergelijking wordt constant bemoeilijkt door de verkooptechnieken van de fabrikanten. Hoewel er van de anesthesiemedewerker mag worden verwacht dat hij kosten bewust met de apparatuur omgaat, ook tijdens de aanschaf, geeft de inkoop deze verantwoordelijkheid niet uit handen. Het dilemma is dat er soms wordt geadviseerd om met mindere kwaliteit te werken. De anesthesiemedewerker moet hierin professioneel adviseren voor kwaliteit en veiligheid.

ROL

Uit bovenstaande kan herleid worden dat er sprake is van de rol als **regisseur**.

KERNTAAK 3.

SAMENWERKEN, COMMUNICEREN EN AFSTEMMEN MET ANDERE ZORGVERLENERS

De anesthesiemedewerker zorgt voor zijn eigen werkzaamheden in de dag-, avond-, weekend- en nachtdiensten. Tevens voert hij de regie over het plannen en uitvoeren van de zorg aan de patiënt. Bij het verlenen van die zorg zijn naast het anesthesiologisch-team, meerdere disciplines betrokken. Al deze disciplines moeten hun activi-

teiten op elkaar afstemmen zodat vergissingen, overlapping, inefficiëntie, dubbel werk, tegenstrijdige adviezen en verwarring bij de patiënt worden voorkomen. Specifiek voor multidisciplinaire teams in de gezondheidszorg is dat de mate van inbreng van de leden sterk verschilt, de samenstelling niet vast is en de personen die de discipline vertegenwoordigen regelmatig wisselen. Bij het uitvoeren van de regie, communiceert en onderhandelt de anesthesiemedewerker met alle participerende disciplines. Hierbij zet hij zijn kennis over de aanpalende en overstijgende disciplines in zodat hij effectief en efficiënt samenwerkt.

PROCES

De anesthesiemedewerker overlegt veelvuldig en onderhandelt met de verschillende disciplines. Hierbij zorgt de anesthesiemedewerker dat hij:

- mede zorgdraagt voor een rustige sfeer in het team door een pro-actieve houding;
- problemen in de samenwerking met het team bespreekbaar maakt;
- leiding en/of begeleiding accepteert van de eindverantwoordelijke collega of discipline;
- leiding en/of begeleiding geeft;
- om kan gaan met feedback op eigen handelen en op grond daarvan het eigen handelen kan bijsturen;
- afspraken maakt met collega's en andere disciplines en zich aan de afspraken houdt;
- feedback geeft op het handelen en attitude van de collega's;
- open staat voor het ontvangen van feedback;
- actief deelneemt aan de verschillende overleg-vormen;
- voorstellen van anderen steunt, en daarop voortbouwt in de richting van een gezamenlijk resultaat;
- professionele uitgangspunten in het oog houdt (concessies doet) als het er om gaat tot een gezamenlijk resultaat te komen;
- anderen helpt hun eigen doelen te bereiken;
- zich positief uit over prestaties van een collega;
- collega's helpt, hulp aanbiedt.

ACTIVITEITEN

Ten opzichte van de anesthesioloog heeft hij vooral informerende activiteiten. Ook de snijdend specialist/behandelaar wordt geïnformeerd. Ten opzichte van de afdelingsverpleegkundigen, operatieassistenten, laboranten, hygiënisten en kwaliteitsmedewerkers zijn het adviserende en instruerende activiteiten.

NIVEAU

Complexiteit

Samenwerken binnen en buiten het anesthesiologisch team kent een hoge mate van complexiteit. Mede door de aanwezigheid van buitenlandse anesthesiologen. De anesthesiemedewerker moet daarvoor sterk communicatief vaardig zijn.

De omstandigheden van het werk brengt mee dat als de communicatie niet goed loopt er:

- direct gevaar voor de patiënt dreigt;
- er geen tijd of gelegenheid is om het samenwerkingsproces op dat moment bespreekbaar te maken. Dit kan hoogstens achteraf.

Er zijn regels voor feedback, etc. De regels moeten vloeiend, accuraat worden toegepast. De anesthesiemedewerker herkent en overziet uitzonderlijke en afwijkende situaties en kan zorgprocessen, waaraan men zelf deelneemt, aanpassen.

Verantwoordelijkheid

De anesthesiemedewerker doet dit zelfstandig, ook in de niet - standaard beroepssituaties.

BETROKKENEN

De anesthesiemedewerker heeft bij de uitvoering van deze kerntaak te maken met alle leden van het anesthesiologisch- en operatie- of behandelteam. Daarnaast met alle disciplines die binnen de OK werken: schoonmaak, administratie, radiologisch laboranten, hygiënisten, kwaliteitsmedewerkers en andere ondersteuners van de behandelaar.

HULPMIDDELEN

- communicatieve vaardigheden;
- protocollen;
- controlelijsten;
- patiëntendossier;
- elektronische middelen voor gegevens verzameling.

KEUZES EN DILEMMA'S

Bij de samenwerking moet de anesthesiemedewerker in wat hij wel of niet zegt en doet, rekening houden met de wet en de ethische normen. Dilemma's hierin zijn de wensen en rechten van de patiënt die soms niet in overeenstemming zijn met de beroepscode de afdelingsregels, eigen waarden en normen of verantwoordelijkheden van de eigen discipline.

Daarnaast heeft de anesthesiemedewerker te maken met het feit dat hij nooit bij een patiënt kan weglopen en dat bij door anderen slecht gegeven feedback hij keuzes moet maken hoe hiermee om te gaan.

ROL

De rol die hieruit herleid kan worden is de anesthesiemedewerker in zijn rol als **regisseur en coach**.

4.1.3

DOMEIN C.

PROFESSIONALISERING

KERNTAAK 1.

EIGEN DESKUNDIGHEID OP PEIL HOUDEN

De ontwikkeling van het beroep van de anesthesiemedewerker is voortdurend in beweging. De anesthesiemedewerker houdt zijn competenties op peil door voortdurend na- en bij scholing(en) te volgen.

De anesthesiemedewerker is zich voortdurend bewust van het eigen handelen. Hij onderbouwt zijn praktijkvoering kritisch met zoveel mogelijk wetenschappelijke argumenten. Door het systematisch onderzoeken en ontwikkelen van de eigen opvattingen, handelingen en competenties past de anesthesiemedewerker reflectie toe. Hij staat hierbij open voor feedback van anderen. Professionaliseren van het eigen handelen staat voorop. Daarbij gebruikt de anesthesiemedewerker kwaliteit verbeterende instrumenten zoals intercollegiale toetsing. Tevens houdt hij zijn vakliteratuur bij zodat er professioneel gehandeld wordt. Tijdens de intercollegiale toetsing zorgt hij voor een onderbouwde input.

PROCES

De anesthesiemedewerker is op de hoogte van de mogelijkheden op het gebied van ontwikkelingen en deskundigheidsbevordering en heeft inzicht in zijn eigen persoon, leerstijl en opvattingen en is zich bewust van de aanwezige gevoelens. De anesthesiemedewerker geeft in zijn persoonlijke ontwikkelingsplan en/of portfolio aan op welke wijze hij zijn doelstelling kan behalen. De anesthesiemedewerker reserveert tijd voor reflecteren en onderkent het belang van het zelf onderzoeken en het ontwikkelen van eigen competenties. De anesthesiemedewerker heeft inzicht in het beroep en neemt een ei-

gen standpunt in ten aanzien van het vak. Tijdens de uitvoering van het beroep haalt de anesthesiemedewerker concrete beroepssituaties terug en reflecteert hierop en vraagt collega's en leidinggevendenden om feedback op zijn handelen (bijvoorbeeld door het functioneringsgesprek en jaargesprek). De anesthesiemedewerker evalueert zijn eigen gedrag op basis van de analyse van een concrete situatie, identificeert de belangrijkste factoren (van zichzelf en anderen) die van invloed zijn in de concrete situatie. De anesthesiemedewerker laat vragen over het eigen welbevinden tijdens een werksituatie aan de orde komen en stelt ook vragen over wat volgens de collega's goed is gegaan.

Tijdens het proces van meten en vergelijken beoordeelt hij samen met collega's de dagelijkse zorg aan de hand van een aantal criteria. Die zijn door henzelf opgesteld en voor de eigen situatie aanvaardbaar.

ACTIVITEITEN

In bovenstaand proces voert de anesthesiemedewerker signalerende, analyserende, onderzoekende en rapporterende activiteiten uit.

NIVEAU

Complexiteit

De complexiteit is afhankelijk van de situatie en kan zowel laag als hoog zijn. In de situatie speelt ervaring, mate van ondersteuning, de persoonlijkheid van de anesthesiemedewerker, de organisatie, het personeelsbeleid en tijd een rol.

Verantwoordelijkheid

Het op peil houden van de eigen deskundigheid doet de anesthesiemedewerker vooral zelfstandig. Waar nodig in overleg met collega's en leidinggevende.

BETROKKENEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak te maken met collega's, leidinggevende en externen.

HULPMIDDELEN

Hulpmiddelen bij deze taak zijn:

- vakbladen;
- symposia;
- lezingen;
- wetenschappelijke literatuur;
- collegiale informatie;
- input vanuit het bedrijfsleven;
- reflectietechnieken;
- jaargesprekken/functioneringsgesprekken;
- persoonlijk ontwikkelingsplan/portfolio;
- protocollen;
- patiëntendossier;
- beroepsvereniging;
- nascholingsrichtlijnen van de beroepsgroep;
- Kwaliteitswet Zorginstellingen;
- Wet BIG.

KEUZES EN DILEMMA'S

De keuzes en dilemma's liggen voornamelijk in de mogelijkheid van de werkgever met betrekking tot het faciliteren van de deskundigheid en de persoonlijke ontwikkeling. Daarnaast kan de eigen ontwikkeling versus afdeling/organisatie belang een spanning opleveren.

ROL

De rol die hieruit herleid kan worden is de anesthesiemedewerker in zijn rol als **professional**.

KERNTAAK 2.

COACHEN EN ONDERWIJZEN VAN STUDENTEN EN COLLEGA'S

Binnen de kernactiviteiten van de gezondheidszorg hoort naast het behandelen en verzorgen van patiënten ook het opleiden van de nieuwe generatie zorgverleners. Doordat de opleiding tot anesthesiemedewerker inservice is, worden de meeste opleidingsuren in de praktijk gemaakt en is het leren van werken erg belangrijk.

Er wordt van het "leermeester-gezel principe" gebruik gemaakt. De studenten moeten in de praktijksituatie op gestructureerde en passende wijze gecoacht en onderwezen worden. De anesthesiemedewerker zal toelichting moeten kunnen geven op de theorielessen en de student helpen met de vertaalslag van de theorie naar het belang voor het praktisch handelen. De anesthesiemedewerker als werkbegeleider levert in samenspraak met een praktijkopleider informatie aan waarop een student beoordeeld kan worden. Naast studenten uit het eigen vakgebied lopen er ook veel studenten van andere disciplines stage bij de afdeling anesthesie (operatieassistenten, verpleegkundigen zowel HBO en MBO, verpleegkundige vervolgoopleidingen, AGIO's). Ook zij moeten op een gestructureerde en passende wijze onderwezen en gecoacht worden zodat zij een hoog rendement uit hun stage kunnen halen.

Door de steeds maar doorgaande ontwikkelingen binnen het vak is continu leren een noodzaak. Veel van het leren zal door middel van klinische lessen op afdelingsniveau en training on the job gebeuren. Daarnaast wordt de anesthesiemedewerker door middel van een accreditatiesysteem van de beroepsvereniging (NVAM) in staat gesteld op systematische wijze accreditatiepunten te verwerven en hierdoor zijn 'leren' aantoonbaar te maken. De anesthesiemedewerker kan onderwijs voor de eigen beroepsgroep en andere beroepsgroepen verzorgen. Ook de coaching van artsen in opleiding, zowel co-assistenten als arts-assistenten gebeurt mede door de anesthesiemedewerker.

Het coachen en onderwijzen gebeurt zowel in academische als perifere ziekenhuizen. Tijdens zijn werkzaamheden als coach en/of werkbegeleider is de anesthesiemedewerker zich constant bewust van zijn voorbeeldrol en stelt het leerproces van de lerende centraal.

PROCES

De anesthesiemedewerker is op de hoogte van de mogelijkheden op het gebied van ontwikkelingen, deskundigheidsbevordering en leerstijlen. De anesthesiemedewerker geeft ondersteuning bij het opstellen van persoonlijke leerplannen en/of portfolio van de student. De anesthesiemedewerker houdt rekening met de leerstijl die de student heeft door op een gepaste wijze hierop te anticiperen.

De anesthesiemedewerker laveert in een opleidingstraject voortdurend tussen 'overnemen', 'aansturen' en 'overlaten' van taken en bevoegdheden van de betreffende student in de specifieke context. Hij overziet daarbij het leerproces. Samen met de praktijkdocent/begeleider en student plant hij acties, beoordelingen en evaluaties. Daarnaast voert de anesthesiemedewerker regelmatig gesprekken met de studenten, stagiaires en artsen in opleiding om de vorderingen en de groei in het leerproces inzichtelijk te krijgen.

ACTIVITEITEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak voorlichtende, lesgevende, adviserende, onderzoekende, analyserende en representatieve activiteiten.

NIVEAU*Complexiteit*

De complexiteit is afhankelijk van de situatie. De complexiteit is hoger naarmate er meer verschillende collega's, studenten, stagiaires en artsen in opleiding gecoacht moeten worden.

Elke lerende op de afdeling heeft een eigen doel en uitgangssituatie. Bij de coaching en het beoordelen, moet met al deze zaken rekening gehouden worden.

Verantwoordelijkheden

De anesthesiemedewerker moet zelfstandig verantwoordelijkheid nemen ten aanzien van de lerende, de veiligheid, de afdeling, het eigen ziekenhuis en het op peil houden van de kwaliteit en omvang van de beroepsgroep. Tevens moet hij zijn eigen handelen verantwoorden.

BETROKKENEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak te maken met de praktijkopleider(s), collega's (specialisten en niet specialisten), leidinggevende, coördinatoren, docenten, studenten, stagiaires en artsen in opleiding.

HULPMIDDELEN

Hulpmiddelen bij deze taak zijn:

- coachingstechnieken;
- 360° feedback instrument;
- reflectietechnieken;
- beoordelingscriteria;
- onderwijsmedia;
- vakliteratuur;
- opleidingsprogramma's;
- praktijkopleidingsboek (POB);
- portfolio en/of persoonlijk leerplan;
- kwaliteitsregister/accreditatiesysteem.

KEUZES EN DILEMMA'S

De anesthesiemedewerker in opleiding is zowel student als werknemer. Het belang van de organisatie staat niet altijd gelijk aan het belang van de lerende. De coach zal hierin beide belangen moeten afwegen.

Bij het opleiden loopt het belang van de patiënt en de lerende die moet oefenen niet altijd gelijk. De anesthesiemedewerker staat voor de keuze om tijdens de werkzaamheden de mate van sturing ten opzichte van de lerende te bepalen. Hij maakt hierbij altijd de afweging tussen de veiligheid van de patiënt en het leerproces van de student. Hij kan de juiste keuzes maken indien het dilemma 'opleiden' versus 'kwaliteit van zorg' in het geding komt. De kwaliteit van verantwoorde anesthesiologische zorg mag en kan niet in het geding komen. De anesthesiemedewerker is in staat de belangen van een patiënt te behartigen en ziet er op toe dat er (ethisch) verantwoorde keuzes gemaakt worden om de gecoachte te laten leren/oefenen.

In met name een academische setting waar veel mensen in opleiding zijn, staat de anesthesiemedewerker voor het dilemma een keuze te maken tussen het belang van het leerproces van een arts in opleiding en de anesthesiemedewerker in opleiding.

Het opleidende ziekenhuis investeert in de opleiding door geld, menskracht en middelen beschikbaar te stellen. Opleiden is tevens een vorm van personeelsbeleid.

ROL

Uit bovenstaande kan herleid worden dat er sprake is van de rol van **coach** en **regisseur**.

KERNTAAK 3.

BIJDRAGEN AAN DE ONTWIKKELING EN PROFESSIONALITEIT VAN DE BEROEPSGROEP

De anesthesiemedewerker past standaarden, protocollen en kwaliteitsrichtlijnen toe. Hij bedenkt en construeert procedures, neemt actief deel aan onderzoeken of studies en laat zich, indien hij lid is van de beroepsvereniging, accrediteren bij deze beroepsvereniging (NVAM). Naast de voorlichting en instructie aan zorgvragers en collega's geeft de anesthesiemedewerker ook voorlichting aan begeleiders en publiek. Dit doet hij mondeling of schriftelijk in het vaktijdschrift. In publiek optreden draagt de anesthesiemedewerker zijn vak en beroepsbeeld volgens de geldende beroepsethiek uit. Hij stelt een voorbeeldgedrag ten toon.

PROCES

De anesthesiemedewerker stelt zich in alle voorkomende situaties op als een zelfstandige beroepsbeoefenaar en kent de grenzen van zijn werkterrein. De anesthesiemedewerker communiceert op de juiste wijze met de aanwezigen tijdens het primaire proces. De anesthesiemedewerker maakt een juiste afweging tussen de verschillende belangen. De anesthesiemedewerker werkt mee aan de ontwikkelingen van vak en beroep door het verkrijgen van kennis en het uitdragen van deze vergaarde kennis. Te denken valt aan publicaties, lezingen, (klinische) lessen, werkgroepen, onderzoeken, studies en projecten. De anesthesiemedewerker draagt standpunten en visies van de beroepsgroep uit en handelt hiernaar.

ACTIVITEITEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak voorlichtende, adviserende, onderzoekende, analyserende en presentatie activiteiten.

NIVEAU

Complexiteit

De complexiteit is afhankelijk van de situatie. In de situatie speelt ervaring, mate van ondersteuning, de interesse van de anesthesiemedewerker, afdelingscultuur, de organisatie, het personeelsbeleid en tijd een rol.

Verantwoordelijkheden

Door snelle ontwikkelingen op het gebied van technologische, beroepsinhoudelijke en medische interventies wordt er een sterk appèl gedaan op de flexibiliteit van de anesthesiemedewerker.

Hij is vaak alleen verantwoordelijk voor de directe zorg aan de patiënt maar heeft ook een duidelijk gedeelde verantwoording met de anesthesioloog. De huidige methode van werken, waarbij een anesthesioloog verantwoording heeft voor meerdere patiënten, wordt in veel ziekenhuizen als standaard gezien. Onderzoek wijst uit dat in Nederland gehanteerde anesthesiologisch-team veel voordelen heeft op het gebied van veiligheid (Klein, 2003) en anderszins.³⁵ Het bijdragen aan de ontwikkeling en professionalisering doet de anesthesiemedewerker waar mogelijk op eigen initiatief.

BETROKKENEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak te maken met andere professionals, collega's, vakgenoten, beroepsvereniging en externe organisaties.

³⁵ Arbous, Sesmu M. (1998). Anesthesia-related risk factors for perioperative severe morbidity and mortality. Thesis RUU.

HULPMIDDELEN

Hulpmiddelen bij deze taak zijn:

- eigen vaktijdschrift;
- vakbladen;
- symposia;
- lezingen;
- wetenschappelijke literatuur;
- collegiale informatie;
- input vanuit het bedrijfsleven;
- protocollen;
- kwaliteitsrichtlijnen;
- kwaliteitsregister/accreditatiesysteem;
- patiëntendossier;
- beroepsvereniging;
- vakbond;
- wetgeving.

KEUZES EN DILEMMA'S

De anesthesiemedewerker is zich bewust dat hij binnen het anesthesiologische proces als enige direct aanwezige de anesthesiologische belangen vertegenwoordigt. De anesthesiemedewerker spant zich in voor verspreiden van kennis en kunde vanuit het vak. Dit kan tegen de belangen van andere beroepsgroepen, organisatieonderdelen en het bedrijfsleven indruisen.

ROL

Uit bovenstaande kan herleid worden dat er sprake is van de rol van **professional**.

KERNTAAK 4.

PARTICIPEREN IN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De anesthesiemedewerker participeert in wetenschappelijk onderzoek. Hij werkt mee aan het verzamelen van gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. De anesthesiemedewerker signaleert op welke terreinen er onvoldoende kennis en wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied beschikbaar is en formuleert eigen onderzoeksvragen uitgaande van de visie op het beroep. Daarnaast initieert hij, al dan niet in samenwerking met anderen, onderzoek. Ook leest hij (medische en buitenlandse) vakliteratuur kritisch en interpreteert wetenschappelijke studies correct. Hij neemt tevens deel aan refereerbijeenkomsten die wetenschappelijk onderzoek bespreken. De anesthesiemedewerker zet uitkomsten van eigen onderzoek, of verkregen via literatuur, om in procedures in de praktijk en levert zo een bijdrage aan het toepassen van evidence based practice (EBP). Hij werkt hierbij samen met verschillende disciplines.

PROCES

De anesthesiemedewerker leest regelmatig wetenschappelijke artikelen over zijn vakgebied. De anesthesiemedewerker zet alle benodigdheden, volgens voorschrift, klaar om onderzoek uit te kunnen voeren. Hij zorgt er voor dat de verzamelde gegevens/objecten bijvoorbeeld bloed, urine op het juiste moment op de juiste plaats komen om bewerking, analyse te ondergaan (zoals lab, diepvries etc.) De anesthesiemedewerker verricht onderzoek bv. door vragenlijsten op te stellen en in (te laten) vullen. Voorbeelden hiervan: de mate van pijnbeleving, klanttevredenheid onderzoek. Hij gaat integer om met de patiënt die na, van te voren verkregen toestemming, meewerkt aan het wetenschappelijk onderzoek. De anesthesiemedewerker verwerkt en verzamelt de verkregen data.

ACTIVITEITEN

De anesthesiemedewerker heeft in deze taak uitvoerende, analyserende, onderzoekende en rapporterende activiteiten.

NIVEAU

Complexiteit

De anesthesiemedewerker moet binnen korte tijd, die daarvoor tijdens de ingreep beschikbaar is, de juiste gegevens verzamelen. De gegevens dienen op de juiste manier verwerkt te worden om tot juiste resultaten te leiden.

Verantwoordelijkheden

De anesthesiemedewerker is in staat binnen de afgesproken procedures zelfstandig te werken. Hij verzekert zich ervan ondersteuning (bijvoorbeeld bij vragen, onduidelijkheden) op afstand te kunnen inschakelen om op de correcte wijze tot gegevensverzameling te komen.

De anesthesiemedewerker communiceert op een professionele manier met de aanwezigen tijdens het proces, zoals de deelnemers aan het primaire proces. Tevens kan hij een juiste afweging maken tussen de verschillende belangen, bijvoorbeeld het onderzoek en het primaire proces. De anesthesiemedewerker communiceert in het belang van het onderzoek met derden, door het beantwoorden van vragen of het houden van presentaties.

BETROKKENEN

- collega's;
- anesthesiologen, zowel op de pijnpoli als op de diverse OK's;
- (snijdend) specialisten;
- operatieassistenten;
- onderzoeks-medewerkers;
- laboratoriumpersoneel;
- patiënten;
- kwaliteitsmedewerkers;
- hygiënisten;
- wetenschappelijke onderzoekers.

HULPMIDDELEN

Hulpmiddelen bij deze taak zijn:

- elektronische programma's om de gegevens te kunnen verzamelen;
- internet;
- telefoon;
- correspondentie programma's via de pc;
- opslag media voor monsters en archivering;
- programma's om presentaties te maken en te laten zien;
- zoekprogramma's;
- tijdschriften;
- wetenschappelijke artikelen;
- schriftelijk instructiemateriaal.

KEUZES EN DILEMMA'S

De anesthesiemedewerker kan een juiste afweging maken tussen de verschillende belangen, bijvoorbeeld het onderzoek en het primaire proces.

De anesthesiemedewerker gaat om met materialen die contaminaties kunnen veroorzaken.

Hij moet in voorkomende gevallen en bij onvoorziene complicaties/incidenten zelf bepalen, of in overleg met anderen, over continuering van het onderzoek

ROL

De rol die hieruit herleid kan worden is de anesthesiemedewerker in zijn rol als **professional**.

4.2

DE ROLLEN VAN DE ANESTHESIEMEDEWERKER

In de vorige paragrafen zijn kerntaken binnen de verschillende domeinen beschreven.

Uit de kerntaken is te herleiden dat de anesthesiemedewerker verschillende rollen vervult.

Een rol vervult een scharnierfunctie tussen kerntaken (het wat) en de competenties (het hoe). Een rol kan worden opgevat als een samenhangend geheel van taken en verantwoordelijkheden, met de daarbij behorende competenties. De competenties worden in hoofdstuk 6 uitgebreid beschreven. Deze paragraaf beschrijft de rollen van de anesthesiemedewerker.

Binnen de drie domeinen vervult de anesthesiemedewerker verschillende rollen. De volgende rollen kunnen onderscheiden worden:

- anesthesiologische zorgverlener;
- begeleider;
- regisseur;
- coach;
- professional.

Rollen overlappen en versterken elkaar. Alle rollen zal de anesthesiemedewerker moeten beheersen. De mate waarin de diverse rollen worden vervuld kan per anesthesiemedewerker verschillen. Tijdens het professionele handelen van de anesthesiemedewerker zal de anesthesiemedewerker zich bewust moeten zijn dat hij in bepaalde situaties meer handelt vanuit de ene rol en in een andere situatie meer vanuit de andere rol. De rollen van zorgverlener en begeleider worden vooral vervuld in het domein *inhoud van zorg*.

De rollen van regisseur en coach vervult de anesthesiemedewerker vooral in het domein *organisatie van zorg*. In de rollen professional en coach draagt de anesthesiemedewerker vooral verantwoordelijkheid in het domein *professionaliseren*.

4.2.1

WEERGAVE VAN DE ROLLEN

4.2.1.1

ANESTHESIOLOGISCHE ZORGVERLENER

De anesthesiemedewerker heeft als professioneel handelende zorgverlener een belangrijke rol in het primaire proces. Samen met het team is hij uitvoerder van het 'zorg'-proces op maat. Hiervoor doorloopt hij een cyclisch proces van anamnese afnemen, analyseren, diagnose stellen, beslissingen nemen, uitvoeren van anesthesiologische handelingen, evalueren en aanpassen van het beleid. Door het constant observeren en evalueren past hij, indien nodig, zijn handelen en anesthesiologisch beleid aan. Hij stemt zijn bevindingen tevens af op de patiënt door van evidence based practice of best practice gebruik te maken, wat een doelmatige, effectieve en kwalitatief hoogwaardige zorgverlening tot gevolg heeft. Zijn houding naar de patiënt is informerend, ondersteunend, en beschermend. De anesthesiemedewerker speelt als zorgverlener een grote rol in de bevordering en bewaking van de kwaliteit van de anesthesiologische zorgverlening. Rekening houdend met het deskundigheidsgebied van anderen en dat van zichzelf bewaakt hij de grenzen van zijn zorgverlening. Het handelen, stemt de anesthesiemedewerker af op de behoeften van de patiënt.

dewerker af op dat van direct betrokken zorgverleners. Hij handelt volgens de (veiligheids)richtlijnen/protocollen, kwaliteitsnormen en wettelijke bepalingen. Op basis van zijn ervaring en kennis is hij in staat beargumenteerd en verantwoord af te wijken van de geldende afspraken en richtlijnen. Hij kan in acute situaties zelfstandig handelend optreden.

4.2.1.2

BEGELEIDER

In de rol van begeleider begeleidt de anesthesiemedewerker de patiënt bij het nemen van besluiten aangaande de zorg. Hij houdt hierbij rekening met de behoeften en wensen van de patiënt. In bepaalde situaties zal hij optreden als belangenbehartiger van de patiënt. De anesthesiemedewerker dient tijdens het gehele zorgproces een vertrouwenspersoon voor de patiënt te zijn. Hij begeleidt de patiënt bij het onderkennen van problemen en bij het maken van weloverwogen keuzes. Het geven van heldere informatie en voorlichting is van groot belang tijdens het vervullen van deze rol. Als begeleider is de anesthesiemedewerker continu bezig met spiegelen, confronteren, doorvragen, stimuleren, motiveren en het geven en ontvangen van feedback. Hij kenmerkt zich door zijn open houding, zijn inlevingsvermogen, respect, empathie en gespreks- en luistervaardigheid.

4.2.1.3

REGISSEUR

De anesthesiemedewerker vervult een regiefunctie in het gehele anesthesiologische zorgproces. In dit proces is hij verantwoordelijk voor de organisatie rondom de zorg en de continuïteit van de behandeling. De anesthesiemedewerker streeft naar een optimale samenwerking en afstemming tussen patiënt, anesthesiologisch- en operatieteam en andere betrokkenen. Als regisseur kent hij de betrokkenen op het gebied van de anesthesiologische zorgverlening. Hij kent hun deskundigheden, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en richt daar de werkverdeling op in. Hij denkt mee met de programmaplanning. Hij draagt zorg voor het beheer, het bewaken en het gebruik van de benodigde apparatuur, materialen, (hulp) middelen en ruimte. De anesthesiemedewerker handelt hierbij preventief en volgens de geldende (veiligheids)richtlijnen en standaarden. Hij ziet toe op de kwaliteit van de zorgverlening. De anesthesiemedewerker als regisseur dient te beschikken over een groot scala aan sociale-, onderhandelings-, en organisatievaardigheden en een grote dosis doortastendheid.

4.2.1.4

COACH

De anesthesiemedewerker fungeert als coach voor nieuwe studenten/stagiaires en andere beroepsbeoefenaren. Hij coacht de studenten bij het ontwikkelen van inzicht en competenties en hij ondersteunt bij het formuleren van de hiervoor benodigde (persoonlijke)leerdoelen.

Door de diversiteit aan instroom van studenten biedt hij coaching op maat. Hiertoe creëert hij een leerklimaat waarin de studenten zo optimaal mogelijk kunnen leren. In de rol van coach fungeert hij als rolmodel. Hij heeft een geïnteresseerde en open houding naar de studenten toe. Hierdoor is hij in staat om kritisch naar zijn eigen en naar andermans handelen te kijken.

Zijn sociale vaardigheden zijn van dien aard dat hij gesprekken met de studenten kan voeren over uiteenlopen-

de onderwerpen aangaande het leerproces. De groei en ontwikkeling van de student zet hij centraal.

4.2.1.5

PROFESSIONAL

De ontwikkelingen in en de kennis over het vakgebied staan niet stil. In de rol van professional is de anesthesiemedewerker steeds op zoek naar nieuwe inzichten en vertaalt deze naar de patiëntzorg en naar de organisatie van die zorg. Daarbij kijkt hij met een kritische blik naar de nieuwe ontwikkelingen en technologieën. Hij streeft naar verbetering en daar waar mogelijk naar vernieuwing. Hij gaat hierbij op een bewuste wijze om met ethische kwesties. Eigen waarden en normen, gedragsregels, richtlijnen en relevante wetgeving worden zorgvuldig tegen elkaar afgewogen.

Om de deskundigheid van de beroepsgroep te vergroten participeert de anesthesiemedewerker in bijeenkomsten, werkgroepen, onderzoeksprojecten, kwaliteitsaudits en accreditaties. Hij bezoekt (internationale)congressen, symposia, bij- en nascholingen en applicatiecursussen. Hij verzorgt onderwijs en presentaties aan een divers publiek. De anesthesiemedewerker als professional kijkt zeer kritisch naar de eigen beroepsuitoefening maar ook naar die van anderen. Hij stimuleert en motiveert collega's bij de uitoefening van het vak. Tevens geeft hij feedback en staat open voor feedback van anderen. Daarnaast investeert hij in zijn eigen ontwikkeling.

HOOFDSTUK 5

KEUZES EN AFWEGINGEN

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de keuzes en afwegingen die een anesthesiemedewerker voortdurend maakt. Het zijn keuzes of afwegingen die kenmerkend zijn voor zijn beroepsuitoefening. Hij komt ze tegen in meerdere kerntaken en ze vallen binnen meerdere contexten. Het vak vereist om goed met deze keuzes en afwegingen om te gaan. Tevens zijn ze essentieel voor het specifiek maken van de competenties.

5.1

VEILIGHEID VERSUS KWALITEIT

Veiligheid is de mate van afwezigheid van potentiële oorzaken van een gevaarlijke situatie of de mate van aanwezigheid van beschermende maatregelen tegen deze potentiële oorzaken. Kwaliteit is geen toeval, maar een beredeneerd, georganiseerd en beheerst resultaat. Het is het vermogen om aan de verwachtingen en behoeften van de patiënten te voldoen. Kwaliteitszorg is doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht. Natuurlijk verwacht de patiënt optimale veiligheid maar daarnaast ook een groot aantal andere zaken zoals pijnvrij, niet misselijk, aandacht, correcte bejegening en uitleg van zaken. Deze zaken kunnen tegenstrijdig zijn, vooral in bijzondere (vaak vooral hectische) situaties. De anesthesiemedewerker staat voor de opgave tijdens het uitvoeren van zijn werkzaamheden voortdurend de veiligheid van de zorgvrager te garanderen naast de kwaliteit voor de zorgvrager te waarborgen.

5.2

HANDELINGEN ZELF UITVOEREN, VERWIJZEN OF DELEGEREN

De anesthesiemedewerker staat voor de opgave om het (logistieke) proces rond de operatiepatiënt zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Dit houdt in dat de anesthesiemedewerker zich zoveel mogelijk richt op werkzaamheden waarbij zijn specifieke expertise onmisbaar is. Handelingen die bijvoorbeeld niet persé door de anesthesiemedewerker verricht hoeven te worden, kan hij delegeren aan bijvoorbeeld een afdelingsassistent. Handelingen die de anesthesiemedewerker niet kan verrichten omdat zijn aanwezigheid op de OK vereist is, denk hierbij aan bijvoorbeeld het halen van bloedproducten, kan hij delegeren aan een collega, een buitenomloop of een collega operatieassistent. Voor het delegeren van taken en handelingen maakt de anesthesiemedewerker voortdurend de afweging aan wie gedelegeerd kan worden. Bij het delegeren van handelingen houdt hij rekening met de voorkeur van de patiënt voor bepaalde beroepsbeoefenaren. (het prikken van een infuus bij gehospitaliseerde patiënten). Als regisseur in het (logistieke) proces rondom de operatiepatiënt is de anesthesiemedewerker mede verantwoordelijk voor het waarborgen van de continuïteit en kwaliteit van de behandeling.

In gevallen dat de patiëntenzorg bepaalde voorbehouden handelingen of werkzaamheden (behandeling) vraagt waarbij de anesthesiemedewerker zichzelf niet vaardig of deskundig genoeg acht, moet hij de opdracht weigeren. Heeft de anesthesiemedewerker wel een opdracht voor een voorbehouden handeling geaccepteerd, dan moet hij deze ook zelf uitvoeren. De opdrachtgever (c.q. de anesthesioloog) gaat daar ook vanuit. De anesthesiemedewerker moet alle aan hem gedelegeerde voorbehouden handelingen zelf uitvoeren. Echter wanneer de

anesthesiemedewerker op de OK wordt afgelost ontstaat de situatie dat hij eigenlijk alle aan hem toevertrouwde opdrachten (expliciet en impliciet) onbedoeld delegeert.

5.3

TIJD VERSUS PATIËNTEN-VEILIGHEID

De ziekenhuizen en dus ook de anesthesieafdeling worden door de DBC-structuur gedwongen, elke behandeling zo efficiënt en effectief, dus zo goedkoop mogelijk uit te voeren. De kosten zitten deels in materiaalkosten maar het overgrote deel zijn personeelskosten. Elk personeelslid moet dus zo efficiënt mogelijk met de beschikbare tijd omgaan. De anesthesiemedewerker moet bij het nemen van de beslissing om efficiënter te gaan werken steeds als vertegenwoordiger van de patiënten-belangen optreden.

Als de anesthesiemedewerker niet binnen de gestelde tijd het werk verricht loopt het ziekenhuis tegen hogere kosten op.

Als de anesthesiemedewerker zo snel mogelijk werkt, komen tijdnemende veiligheidsprocedures (zoals de Time-out-procedures) in het gedrang. De anesthesiemedewerker moet keuzes maken in het omgaan met veiligheids- en kwaliteitsprocedures onder tijdsdruk. Hij moet veilig werken en onveilige situaties herkennen. Tevens wordt verwacht de hij meedenkt over mogelijke veranderingen bij gelijkblijvende of zelfs hogere kwaliteit en/of veiligheid.

5.4

BEDRIJFSBELANG VERSUS INDIVIDUEEL BELANG

De anesthesiemedewerker maakt bij het uitvoeren van zijn taak afwegingen tussen bedrijfsbelang versus individueel belang. Dit punt heeft dan ook meerdere invalshoeken.

Het betreft:

- **Aanvangstijd.** Is er voldoende tijd beschikbaar om de werkzaamheden voor te bereiden of kiest de anesthesiemedewerker ervoor eerder op het werk te komen om zodoende voldoende tijd te hebben de werkzaamheden voor te bereiden.
- **Pauzes (koffie en thee).** Is de situatie dusdanig dat de pauzes goed op te nemen zijn of moet de anesthesiemedewerker onderhandelen met anderen om zijn pauzes te kunnen nemen.
- **Lunchpauzes.** Deze zijn in veel ziekenhuizen op verschillende wijze geregeld. Van belang is dat de anesthesiemedewerker ervoor zorgt dat hij alert zijn werk kan doen. Net als bij het autorijden is er een limiet aan het vermogen om geconcentreerd dit werk te doen. Het is in het patiënten belang dat vele wisselingen tijdens de anesthesiologische zorg beperkt blijven. In iedere overdracht schuilt een risico voor de continuïteit. Een structurele regeling vraagt meer personeel. Het is aan de anesthesiemedewerker hier bij doorwerken een weg in te vinden. Bij doorwerkprogramma's en de aard van het programma zal in een aantal ziekenhuizen de aflos structureel geregeld zijn, bij anderen is het een kwestie van afwegen en onderhandelen.
- **Einde werktijd.** De anesthesiemedewerker heeft in de ene situatie te maken met een zorgvuldige planning in de andere situatie kan de programmaplanning leiden tot knelpunten voor wat betreft de bezetting. De anesthesiemedewerker kan afwegingen maken tot doorwerken in de "vrije tijd" of zich af laten lossen.

- Bereikbaarheidsdiensten. Regelmatig komt het voor dat er tussen de diensten een tekort aan rust ontstaat door het overschrijden van de maximale werktijd van 13 uur per 24 uur. De anesthesiemedewerker moet een afweging maken tussen de verschillende belangen in deze.
- De anesthesiemedewerker maakt bij ziek zijn afwezigingen of de ziekte dusdanig van aard is om te gaan werken dan wel thuis te blijven of om besmetting van collega's te voorkomen. Hierbij kunnen factoren meespelen als personele bezetting, houding ten opzichte van ziekte binnen de instelling, persoonlijke houding ten opzichte van ziekte, invloed van de omgeving van de werknemer.
- Extra risico voor zwangere vrouwen. Indien de anesthesiemedewerker zwanger is dient er een regelmatig en bestendig arbeidspatroon aangeboden te worden. Dit is echter niet altijd het geval.

Daarnaast dient er gelet te worden op de aanwezigheid van narcosegassen. Zwangere vrouwen lopen extra risico in de tweede en derde maand vanaf de laatste menstruatie. Elke situatie waar piekblootstelling aan lachgas kan optreden moet in deze periode worden vermeden. De werkgever dient zich aan maatregelen en regels te houden. Indien het niet zeker is dat piekblootstelling in elke situatie voorkomen kan worden, moet de werkgever voor vervangend werk zorgen voor de vroeg zwangere werknemster. In het uiterste geval moet zij tijdelijk worden vrijgesteld van werkzaamheden met een risico op piekblootstelling aan lachgas.³⁶

- De omstandigheden (ARBO, onderlinge sfeer en bejegening, binnenklimaat) kunnen dusdanig zijn dat de werknemer moet kiezen tot accepteren van de situatie of de situatie proberen te wijzigen.
- Opleidingsklimaat. Opleidingen kunnen worden aangeboden die instellingsbelang dienen, andere kunnen vooral van belang zijn voor de individuele ontplooiing.
- De anesthesiemedewerker kan weigeren mee te werken aan handelingen/verrichtingen voorkomend in de dagelijkse praktijk, als deze niet te verenigen zijn met zijn (levens)overtuiging, normen en waarden. Te denken valt aan medewerking verlenen aan abortussen en onthouden van behandelen van Jehova's getuigen.

5.5

WEL OF GEEN FEEDBACK GEVEN

In de eigen discipline heeft de anesthesiemedewerker een rol om met het team-van-de-dienst te zorgen voor de werkzaamheden binnen de 24-uurs continuïteit. Bij de zorg zijn bijna altijd meerdere disciplines betrokken. Al deze disciplines moeten hun activiteiten op elkaar afstemmen zodat vergissingen, overlapping, inefficiëntie, dubbel werk, tegenstrijdige adviezen en verwarring bij de patiënt worden voorkomen.

Specifiek voor multidisciplinaire teams in de gezondheidszorg is dat de mate van inbreng van de leden sterk verschilt, de samenstelling niet vast is, de personen die de discipline vertegenwoordigen regelmatig wisselen enz. Door de regiefunctie van de anesthesiemedewerker staat hij voor de opgave om zich collegiaal naar collega's en andere beroepsbeoefenaren op te stellen en ze tegelijkertijd aan de gemaakte afspraken te houden of daarop toe te zien bij anderen.

³⁶ www.minszw.nl.

Wanneer de anesthesiemedewerker ziet dat een collega zich niet aan de afspraken houdt, weegt hij af of hij de collega daarop aanspreekt. De anesthesiemedewerker zal een drempel moeten nemen in gevallen waarin het niet gebruikelijk is om elkaar feedback te geven of aan te spreken op diens handelen.

5.6

ZELF BESLISSEN VERSUS OVERLEGGEN

De anesthesiemedewerker is van het anesthesiologisch team degene die gedurende de hele operatie op de OK aanwezig is om de patiënt te bewaken en te begeleiden. Het anesthesiologische beleid wordt door de anesthesioloog ingezet. Voor het onderhouden van de anesthesie neemt de anesthesiemedewerker zelfstandig beslissingen. Voor het bijstellen van het anesthesiologische beleid voert de anesthesiemedewerker overleg. De anesthesioloog is daarvoor bereikbaar.

Het dilemma bestaat hieruit dat de anesthesiemedewerker beslissingen neemt **en voorbehouden handelingen uitvoert** waarvoor hij geen expliciete opdracht heeft gekregen van de anesthesioloog. Bij het maken van die beslissing houdt de anesthesiemedewerker rekening met de belangen van de patiënt en zijn eigen bekwaamheid. In geval van een bedreiging van de vitale functies dient de anesthesiemedewerker zelf te beslissen en actie te ondernemen. In een later stadium wordt dan overleg gepleegd met de anesthesioloog over de genomen interventies.

De anesthesiemedewerker maakt op dat moment een inschatting van het risico dat de patiënt loopt, pleegt interventies die noodzakelijk zijn en delegeert het alarmeren van de anesthesioloog naar een op de OK aanwezige (chirurgische) collega.

Hiervoor is het noodzakelijk dat de anesthesiemedewerker beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om op zulke (cruciale) momenten de juiste beslissingen te nemen.

HOOFDSTUK 6

COMPETENTIES VOOR HET PROFIEL VAN DE ANESTHESIEMEDEWERKER

Er bestaan meerdere definities van competenties. Bij het schrijven van dit profiel is uitgegaan van de volgende definitie: *Een competentie is een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en persoonlijke eigenschappen waarmee in een bepaalde context op adequate wijze adequate resultaten behaald worden.*³⁷

Competenties verwijzen naar individuele vermogens en worden altijd binnen een bepaalde context gezien. Die context bepaalt de kleuring en geeft aan wat adequaat handelen is.

Voor de anesthesiemedewerker is er sprake van een grote verscheidenheid aan context, zowel in het type setting als in de taakverdeling.

Dit betekent dat de accenten van het belang van competenties per context kan verschillen.

De competenties zijn tot stand gekomen op basis van kerntaken en rollen en de keuzes en afwegingen.

Daarnaast is er gekeken naar de zeven verschillende competentiegebieden van CanMeds³⁸ en is er een vertaalslag voor de anesthesiemedewerker gemaakt.

Competenties vormen een dwarsdoorsnede van het beroep.

Het beschrijven van de competenties heeft als voordeel dat ze de gehele functie van de anesthesiemedewerker beslaan en niet één op één zijn toe te schrijven aan individuele keuzes, rollen en taken.

Competenties moeten in samenhang met elkaar beheerst worden. Ze zijn te onderscheiden, maar niet te scheiden.

6.1

OVERZICHT COMPETENTIEGEBIEDEN

Competentiegebied A: Vakinhoudelijk handelen

A1. Observeren en onderzoeken

A2. Analytisch vermogen

A3. Verrichten van anesthesiologische en technische zorg

A4. Zelfstandigheid en besluitvaardigheid tonen

Competentiegebied B: Communiceren met de patiënt

B1. Patiëntgericht werken

B2. Informatie verstrekken

B3. Luisteren en begrijpen

Competentiegebied C: Regie voeren

C1. Plannen en organiseren

C2. Afstemmen en samenwerken

C3. Sturing geven

C4. Beheren

Competentiegebied D: Professionaliteit

D1. Ethisch handelen

D2. Grenzen stellen

D3. Openstaan voor vernieuwing

D4. Eigen beroep ontwikkelen

³⁷ Bie de D. (red) (2003). Morgen doen we het beter. Handboek voor de competente vernieuwer. Houten/Antwerpen.

³⁸ Frank, JR. (Ed). (2005). The CanMeds 2005 Physician Competency Framework, Better Standards. Better Physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

6.2 UITWERKING VAN DE COMPETENTIES

6.2.1 COMPETENTIEGEBIED A: VAKINHOUDELIJK HANDELEN

A1. OBSERVEREN EN ONDERZOEKEN

De anesthesiemedewerker observeert, signaleert en onderzoekt de patiënt, zodat een zo volledig mogelijke relevante informatie ten behoeve van de anesthesie, die de patiënt zal ondergaan, ontstaat.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- observeert de patiënt;
- neemt anamnese af;
- verricht lichamelijk onderzoek;
- herkent en onderscheidt symptomen en brengt deze in relatie tot de algehele gezondheidstatus van de patiënt;
- informeert bij de patiënt naar de wensen en behoeften;
- adviseert en informeert de patiënt over de mogelijkheden en keuzes;
- ondersteunt de patiënt bij het maken van keuzes;
- zoekt onderbouwing in de vakliteratuur;
- registreert de gegevens en legt dit vast.

A2. ANALYTISCH VERMOGEN

De anesthesiemedewerker analyseert voortdurend en systematisch de informatie over de (gezondheids-)status van de patiënt zodat hij een diagnose kan stellen en tot een plan van aanpak voor de anesthesie komt.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- legt verbanden tussen situaties, symptomen en problemen;
- interpreteert symptomen en kan risico's inschatten;
- stelt vast of de informatie over de (gezondheids-)toestand van de patiënt voldoende is om conclusies te trekken;
- benoemt problemen en/of complicaties;
- bewaakt de veiligheid van de patiënt;
- geeft suggesties voor het oplossen van problemen;
- stelt de diagnose wanneer hij voldoende informatie over de (gezondheids-)toestand en de medische status van de patiënt heeft verkregen;
- weegt op grond van de diagnose verschillende anesthesiologische handelingen tegen elkaar af;
- gebruikt relevante resultaten uit wetenschappelijk onderzoek in zijn plan van aanpak;
- geeft aan welke anesthesiologische handelingen uitgevoerd gaan worden;
- legt de diagnose, de anesthesiologische handelingen en het postoperatieve beleid vast in het anesthesieverlag van de patiënt;
- onderscheidt standaard situaties van complexe niet-standaard situaties.

A3. VERRICHTEN VAN ANESTHESIOLOGISCHE EN TECHNISCHE ZORG

De anesthesiemedewerker zet vakspecifieke kennis en vaardigheden in waardoor de patiënt adequate anesthesiologische zorg krijgt.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- communiceert en informeert betrokken disciplines;
- leest vakliteratuur;
- is in staat de waarde en beperking van wetenschappelijk onderzoek in te zien;
- gebruikt relevante resultaten uit wetenschappelijk onderzoek bij de uitvoering van de anesthesiologische en technische zorg;
- werkt op een verantwoorde wijze met richtlijnen en protocollen;
- past de instrumenten en materialen op juiste en verantwoorde wijze toe;
- verleent anesthesiologische zorg;
- werkt doelgericht, planmatig en ergonomisch;
- komt afspraken na;
- bewaakt de vitale en andere fysiologische functies;
- bewaakt het anesthesiologisch-proces;
- voert de handelingen systematisch uit;
- beoordeelt de parameters;
- trekt conclusies uit de gevonden waarden;
- past op basis van zijn bevinden zijn handelen aan wanneer gedurende de behandeling hier aanleiding toe is;
- zorgt voor goede en veilige omstandigheden voor de patiënt conform wettelijke normen en eisen;
- evalueert de verleende anesthesiologische en technische zorg en de resultaten;
- draagt zorg voor het transport van de patiënt naar de afdeling;
- zorgt voor overdracht van informatie aan andere zorgverleners.

A4. ZELFSTANDIGHEID EN BESLUIT- VAARDIGHEID TONEN.

De anesthesiemedewerker neemt tijdens zijn zorgverlening zelfstandig beslissingen waardoor de patiënt de anesthesiologische zorg krijgt die hij nodig heeft.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- kent zijn eigen visie en handelt daarnaar;
- brengt duidelijk zijn mening naar voren, geeft eigen ideeën en doet voorstellen;
- onderneemt zelf acties;
- handelt zelfstandig in complexe niet-standaard situaties;
- zet de juiste middelen op het juiste moment in;
- neemt verantwoordelijkheid voor het eigen handelen;
- toont zelfdiscipline;
- heroverweegt beslissingen indien omstandigheden of situaties hiertoe aanleiding geven;
- schakelt wanneer nodig een anesthesioloog, collega of andere beroepsbeoefenaar in;
- betreft, indien mogelijk, de patiënt bij het nemen van beslissingen over de anesthesiologische zorg;
- handelt conform wet- en regelgeving (ARBO/Ergo/ etc.);
- kent de werkafspraken en conformeert zich aan de afspraken binnen de eigen organisatie;
- stelt zonodig de werkafspraken bij;
- kan zijn eigen werk plannen en organiseren;
- weet met wie en wanneer welke communicatie van belang is.

6.2.2

COMPETENTIEGEBIED B: COMMUNICEREN MET DE PATIËNT

B1. PATIËNTGERICHT WERKEN

De anesthesiemedewerker speelt door interactie in op de wensen, behoeften en klachten van de patiënt, waarbij het belang van de patiënt centraal staat.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- spoort behoeften, wensen en problemen op bij de patiënt;
- toont begrip voor de wensen en behoeften van de patiënt;
- reageert actief op vragen, wensen en behoeften van de patiënt;
- anticipeert adequaat op vragen, verzoeken en klachten van de patiënt en houdt hierbij rekening met zijn professionele verantwoordelijkheid en mogelijkheid;
- gebruikt voor elke situatie het best mogelijke bewijs voor de zorgverlening;
- past het beleid in overleg met de anesthesioloog/anesthesiologisch-team en andere betrokkenen zo mogelijk aan;
- waarborgt de veiligheid van de patiënt en diens omgeving;
- controleert de patiënttevredenheid;
- handelt binnen de wettelijke kaders van de WGBO, de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

B2. INFORMATIE VERSTREKKEN

De anesthesiemedewerker verstrekt volledige en juiste informatie, passend binnen de beroepscode en aansluitend bij het niveau van de betrokkenen, zodat zij op basis hiervan weloverwogen keuzes kunnen maken en beslissingen kunnen nemen.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- sluit aan op de informatiebehoefte van de betrokkenen;
- stelt doelgerichte vragen;
- beantwoordt vragen van de patiënt;
- toont een actieve houding;
- licht toe wat de voor- en nadelen van een bepaalde behandeling zijn;
- hanteert veiligheidsvoorschriften en andere regelgeving;
- kent verschillende effectieve manieren om informatie en voorlichting aan te bieden;
- kiest een methode van informatieoverdracht die aansluit bij het type patiënt;
- draagt volgens de geldende kwaliteitscriteria informatie schriftelijk en mondeling zorgvuldig over;
- kan informatie gestructureerd aanbieden;
- legt gegeven informatie vast in de patiënten-status;
- bewaakt de privacy van de patiënt;
- maakt indien nodig gebruik van andere bronnen van kennis;
- past een respectvolle en correcte bejegening toe passend bij het beroep.

B3. LUISTEREN EN BEGRIJPEN.

De anesthesiemedewerker weet zich te verplaatsen in de reacties en gevoelens van de patiënt, zodat de patiënt vertrouwen heeft en zich minder angstig of onzeker voelt.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- observeert en signaleert de gemoedstoestand van de patiënt en gaat hierop in, herkent het type patiënt;
- luistert, geeft ruimte in een gesprek en toont begrip in woord en gedrag;
- vraagt door en speelt in op reacties;
- gebruikt het juiste jargon bij elke specifieke situatie;
- geeft de communicatie over en weer de juiste plaats in het hele zorgtraject;
- gaat na of hij de door de patiënt verstrekte informatie goed begrepen heeft en of de door hem gegeven informatie duidelijk is;
- informeert en begeleidt betrokkenen bij het maken van keuzes;
- toont respect voor de gemaakte keuze.

6.2.3

COMPETENTIEGEBIED C: REGIE VOEREN

C1. PLANNEN EN ORGANISEREN

De anesthesiemedewerker zet op effectieve en efficiënte wijze mensen, middelen en materialen in, zodat resultaten en kwaliteit van zorg gewaarborgd worden.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- maakt een indeling/planning van benodigde instrumenten, materialen en werkzaamheden;
- kent bekwaamheden van collega's en andere betrokken disciplines;
- zorgt voor het controleren, opstarten, bedienen, instellen en bijstellen van apparatuur;
- bepaalt prioriteiten bij het inplannen en uitvoeren van handelingen;
- werkt volgens voorschriften, gebruiksaanwijzingen en professioneel inzicht;
- zorgt voor een overzichtelijke en ergonomische opstelling van apparaten en/of instrumenten;
- zorgt dat er volgens standaarden, protocollen en kwaliteitsrichtlijnen gewerkt wordt;
- coördineert de zorg rondom de patiënt;
- waarborgt de logistiek rondom de zorg;
- waarborgt de continuïteit van de zorgverlening;
- houdt in de gaten of afspraken worden nagekomen;
- ziet toe op de kwaliteit van de werkzaamheden en grijpt waar nodig in;
- evalueert tijdens de zorg en stelt deze zonedig bij;
- werkt systematisch;
- handelt adequaat bij calamiteiten;
- zorgt voor de interne en externe communicatie van het anesthesiologisch-team.

C2. AFSTEMMEN EN SAMENWERKEN

De anesthesiemedewerker zorgt actief voor afstemming, binnen en buiten het operatiecomplex, met collega's en andere disciplines en werkt met hen samen, zodat de patiënt op effectieve en efficiënte wijze die zorg krijgt die noodzakelijk is.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- kent de deskundigheid en verantwoordelijkheid van de betrokken collega's en/of disciplines;
- stemt werkprocessen af met collega's en/of andere disciplines binnen en buiten het operatiecomplex;
- werkt actief aan veilige zorg bij chemotherapeutische en radiotherapeutische behandelingen;

- toont bereidheid en neemt initiatief tot overleg;
- stelt zich pro-actief op;
- maakt afspraken en komt deze na;
- geeft inzicht in eigen werkzaamheden en is open over zijn beweegredenen;
- is zorgvuldig in het overdragen van patiënt met de daarbij behorende informatie;
- zet eigen expertise adequaat in;
- stelt zich flexibel op;
- communiceert en overlegt intern met het anesthesiologisch-team;
- communiceert en overlegt extern met het anesthesiologisch-team;
- stelt het gezamenlijke belang boven het individuele belang;
- verricht consulten (uit naam van of intercollegiaal);
- evalueert de samenwerking met het team en maakt eventuele problemen bespreekbaar;
- staat open voor feedback van anderen;
- geeft feedback aan andere collega's;
- staat open voor de mening van collega's en andere betrokkenen;
- neemt actief deel aan overleggen;
- is in staat om conflicten en meningsverschillen te overbruggen;
- hanteert verschillende gesprekstechnieken.

C3. STURING GEVEN

De anesthesiemedewerker geeft richting en sturing aan zijn werksituatie, zodat een optimale en veilige zorgverlening aan de patiënt is gewaarborgd.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- overlegt binnen het anesthesiologisch-team;
- zorgt dat de rol en de taken van de betrokkenen in het team duidelijk zijn;
- past stijl en methode van sturing geven aan bij de betrokkenen;
- zet een duidelijke visie neer;
- maakt werkwijze inzichtelijk;
- reageert flexibel op veranderde situaties en omstandigheden;
- neemt op het juiste moment beslissingen;
- weegt de gevolgen van deze beslissingen af;
- toont leiderschap indien dit vereist is;
- neemt verantwoordelijkheid daar waar nodig;
- delegeert taken;
- toont aandacht voor prestaties van collega's;
- legt verantwoording over zijn handelen af;
- stelt aan de orde als prestaties of gedrag van teamleden niet voldoen;
- stimuleert het team om met elkaar te communiceren en met elkaar problemen op te lossen;
- werkt volgens Arbo- en ergonomische richtlijnen;
- schept veilige omstandigheden voor de patiënt;
- draagt zorg voor veilige zorg bij chemotherapeutische en radiotherapeutische handelingen;
- zorgt voor continuïteit in het anesthesiologisch proces: reanimatie, traumaopvang, preoperatieve screening, APS.

C4. BEHEREN

De anesthesiemedewerker waarborgt de kwaliteit en technische staat van apparatuur, instrumenten en materialen.

De anesthesiemedewerkers streeft ernaar een maximale bedrijfszekerheid van apparatuur en middelen te creëren zodat het proces vloeiend verloopt en moeiteloos ingespeeld kan worden op evt. calamiteiten.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- bewaakt de technische staat van de apparatuur, middelen en instrumenten;
- bewaakt de steriliteit van de voorraad aan materialen en (hulp)middelen;
- treedt bij storingen handelend op;
- bewaakt de veiligheid van de patiënt;
- biedt een apparaat, instrument of hulpmiddel met een gerichte klacht aan ter reparatie;
- doet voorstellen voor vervanging van apparatuur, instrumenten en (hulp)middelen;
- signaleert actief nieuwe technieken/ontwikkeling op de markt;
- maakt inschatting van opbrengsten;
- kan gemaakte keuzes onderbouwen;
- onderhoudt contacten met leveranciers;
- onderhandelt met leveranciers;
- adviseert inkoop over de specificaties van aan te schaffen apparatuur, instrumenten en (hulp)middelen;
- werkt kostenbewust.

6.2.4**COMPETENTIEGEBIED D:
PROFESSIONALISERING****D1. ETHISCH HANDELEN**

De anesthesiemedewerker handelt en communiceert volgens de beroepsnormen en draagt zijn maatschappelijk bewustzijn uit.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- handelt in overeenstemming met de gedragsregels en de beroepscode van de vereniging;
- handelt volgens de relevante wet- en regelgeving;
- handelt in overeenstemming met de rechten en plichten van de patiënt;
- toont respect voor patiënten, collega's en andere beroepsbeoefenaren;
- draagt zorg voor de privacy van de patiënt tijdens het verblijf;
- is integer, eerlijk, kritisch en betrouwbaar;
- stelt ethische kwesties aan de orde;
- komt op voor eigen belangen;
- meldt bijna fouten en ongelukken;
- meldt fouten en ongelukken;
- komt op voor risicogroepen;
- stimuleert gezond gedrag van patiënten en collega's;
- gaat adequaat in op de informatiebehoefte van de patiënt;
- respecteert het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt;
- begrijpt hoe ethische beslissingen tot stand komen;
- kan eigen handelen ook ethisch verantwoorden;
- kan uitkomen voor zijn eigen morele standpunten en deze met motivatie omkleed onderbouwen;
- kan een bijdrage leveren aan de ethische besluitvorming met betrekking tot behandeling en zorg.

D2. GRENZEN STELLEN

De anesthesiemedewerker reflecteert op zijn eigen deskundigheid, waardoor de kwaliteit en continuïteit van de anesthesiologische zorgverlening wordt gewaarborgd.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- zorgt voor eigen gezondheid;
- streeft actief naar een goede balans tussen werk en privé;
- zorgt voor eigen veiligheid;

- kent eigen grenzen, bekwaamheden en deskundigheid en handelt daarnaar;
- geeft de grenzen van eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid aan;
- roept de hulp in, verwijst naar andere hulpverleners, als eigen grenzen bereikt zijn;
- verwerkt verkregen feedback in zijn handelen;
- bewaakt zijn professionele rol;
- is zich bewust van de impact van eigen houding en handelen op anderen.

D3. OPEN STAAN VOOR VERNIEUWING

De anesthesiemedewerker neemt op basis van (wetenschappelijke) uitgangspunten nieuwe ontwikkelingen en nieuwe mogelijkheden in zich op, waardoor hij zichzelf verder blijft ontwikkelen.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- staat open voor vernieuwingen en kansen;
- zoekt vernieuwing en verbreding van producten en behandelmethodes in de anesthesiologische zorgverlening;
- analyseert en beoordeelt kritisch ontwikkelingen op gebruikswaarde voor het leveren van kwaliteitszorg;
- maakt weloverwogen beslissingen voor het toepassen van nieuwe technieken;
- kan afstand nemen van de dagelijkse gang van zaken;
- laat zich niet snel weerhouden door mogelijke beperkingen;
- kan zich aanpassen aan wisselende werkomstandigheden;
- deelt nieuwe inzichten en ervaringen met collega's, anesthesiologen en andere beroepsbeoefenaars;
- is flexibel en houdt niet star vast aan het (oude) gangbare;
- is in staat om zich nieuwe technieken eigen te maken;
- houdt zich op de hoogte van de ontwikkelingen met betrekking tot chirurgische ingrepen;
- vertrouwt op het eigen oordeel;
- kan (wetenschappelijke) literatuur op waarde schatten en implementeren in de dagelijkse werkzaamheden;
- kan de gevolgen van ontwikkelingen op het therapeutische en diagnostische gebied vertalen naar de anesthesiologische zorgverlening.

D4. EIGEN BEROEP ONTWIKKELEN

De anesthesiemedewerker neemt, na analyse en beoordeling op basis van wetenschappelijke uitgangspunten, ontwikkelingen en ideeën op in zijn handelen, waardoor hij zichzelf verder ontplooit en zijn beroep zich verder ontwikkelt.

Procescriteria

De anesthesiemedewerker:

- stelt zich actief op aangaande zijn eigen ontwikkeling;
- stelt een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) op;
- heeft inzicht in zijn sterke en minder sterke kanten in zijn functioneren;
- houdt kennis, vaardigheden en nieuwe ontwikkelingen in zijn vakgebied actief bij;
- leert uit eigen ervaring en van anderen;
- leert van en binnen het anesthesiologisch team;
- is actief in het aanleren van nieuwe (technische) vaardigheden;
- heeft een kritische blik naar het handelen van anderen en leert daarvan;
- aanvaardt de deskundigheid of het oordeel van andere betrokken disciplines;

- fungeert als rolmodel;
- kent zijn eigen waarden en normen en respecteert de waarden en normen van andere beroepsbeoefenaars;
- kan zijn visie op anesthesiologische zorgverlening onderbouwen, verwoorden en uitdragen en indien nodig bijstellen;
- verantwoordt zijn zorgverlening door middel van concepten en theorieën;
- legt verbanden tussen praktijk en theorie;
- ontwikkelt waar nodig standaarden, protocollen en/of richtlijnen;
- toont enthousiasme en betrokkenheid;
- participeert in deskundigheids-bevorderende activiteiten (congressen, bij- en nascholingen, lezingen, klinische lessen, intercollegiaal consult, refereerbijeenkomsten);
- coacht en onderwijst de anesthesiemedewerker in opleiding en waar nodig andere beroepsbeoefenaars;
- toont interesse in de beweegredenen van betrokkenen;
- instrueert betrokkenen en geeft tips en aanwijzingen;
- verzorgt onderwijs aan de anesthesiemedewerker (i.o) en andere beroepsbeoefenaren
- presenteert zich op een professionele wijze;
- profileert zich naar de patiënt en naar andere beroepsbeoefenaars;
- participeert in wetenschappelijk onderzoek;
- is in staat om te participeren in de publicatie van (wetenschappelijke) artikelen ten behoeve van het tijdschrift van de beroepsvereniging en andere wetenschappelijke tijdschriften;
- kan probleemsituaties in het leveren van kwaliteitszorg signaleren, definiëren en analyseren.

HOOFDSTUK 1

1.1

INLEIDING

De Pijnconsulent kan gezien worden als een nieuwe uitdaging voor ambitieuze anesthesiemedewerkers. Het vormt een nieuw domein van taakverschuiving of taakherschikking van de arts. Ze werken binnen het medisch domein.

De veranderingen binnen de zorg, maatschappij en beroepsuitoefening blijven doorgaan. Wat is de context en wat zijn aanleidingen voor de genoemde specialisten? Hoe zien hun competentiegebieden eruit. In de volgende hoofdstukken wordt dit beschreven.

1.2

LEESWIJZER

In dit profiel wordt voor de Pijnconsulent de mannelijke vorm gehanteerd. Vanzelfsprekend wordt hiermee ook de vrouwelijke beroepsbeoefenaar bedoeld. Voor de patiënt wordt ook de mannelijke vorm gehanteerd. Beide geslachten worden hiermee aangeduid.

HOOFDSTUK 2 PIJNCONSULENT

2.1 CONTEXT EN POSITIE

De pijnconsulent draagt zorg voor een kwalitatief goede pijnbehandeling. De pijnconsulent werkt zelfstandig binnen een multidisciplinaire team. Hij levert onder andere een bijdrage aan diagnostiek, het opstellen, uitvoeren en evalueren van het patiëntgerichte behandelplan. De pijnconsulent is een zorgprofessional die een coördinerende, adviserende en uitvoerende rol heeft bij de zorg voor en begeleiding van patiënten met acute, chronische, oncologische pijn of pijn in de palliatieve fase. Deze functie kan uitgevoerd worden binnen diverse instellingen bijvoorbeeld in een ziekenhuis, hospice, gehandicaptenzorg, huisartsenpraktijk of in de thuiszorg. Binnen het ziekenhuis zal nauw samengewerkt worden met de anesthesioloog.

2.2 AANLEIDINGEN

2.2.1 TAAKHerschikking

Pijn is een veel voorkomend probleem binnen de gezondheidszorg maar ook in onze maatschappij. Meer dan twee miljoen mensen lijden aan acute, chronische of oncologische pijn. Door onvoldoende kennis en vooroordelen is er te weinig aandacht voor pijn. Pijn wordt daarom vaak te laat gediagnosticeerd en/of behandeld. Het blijkt dat een specialist op dit gebied een belangrijke bijdrage kan leveren aan het verbeteren van zorg voor pijn. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologen onderschrijven dit in de Richtlijn postoperatieve pijnbehandeling. (<http://www.anesthesiologie.nl>)

2.2.2 INSPECTIE

De laatste jaren is er vanuit overheid en Inspectie Gezondheidszorg(IGZ) meer aandacht voor pijn en pijnbehandeling. Ziekenhuizen moeten bijvoorbeeld door middel van indicatoren aantonen dat de kwaliteit van pijnbehandeling voldoende is. Verder moeten zij kunnen aantonen dat zij veilige zorg leveren volgens onder meer de adviezen van het VeiligheidsManagementSysteem, uitgewerkt in de VMS praktijkgids Pijn.

2.2.3 COMPLEXERE ZORGVRAAG

Het blijkt dat meer dan twee miljoen Nederlanders last heeft van chronische pijn (pijn die langer duurt dan 6 maanden met specifieke kenmerken). Na een ingreep heeft 40-75% matige tot ernstige pijn na een ingreep en meer dan 90% heeft pijn bij opname op de SEH. Wanneer de diagnose kanker wordt gesteld heeft 30-40% van die patiënten pijn. Het blijkt dat ook na een curatieve behandeling 30% pijn blijft houden. Tijdens de behandeling van kanker heeft 40-70% van de patiënten pijn. Het percentage matig tot ernstige pijn loopt op naar 70 tot 90% bij patiënten met gevorderde kanker. Meer dan de helft van de kankerpatiënten met pijn heeft last van meerdere soorten pijn.

Bij chronische aandoeningen zoals bijvoorbeeld Parkinson, diabetes en MS is regelmatig sprake van ernstige en moeilijk te behandelen zenuwpijn (neuropatische pijn). De gevolgen van pijn zijn vaak ernstig. Ernstig persoonlijk lijden voor de patiënt en diens naasten en chronisering van pijn zijn hier voorbeelden van.

2.2.4

DE PIJNPATIËNT ZELF

Patiënten zijn mondig en kritisch en goed op de hoogte van hun rechten en voelen zich klant. Ze willen van hun pijn af en wel op een veilige en effectieve manier. Daarnaast wil de patiënt dat zijn pijnklachten serieus genomen wordt en dit vraagt om een zorgprofessional die zich specifiek bezighoudt met individuele pijnzorg.

2.2.5

DYNAMIEK IN HET BERDEP

De gezondheidszorg en de uitvoering van die zorg is altijd in beweging. Zeker wanneer er sprake is van taakherschikking, waaruit specialisaties ontstaan. De beroepsuitoefening zelf, de rol en positie zijn nog lang niet uitontwikkeld. Het zoeken naar de juiste balans is volop aan de gang. Helemaal als het gaat om het vervullen van een voorbeeldfunctie in de uitoefening van het specialisme.

HOOFDSTUK 3

3.1

OVERZICHT COMPETENTIEGEBIEDEN

Er bestaan meerdere definities van competenties. Bij het schrijven van dit profiel is uitgegaan van de volgende definitie: Een competentie is een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en persoonlijke eigenschappen waarmee in een bepaalde context op adequate wijze adequate resultaten behaald worden³⁷.

Competenties verwijzen naar individuele vermogens en worden altijd binnen een bepaalde context gezien. Die context bepaalt de kleuring en geeft aan wat adequaat handelen is. Voor de pijnconsulent is er sprake van een grote verscheidenheid aan context, zowel in het type setting als in de taakverdeling. Dit betekent dat de accenten van het belang van competenties per context kan verschillen. Er is gebruik gemaakt van de ordening volgens de systematiek van de CanMeds (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Competenties moeten in samenhang met elkaar beheerst worden. Ze zijn te onderscheiden, maar niet te scheiden.

De competentiegebieden zien er als volgt uit:

1. Vakinhoudelijk handelen: in de rol van zorgverlener (behandelaar)
2. Communicatie: in de rol van communicator (zorgverlener)
3. Samenwerking: in de rol van coördinator en samenwerkingspartner
4. Kennis en wetenschap: in de rol van professional, coach en onderzoeker (praktijk)
5. Maatschappelijk handelen: in de rol van zorgbewaker
6. Organisatie: in de rol van coördinator/(pijn)manager
7. Professionaliteit: in de rol van professional.

3.2

COMPETENTIEGEBIEDEN, VAARDIGHEDEN EN KENNIS

Hieronder beschrijven we de kennis en vaardigheden die bij elk competentiegebied past.

3.2.1

VAKINHOUDELIJK HANDELEN

DESKUNDIGHEIDSGEBIED

Zelfstandig binnen een multidisciplinair behandelteam uitvoeren van coördinerende en adviserende taken. Daarnaast diagnosticeert, plant, behandelt, evalueert en stelt hij de zorg voor patiënten met pijn en diens naasten bij.

AARD VAN DE ZORG

Het kwalitatief hoogwaardig en veilig verlenen van pijnzorg.

DOELGROEP

Patiënten met acute, postoperatieve, chronische of oncologische pijn, of pijn in een palliatief traject.

SETTING

De Pijnconsulent werkt in een ziekenhuis, hospice, gehandicaptenzorg of in de thuiszorg.

³⁷ Bie de D. (red) (2003). Morgen doen we het beter. Handboek voor de competente vernieuwer. Houten/Antwerpen.

De pijnconsulent is als geen ander in staat om alle vakinhoudelijke kennis en vaardigheden ten behoeve van een optimale patiëntenzorg te integreren. Hij maakt hierbij gebruik van een professionele attitude. Daarnaast is hij in staat om op basis van de diagnose op een methodische wijze een behandelplan op te stellen met prioriteiten, beoogde criteria en resultaten. Hij doet dit in samenwerking met de patiënt en de behandelende arts/team. Het opstellen van het behandelplan verricht hij op basis van evidence, volgens de professionele standaarden en ethische normen. Voor een goede uitvoering coördineert en organiseert hij de totale zorg met betrekking tot de pijnbehandeling. Door te evalueren kan hij het behandelplan bijstellen en vaststellen of de beoogde doelen zijn behaald.

PROCESCRITERIA

De pijnconsulent:

- past klinisch redeneren toe;
- past pijntheorieën en pijnmodellen toe;
- gebruikt (gerelateerde) meetinstrumenten en maakt weloverwogen keuzes voor het toepassen;
- observeert, registreert, rapporteert en evalueert pijnbehandeling en communiceert dit met
- betrokken disciplines;
- analyseert en brengt gegevens over fysiologische, psychologische, sociale en spirituele aspecten van pijn, pijngerelateerde problemen en kwaliteit van leven in kaart;
- herkent de complexiteit van de zorgsituatie en beoordeelt of andere deskundigen geraadpleegd dienen te worden, vraagt deze deskundigen zonedig in consult;
- doet voorstellen voor aanvullende onderzoeken;
- telt zelfstandig een multidisciplinair zorg- of behandelplan;
- beschrijft het beoogde eindresultaat in termen van concreet haalbaar gedrag;
- zorgt voor een realistische fasering van behandeldoelen in afstemming met de patiënt;
- stelt vast welke farmacologische en niet farmacologische interventies gewenst zijn;
- beschrijft het resultaat van de behandeling in termen van concreet waarneembaar gedrag;
- anticipeert in het behandelplan op toekomstige (on)voorziene omstandigheden;
- bepaalt in crisissituatie de keuze van de op dat moment nodige interventies;
- neemt beslissingen op basis van best evidence en best practice;
- kan aan de hand van achterliggende principes, voor- en nadelen beredeneren welke behandelmogelijkheden relevant zijn bij welke pijnproblematiek;
- bespreekt het behandelplan met de behandel specialist, het behandelteam en de patiënt;
- reguleert en coördineert het behandelproces ten behoeve van de patiënt en andere behandelaars;
- voert zelfstandig niet-invasieve pijnbehandelingen uit onder verantwoordelijkheid van de behandelend specialist of assisteert de behandelend specialist hierbij;
- past ethische normen toe en kan deze beargumenteren;
- werkt op basis van best evidence en best practice;
- stelt zelfstandig nieuwe protocollen en richtlijnen op of formuleert verbeterpunten voor bestaande protocollen en richtlijnen op basis van best evidence en best practice;
- brengt voorstellen ter verbetering in en kan deze verdedigen;
- in overleg met het behandelteam en de patiënt wordt het multidisciplinaire zorgplan bijgesteld;

- vormt een beeld over de wijze waarop de patiënt de pijn ervaart, zowel psychisch, sociaal als maatschappelijk.

3.2.2

COMMUNICATIE

De pijnconsulent communiceert zorgvuldig, systematisch en patiëntgericht. De pijnconsulent communiceert met de patiënt, diens naasten en betrokken disciplines. De pijnconsulent onderhoudt contact met "externe" afdelingen zoals apotheek, leveranciers, teammanagers, apps uit andere ziekenhuizen. Hij geeft relevante informatie over de behandeling en consequenties van de behandeling. Hij respecteert de culturele- en levensbeschouwelijke rekening met diens culturele- en levensbeschouwelijke normen en waarden van de patiënt en betrokken disciplines.

PROCESCRITERIA

De pijnconsulent:

- geeft voorlichting en advies aan de patiënt en diens naasten over preventie, behandeling,
- consequenties van de behandeling en zelfmanagement;
- informeert de patiënt met betrekking tot patiëntenorganisaties;
- ondersteunt de patiënt bij het indienen van een klacht;
- coördineert en initieert een multidisciplinaire bespreking;
- evalueert en stelt de bedoelde interventies bij in overleg met de betrokken disciplines en de patiënt;
- drukt zich verbaal doeltreffend en respectvol uit naar verschillende disciplines.

3.2.3

SAMENWERKEN

De pijnconsulent werkt zelfstandig binnen een multidisciplinair team ten behoeve van een optimale pijnbehandeling. Hij streeft daarbij naar een optimale ketenzorg. Hij houdt daarbij op een professionele wijze rekening met verschillen in deskundigheid, rollen en taken binnen het multidisciplinaire team.

PROCESCRITERIA

De pijnconsulent:

- coördineert de pijnbehandeling binnen een multidisciplinair team;
- geeft in complexe situaties (bijvoorbeeld verschillende behandelopties) feedback;
- doet voorstellen en voert acties uit ter verbetering van multidisciplinaire samenwerking en evalueert deze;
- respecteert verschillen in rollen, taken, verantwoordelijkheden en deskundigheid in het multidisciplinaire team.

3.2.4

KENNIS EN WETENSCHAP

Om de kwaliteit van het beroep op peil te houden en te ontwikkelen werkt de pijnconsulent aan de bevordering van de eigen deskundigheid en die van anderen. Hij toont hiervoor een levenslange leerhouding en destilleert leermogelijkheden uit de eigen beroepspraktijk met behulp van het juiste instrument. Daarnaast ondersteunt en bevordert hij de beroepsdeskundigheid van de medewerker door te coachen op de zelfverantwoordelijkheid en het leerproces van de medewerker.

Zelf herkent en erkent hij de grenzen van zijn eigen deskundigheid en kan andere beroepsbeoefenaren/disciplines inschakelen indien dit nodig is. Op het moment dat hij beslissingen moet nemen doet hij dit op basis van evidence based practice(EBP) en best practice.

PROCESCRITERIA

De pijnconsulent:

- ontwikkelt zich op systematische wijze op vakinhoudelijk gebied;
- initieert en organiseert op eigen initiatief intervisiebijeenkomst en leidt deze;
- draagt kennis over waarbij rekening wordt gehouden met de leerbehoeften en ontwikkelrichting van de medewerker;
- creëert gelegenheid om te leren en ondersteunt hierbij;
- hanteert methodieken die het leerproces en het zelf ontdekkend leren ondersteunen;
- is assertief als het gaat om de eigen rol en zijn deskundigheidsontwikkeling;
- verantwoordt zijn beroepsmatig handelen met EBP of best practice;
- evalueert zijn beroepsmatig handelen;
- kan zelfstandig vak-/beroepsinhoudelijk onderzoek uitvoeren;
- kan een plan van aanpak opstellen voor de implementatie, uitvoering en evaluatie van wetenschappelijk onderzoek, verbeterplannen, nieuwe protocollen en richtlijnen.

3.2.5

MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

De pijnconsulent gebruikt op verantwoorde wijze zijn expertise en invloed ten voordele van de gezondheid en het welzijn van de individuele patiënt, groepen patiënten en de maatschappij. Dit bewerkstelligt hij door op een methodische wijze voorlichting, advies en instructie over pijn en pijnbestrijding te geven. Daarbij zorgt hij voor een optimale veiligheid voor de patiënt en diens omgeving.

PROCESCRITERIA

De pijnconsulent:

- geeft voorlichting en advies aan collega's en medewerkers van andere disciplines over pijn en pijnbestrijding;
- organiseert voorlichtingsbijeenkomsten rondom het thema pijn;
- reageert adequaat om de risico's ten gevolge van de pijn en/of de pijnbehandeling voor de patiënt en de omgeving te beperken of te verminderen;
- treedt adequaat op bij incidenten in de zorg en werkprocessen met het doel de veiligheid van de patiënt te waarborgen en te verbeteren;
- stelt de preventieactiviteiten bij op grond van een evaluatie;
- houdt rekening met maatschappelijke ontwikkelingen, discussies, opvattingen en trends.

3.2.6

ORGANISATIE

De pijnconsulent draagt bij aan de continuïteit en effectiviteit van de zorgorganisatie en de gezondheidszorg in het algemeen en van de afdeling pijnbestrijding in het bijzonder. Hij bewaakt, waarborgt en verbetert de kwaliteit van zorg door in beleid, beheer en kwaliteitszorg te participeren. Hij werkt effectief en doelmatig binnen de zorgorganisatie en zijn afdeling.

Hij signaleert tevens beleid, trends en ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en vertaalt deze naar zorgprogramma's op micro-, meso, en macroniveau.

PROCESCRITERIA

De pijnconsulent:

- formuleert voorstellen ter verbetering van het beleid en/of zorgverlening en communiceert deze met de leidinggevende en betrokken disciplines
- kan voorstellen ter verbetering verdedigen tegenover collegae en leidinggevende;
- kan een implementatieplan ter verbetering van het beleid opstellen, uitvoering en evalueren;
- levert op een systematische wijze een bijdrage aan kwaliteitsverbetering van de zorgverlening;
- draagt bij aan een efficiënte bedrijfsvoering van de zorgorganisatie/afdeling;
- kan informatietechnologie van de zorgorganisatie ten behoeve van optimale patiëntenzorg en de uitvoering van overige werkzaamheden toepassen;
- zorgt ervoor dat beroeps-/vakinhoudelijke ontwikkelingen in zijn eigen beroepspraktijk geïntegreerd worden.

3.2.7

PROFESSIONALITEIT

De pijnconsulent werkt volgens professionele standaarden en beroepsethiek. Hij handelt binnen de grenzen van wet- en regelgeving betreffende de gezondheidszorg. Hij handelt volgens de beschreven waarden en normen in de beroepscode. Hij is tevens in staat om ethische vraagstukken en morele dilemma's met betrekking tot het beroepsmatig handelen te herkennen en deze bespreekbaar te maken bij betrokken disciplines.

PROCESCRITERIA

De pijnconsulent:

- handelt volgens de uitgangspunten zoals geschreven in de wet BIG, WGBO en andere vingerende wetten en kan beargumenteren wanneer hier vanaf geweken moet worden;
- is in staat om hoogstaande patiëntenzorg op integrale, oprechte en betrokken wijze te leveren;
- kan bouwen aan een vertrouwensband tussen de patiënt en de zorgverlener;
- toont empathie naar collega's en patiënten;
- is zich bewust van zijn plaats binnen de zorgsetting en houdt bij de zorgverlening rekening met de machtsverhouding tussen patiënt en zorgverlener;
- respecteert de cultuur, behoeften, prioriteiten en doelen van de organisatie;
- kan een (medisch-)ethisch dilemma bespreekbaar maken en neemt een onderbouwde beslissing hierover.

3.3

GERAADPLEEGDE BRONNEN

- Projectgroep V&V 2020 (2012). V&V 2020 Deel 4 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Utrecht.
- Vliet, K. van, Spieker, P., Kaljouw, M. (2013). Innovatie zorgberoepen en opleidingen. Samenvatting bevindingen 2012. Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen CVZ, Diemen.
- Spieker, P. (2012). Dringen rond het bed. Een quick scan naar innovaties in zorgberoepen en opleidingen in opdracht van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen. Spieker mensen en media, Nieuwegein.
- NVAM (2010). Onderwijscurriculum Pijn. Medewerker Acute Pijn Service. Houten.

- www.nivel.nl
- <http://www.skipr.nl>
- www.cvz.nl
- www.nvz.nl
- www.minvws.nl
- www.nvam.nl
- www.venvn.nl
- www.erasmusmc.nl/zorgacademie
- <http://www.nursing.nl>
- www.fontys.nl
- <http://www.umcutrecht.nl/onderwijs/opleidingen>
- www.rijksoverheid.nl
- <http://www.anesthesiologie.nl>

SEDATIE PRAKTIJK SPECIALIST (SPS)

HOOFDSTUK 1

1.1

INLEIDING

De Sedatie Praktijk Specialist (SPS) kan gezien worden als een nieuwe uitdaging voor onder andere ambitieuze anesthesiemedewerkers. Door taakverschuiving of taakherschikking vanuit het domein van de anesthesiologie is dit profiel ontstaan. Er wordt dus binnen het medische domein gewerkt.

Echter de kwalificatie Sedatie Praktijk Specialist kan alleen worden toegekend indien de persoon het opleidings- en toetsprogramma van het landelijke opleidingsprogramma geheel en met goed gevolg heeft afgelegd.

1.2

LEESWIJZER

In dit profiel wordt voor de Sedatie Praktijk Specialist de mannelijke vorm gehanteerd. Vanzelfsprekend wordt hiermee ook de vrouwelijke beoefenaar bedoeld. Voor de patiënt wordt ook de mannelijke vorm gehanteerd. Beide geslachten worden hiermee aangeduid.

De veranderingen binnen de zorg, maatschappij en beroepsuitoefening blijven doorgaan. Wat is de context en wat zijn aanleidingen voor de genoemde specialisatie? Hoe zien de competentiegebieden eruit. In de volgende hoofdstukken wordt dit beschreven

HOOFDSTUK 2

DE SEDATIE PRAKTIJK SPECIALIST

2.1 CONTEXT EN POSITIE

De Sedatie Praktijk Specialist werkt autonoom binnen de Procedurele Sedatie en/of Analgesie. Tot nu toe nog alleen bij volwassen patiënten die diagnostische of therapeutische ingrepen ondergaan. Als een patiënt een ASA 3 en ASA 4 classificatie heeft gekregen dient een anesthesioloog laagdrempelig voor consult beschikbaar te zijn. De complexiteit wordt niet alleen bepaald door de ASA kwalificatie maar mede door de aard van de behandeling of onderzoek, de PSA techniek, de omgeving en de samenstelling van het (behandel) team.

De Sedatie Praktijk Specialist maakt deel uit van een multidisciplinair team en werkt vooral buiten de operatiekamer op verschillende functieafdelingen en behandelkamers van een instelling en/of ziekenhuis.

In de keten van zorg met betrekking tot de Procedurele Sedatie en/of Analgesie (PSA) is voor de patiënt de SPS de ingang. Hij classificeert de patiënt, beoordeelt zelfstandig de fysieke conditie van de patiënt en sluit een informed consent (WGBO). Daarnaast is hij eindverantwoordelijk voor de PSA, bewaakt hij zelfstandig de vitale functies en is hij in staat om in acute situaties te handelen en de juiste interventies toe te passen. Hij is tevens zelfstandig verantwoordelijk voor ontslag en nazorg op sedatiegebied.

Op dit moment is er een explosieve groei zichtbaar van ingrepen die de ondersteuning van de SPS vereist. Voorbeelden hiervan zijn ingrepen bij maagdarmliever en cardiologische aandoeningen en IVF (Knape, 2013) Men ziet voor de toekomst een groei bij onder andere pulmonologie en radiologie (Preckel, 2012).

2.2 AANLEIDINGEN

2.2.1 TAAKHerschikking

In 2005 is in het AMC en UMC Utrecht een pilot gestart om te bezien of het inderdaad mogelijk is dat niet-anesthesiologen kwalitatief hoogwaardig en veilig patiënten kunnen screenen en sederen. Deze pilot is een groot succes geworden. Door verticale taakherschikking vanuit voorheen het exclusieve beroepsdomein van de anesthesiologie is de Sedatie Praktijk Specialist ontstaan. De acceptatie door endoscopisten, operateurs en behandelaars is inmiddels een feit. Patiënten zijn zeer tevreden over de kwaliteit van de PSA en het herstel ervan. Anesthesiologen zijn content over de zorgvuldigheid van de uitvoering van de PSA's en de wijze waarop de Sedatie Praktijk Specialist hun grenzen bewaken.

2.2.2 TECHNOLOGISERING

Door ontwikkelingen in de technologie is de behoefte aan matige tot diepe sedatie toegenomen.

Er vindt een verschuiving plaats van algehele anesthesie naar matige tot diepe sedatie. Door de snelle ontwikkelingen zijn er niet altijd protocollen voorhanden en dient de Sedatie Praktijk Specialist die zelf of in overleg met collega's op te stellen.

2.2.3

COMPLEXERE ZORGVRAAG

Door de welvaart, de vergrijzing en de toename van behandeltechnieken groeit de vraag naar complexere anesthesiologische zorg. Dit betekent dat de zorgvraag ook intensiever en complexer wordt. De toename van comorbiditeit is hier een voorbeeld van. Specifieke kennis hieromtrent is gevraagd en die kennis bezit een Sedatie Praktijk Specialist.

Ook door de toenemende diagnostische mogelijkheden zullen de procedures langer worden, hierbij zal steeds vaker gekozen worden voor matige tot diepe sedatie.

2.2.4

DE PATIËNT ZELF

Patiënten zijn mondig en kritisch en goed op de hoogte van hun rechten en voelen zich klant. Een tendens van dit moment lijkt dat bij de patiënt er een verminderde acceptatie van pijn en ongemak is. Daarnaast heeft men ook te maken met angstige patiënten.

Mede hier door kan de sterk toenemende behoefte aan matige/diepe sedatie en analgesie tijdens diagnostische en therapeutische ingrepen verklaard worden.

2.2.5

DYNAMIEK IN HET BEROEP

Zorg en de uitvoering van zorg zijn altijd in beweging. Helemaal als het gaat om verdere specialisatie voorkomend uit taakherschikking. De uitoefening zelf, de rol en positie zijn nog niet uitontwikkeld. Het zoeken naar de juiste balans is volop aan de gang. Helemaal als het gaat om het vervullen van een voorbeeldfunctie in de uitoefening van het specialisme. Het is daarom van groot belang dat de SPS zich zelf kan informeren op de juiste manier (EBP) en dat hij in staat is om zijn kennis in nieuwe situaties in te zetten.

2.2.6

WET BIG

De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg is in 1993 in Staatsblad nr. 665 gepubliceerd en geheel van kracht sinds 1 december 1997. Het bevat regels voor de zorgverlening door beroepsbeoefenaren. Er wordt weergegeven wie welke voorbehouden handelingen mag uitvoeren en wie daarbij welke titel mag voeren.

Het beroep van anesthesiemedewerker is niet geregeld binnen de wettelijke regelingen van de Wet BIG maar valt wel binnen de reikwijdte van de Wet BIG. Een anesthesiemedewerker die ook een afgeronde verpleegkundige opleiding heeft kan voor de verpleegkundige handelingen aan de Wet BIG artikel 3 worden getoetst. De titel van verpleegkundige is beschermd. Om deze titel te kunnen voeren moet de betreffende anesthesiemedewerker als verpleegkundige in het BIG register ingeschreven zijn en zich vanaf januari 2009 eens in de vijf jaar laten herregistreren. Binnen de opdracht is verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar groot. Veelal wordt gehandeld als zelfstandig bekwame en bevoegde. Verantwoording kan in de regel pas later afgelegd worden. Het beroep is ook aan veel veranderingen onderhevig en de tijd lijkt nu rijp voor een heroverweging ten aanzien van opname in het BIG register.

2.2.7

GROEIEND CARRIÈREPERSPECTIEF

Dit profiel kan een uitbreiding op de carrière van de anesthesiemedewerker zijn. Het biedt tevens kansen voor ziekenhuisorganisaties om nieuwe collega's te werven maar vooral om zittend personeel te behouden voor het beroep. Gezien de expansie van de vraag naar de SPS lijkt dit een toekomst waardige ontwikkeling.

70

2.2.8

KOSTENBESPARING

Door de inzet van Sedatie Praktijk Specialisten zou er voorzichtig over kostenbesparing op termijn gesproken kunnen worden.

HOOFDSTUK 3

3.1.3

SEDATIE PRAKTIJK SPECIALIST (SPS)

DESKUNDIGHEIDSGEBIED

Zelfstandig verrichten van handelingen binnen de Procedurele Sedatie en/of Analgesie. Verrichten van gevarieerde complexe medische handelingen waaronder luchtwegmanagement, en het veilig stellen van de vitale functies. Hij is deskundig op het gebied van matige tot diepe sedatie.

AARD VAN DE ZORG

Er vindt een volledige keten van zorg met betrekking tot de PSA plaats van informed consent tot en met het ontslag.

DOELGROEP

Volwassen patiënten die diagnostische of therapeutische ingrepen ondergaan, waar bij ASA 3 en ASA 4 patiënten en bij gecompliceerde of langer durende ingrepen een anesthesioloog laagdrempelig voor consult beschikbaar is.

SETTING

De Sedatie Praktijk Specialist werkt voornamelijk buiten de operatiekamer op verschillende functieafdelingen en behandelkamers van een ziekenhuis/instelling en in zelfstandig behandelcentra.

3.2

OVERZICHT

COMPETENTIEGEBIEDEN

Er bestaan meerdere definities van competenties. Bij het schrijven van dit profiel is uitgegaan van de volgende definitie: *Een competentie is een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en persoonlijke eigenschappen waarmee in een bepaalde context op adequate wijze adequate resultaten behaald worden*³⁸.

Competenties verwijzen naar individuele vermogens en worden altijd binnen een bepaalde context gezien. Die context bepaalt de kleuring en geeft aan wat adequaat handelen is.

Voor de Sedatie Praktijk Specialist is er sprake van een grote verscheidenheid aan context, zowel in het type setting als in de taakverdeling. Dit betekent dat de accenten van het belang van competenties per context kan verschillen.

Er is gebruik gemaakt van de ordening volgens de systematiek van de CanMeds (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Competenties moeten in samenhang met elkaar beheerst worden. Ze zijn te onderscheiden, maar niet te scheiden.

De competentiegebieden zien er als volgt uit:

1. Vakinhoudelijk handelen: in de rol van zorgverlener (behandelaar)
2. Communicatie: in de rol van communicator (zorgverlener)

³⁸ Bie de D. (red) (2003). Morgen doen we het beter. Handboek voor de competente vernieuwer. Houten/Antwerpen.

3. Samenwerking: in de rol van coördinator en samenwerkingspartner
4. Kennis en wetenschap: in de rol van professional, coach en onderzoeker (praktijk)
5. Maatschappelijk handelen: in de rol van zorgbewaker
6. Organisatie: in de rol van coördinator
7. Professionaliteit: in de rol van professional.

3.2.1

VAKINHOUDELIJK HANDELEN

De SPS verleent op de juiste wijze de zorg voorafgaand aan de PSA aan ASA 1 tot en met 4 patiënten bij onderzoeken en/of behandelingen en operaties binnen diverse specialismen. Daarnaast dient de SPS bij dezelfde doelgroep zelfstandig matige of diepe PSA op veilige wijze toe. Waarbij ASA 3 en ASA 4 patiënten een anesthesioloog laagdrempelig op verzoek van de SPS voor consult beschikbaar is. Tevens draagt de SPS zorg en ziet toe op een zorgvuldige bewaking van de patiënt tijdens de herstelfase na de PSA. De SPS is verantwoordelijk voor het ontslag van de patiënt.

PROCESCRITERIA

De Sedatie Praktijk Specialist:

- verleent of regisseert zelfstandig medische en verpleegkundige voorbereidende zorg gericht op de PSA;
- neemt een op PSA gerichte anamnese af;
- voert (gericht) lichamelijk onderzoek voor PSA uit;
- plaatst de patiënt binnen de juiste ASA-klasse;
- beoordeelt of de patiënt aan de hand van de combinatie van ASA klasse en ingreep door de SPS de PSA kan ondergaan;
- sluit een informed consent conform de WGBO af;
- consulteert de anesthesioloog conform afspreken of protocollen op het juiste moment;
- ontwikkelt het voor de individuele patiënt en de individuele procedure optimale sedatie behandelplan;
- voert de verslaglegging van de pre-sedatiezorg uit
- dient zelfstandig hypnotica, analgetica en overige medicijnen toe;
- bewaakt, met gebruikmaking van geavanceerde medische apparatuur en door middel van klinische observaties, de vitale functies
- stelt de vitale functies van de patiënt veilig;
- analyseert en interpreteert de in relatie tot elkaar staande gegevens;
- beoordeelt het sedatie niveau van de patiënt en stelt waar nodig bij tijdens onderzoeken, behandelingen en operaties binnen diverse specialismen;
- verricht zelfstandig de omschreven voorbehouden medische handelingen;
 - het geven van injecties;
 - het verrichten van puncties;
 - het voorschrijven van op sedatie gerichte UR geneesmiddelen als bedoeld in art1, lid 1, onder s van de Geneesmiddelenwet;
 - matige tot diepe sedatie toepassen;
- speelt in op veranderende omstandigheden tijdens de behandeling;
- neemt in samenspraak met de behandelaar maar met in acht neming van zijn eigen verantwoordelijkheid zelfstandig beslissingen over de voortgang van de PSA;
- pakt medische problemen met betrekking tot de PSA aan, door klinisch te redeneren en te handelen;
- draagt zorg voor verslaglegging en complicatieregistratie van de PSA;
- verleent of regisseert zelfstandig de noodzakelijke

- zorg na de PSA aan de patiënt;
- draagt zorg voor verslaglegging en complicatieregistratie van de zorg na de PSA;
- geeft de benodigde instructie aan de (recovery) verpleegkundige en patiënt
- beoordeelt of de patiënt kan worden ontslagen uit het ziekenhuis, instelling of recovery.

3.2.2

COMMUNICATIE

De Sedatie Praktijk Specialist communiceert zorgvuldig, systematisch, klantgericht. Is integer en betrouwbaar. Geeft informatie over de behandeling en afzonderlijk over het PSA proces, over de risico's en over de alternatieven om een adequaat informed consent te realiseren. Om het sedatieniveau te beoordelen communiceert de SPS met de patiënt. Daarnaast faciliteert hij op een effectieve wijze de relatie tussen de patiënt en die van de professional en faciliteert de communicatie voor, tijdens en na het directe patiëntencontact. Het communiceren wordt gekenmerkt door intensieve contacten met patiënten/cliënten tijdens de verpleging en/of begeleiding.

Hij communiceert op een efficiënte en respectvolle wijze met de andere leden van dit multidisciplinaire team, andere disciplines en afdelingen.

PROCESCRITERIA

De Sedatie Praktijk Specialist:

- houdt rekening met de PSA, de behandeling, (mogelijke) complicaties en hun invloed op het welzijn van de patiënt met kwaliteit, veiligheid maar ook patiëntencomfort als uitgangspunt;
- houdt rekening met methoden en richtlijnen voor het begeleiden van patiënten en wettelijke en/of andere vertegenwoordigers;
- houdt rekening met methoden en richtlijnen voor het geven van informatie aan patiënten en wettelijke en/of andere vertegenwoordigers;
- toetst of checkt bij de patiënt of de gegeven informatie is begrepen;
- handelt in overeenstemming met de eigen beroeps-ethiek, de beroepscode en het beroepsgeheim;
- beoordeelt tijdens de gehele procedure het niveau van de sedatie;
- handelt in overeenstemming met bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- komt professioneel en overtuigend over.

3.2.3

SAMENWERKING

De Sedatie Praktijk Specialist organiseert de zorg rond de PSA als onderdeel van de keten van zorg die de patiënt doorloopt en draagt indien nodig de zorg en behandeling van de patiënt over aan anderen binnen deze keten van zorg. Hij doet dit op een systematische wijze. Ten behoeve van een optimale patiëntenzorg op de behandelkamer, het operatiecomplex, de (ziekenhuis)organisatie en de gehele keten van zorg werkt hij effectief samen binnen een multidisciplinair team. Tijdens overlegsituaties participeert hij op een actieve, doeltreffende en respectvolle wijze.

PROCESCRITERIA

De Sedatie Praktijk Specialist:

- handelt in overeenstemming met bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- kent de bevoegdheden en verantwoordelijkheden

- van de leden van het behandel –c.q OK-team en de verdeling van taken en functies;
- houdt rekening met het verband tussen taken en werkzaamheden, voortvloeiend uit een behandelprogramma of operatieprogramma;
 - heeft zicht op de prioriteiten die voortkomen uit het eigen vakgebied en die van de behandelaar;
 - is in staat spanningsvelden in een situatie te hanteren, waarin tegengestelde belangen overbrugt dienen te worden;
 - handelt in overeenstemming met eigen beroeps-ethiek, beroepscode en het beroepsgeheim;
 - is in staat prioriteiten en grenzen te stellen ten aanzien van de voortgang van het zorgproces;
 - stelt grenzen en prioriteiten ten aanzien van de eigen deskundigheid en realiseert zich zijn eigen verantwoordelijkheid;
 - consulteert andere deskundigen om vakinhoud/expertise en informatie uit te wisselen;
 - houdt rekening met de consequenties van het eigen handelen voor de andere betrokkenen;
 - staat open voor het ontvangen van instructie en informatie;
 - geeft instructie en informatie afgestemd op de ontvanger;
 - stelt zich flexibel op;
 - geeft feedback aan teamleden, andere disciplines en afdelingen;
 - verwerkt op een adequate wijze de ontvangen feedback van teamleden, andere disciplines en afdelingen;
 - stelt zo nodig het eigen handelen bij.

3.2.4

KENNIS EN WETENSCHAP

De Sedatie Praktijk Specialist erkent het belang van een levenlang leren. Naar collega's en andere disciplines toe levert hij een actieve bijdrage aan kwaliteit bevorderende activiteiten zoals casuïstiekbesprekingen, referereavonden en dergelijke.

De SPS heeft een kritische houding. Dit uit zich in het zoeken van medische informatie en deze te beoordelen en kritisch te beschouwen. Daarnaast formuleert hij op basis van ervaringen in de dagelijkse beroepspraktijk concrete problemen- of vraagstellingen om de beroepspraktijk te verbeteren. Het verbeteren van de beroepspraktijk houdt ook in dat hij een bijdrage levert aan de verbetering van de kwaliteit van zorg rond de PSA door het toepassen van kwaliteitszorg, het ontwikkelen van protocollen, het toepassen van evidence based/bestpractice, het participeren in werkgroepen en projecten op instellingsniveau, intervisie en intercollegiale toetsing. Daarnaast participeert hij ook in wetenschappelijk onderzoek.

De SPS beschikt over kritisch-analytische vaardigheden die nodig zijn voor een methodische analyse, om problemen tijdens de zorgverlening te voorkomen en op te lossen.

PROCESCRITERIA

De Sedatie Praktijk Specialist:

- kan klinisch redeneren;
- erkent het belang van een leven lang leren;
- past kwaliteitszorg toe;
- participeert op instellingsniveau in werkgroepen en projecten;
- levert een bijdrage aan intervisie en intercollegiale toetsing;
- integreert EBP/BP in de dagelijkse PSA praktijk;
- formuleert concrete probleem- of vraagstellingen om

- de beroepspraktijk te verbeteren;
- kan medische informatie zoeken, beoordelen en kritisch beschouwen;
- maakt in relatie tot de PSA evidence based protocollen;
- participeert in wetenschappelijk onderzoek op het vakgebied van sedatie;
- ontwikkelt deskundigheid bevorderende programma's;
- ontwikkelt onderwijs onderdelen in samenspraak met docent en coach;
- verzorgt klinische lessen met betrekking tot de eigen praktijk;
- verzorgt gastcolleges;
- neemt actief deel aan continue professionele ontwikkeling en nascholing.

3.3.5

MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

De Sedatie Praktijk Specialist kent en herkent de factoren, symptomen en/of ziektebeelden en reageert adequaat indien deze een bedreiging vormen voor de patiënt en/of diens omgeving. Hij is in staat om voorzorgsmaatregelen te treffen betreffende de verspreiding van infectieziekten. Hij handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en toetsingskaders.

Bij incidenten in de zorg- en werkprocessen treedt hij adequaat op.

PROCESCRITERIA

De Sedatie Praktijk Specialist:

- is in staat lokale meldingsprocedures betreffende fouten en ongevallen te hanteren ter verbetering van de kwaliteit van zorg;
- werkt actief mee aan een complicatie registratie;
- hanteert procedures en het managementsysteem betreffende (patiënt en medewerker) veiligheid;
- zorgt voor eigen gezondheid;
- neemt juiste hygiëne maatregelen.

3.3.6

ORGANISATIE

De Sedatie Praktijk Specialist werkt effectief en doelmatig binnen de organisatie van de afdeling, het ziekenhuis en de gehele keten van zorg. Draagt als organisatielid bij aan de continuïteit en effectiviteit van de ziekenhuisorganisatie. Daarnaast committeert hij zich aan de rechten en plichten als werknemer en professional in de arbeidssituatie.

PROCESCRITERIA

De Sedatie Praktijk Specialist:

- werkt effectief binnen de keten van zorg;
- onderhoudt contact met de lokale sedatiecommissie met betrekking tot de ontwikkeling van de sedatie in de eigen organisatie;
- weet om te gaan met klachten over de patiëntenzorg;
- committeert zich aan de rechten en plichten als werknemer en professional in de arbeidssituatie.

3.3.7

PROFESSIONALITEIT

De Sedatie Praktijk Specialist heeft een reflectieve houding waardoor hij kan blijven leren en als rolmodel kan fungeren. Hij levert een bijdrage aan de verbetering van

de kwaliteit van zorg aan de patiënt door te reflecteren op , en het verbeteren van het eigen functioneren in de individuele zorg en binnen samenwerkingsverbanden. De patiëntenzorg die hij levert is integer, oprecht, professioneel en betrokken. Hij kent de grenzen van zijn eigen competenties en handelt daarbinnen. Ontwikkelen van een specifieke beroepshouding en beroepsnormen is een belangrijk aspect. Hij blijft zich voortdurend als zorgprofessional op basis van (wetenschappelijke) uitgangspunten, nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden ontwikkelen.

PROCESCRITERIA

De Sedatie Praktijk Specialist:

- stelt zich actief op aangaande zijn eigen ontwikkeling;
- kan een persoonlijk ontwikkelplan formuleren;
- reflecteert op eigen handelen;
- stelt eigen handelen bij;
- draagt zijn voorbeeldfunctie uit;
- handelt in overeenstemming met de eigen beroeps-ethiek, de beroepscode en het beroepsgeheim;
- handelt in overeenstemming met bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- bewaakt zijn professionele rol;
- handelt volgens de relevante wet- en regelgeving;
- houdt zich minimaal aan geldende voorschriften van continue professionele ontwikkeling en nascholing en levert een bijdrage aan de ontwikkeling van kwaliteit, veiligheid en comfort bij de praktijk van sedatie en/of analgesie.

3.4

GERAADPLEEGDE BRONNEN

- Projectgroep V&V 2020 (2012). V&V 2020 Deel 4 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Utrecht.
- Vliet, K. van, Spieker, P., Kaljouw, M. (2013). Innovatie zorgberoepen en opleidingen. Samenvatting bevindingen 2012. Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen CVZ, Diemen.
- Spieker, P. (2012). Dringen rond het bed. Een quick scan naar innovaties in zorgberoepen en opleidingen in opdracht van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen. Spieker mensen en media, Nieuwegein.
- Opleidingscentrum UMC Utrecht Vakgroep anesthesie team SPS (2012). Opleiding Sedatie Praktijk Specialist (SPS). Opleidingscentrum UMC Utrecht.
- Persbericht 27 februari 2012. Nieuw, beter alternatief voor 'roesje' bij zieke kinderen. Promotieonderzoek Maastrichtse kinderarts-intensivist toont onveiligheid 'roesje' bij kinderen aan. Maastricht University.
- www.nivel.nl
- <http://www.skipr.nl>
- www.cvz.nl
- www.nvz.nl
- www.minvws.nl
- www.nvam.nl
- www.venvn.nl
- <http://www.maastrichtuniversity.nl>
- www.fontys.nl
- <http://www.umcutrecht.nl/onderwijs/opleidingen>
- www.rijksoverheid.nl
- <http://www.anesthesiologie.nl>

NAWOORD

Wij anesthesiewerkers zijn geen schrijvers. Dat was de reden waarom we de hulp ingeroepen hebben van een expert op dat gebied. Zij heeft ons enorm geholpen met het schrijven van dit nieuwe competentiegerichte beroepsprofiel. Ik wil drs. Liesbeth Neeskens dan ook als eerste in mijn nawoord danken voor haar hulp, harde werken en enorme expertise.

Een woord van dank gaat ook uit naar die collegae uit de projectgroep die het op konden brengen om elke keer weer de stukken te lezen en te herlezen en van op/aanmerkingen te voorzien. Daarnaast was de bijdrage van de speciaal samengestelde expertgroep met vertegenwoordigers uit diverse gremia in de Nederlandse gezondheidszorg enorm belangrijk.

Tijdens het proces heb ik zelf veel respect gekregen voor de makers van het eerste beroepsprofiel. Zij moesten het immers in een veel kortere en hectische tijd doen, zonder de bronnen en middelen die wij nu tot onze beschikking hebben. Het effect van hun werk is geëvalueerd in dit profiel en heeft dus zeker hun inspanningen beloond.

Het nieuwe beroepsprofiel is bedoeld als een dynamisch document. Dit betekent dat het met regelmaat zal moeten worden herzien en herschreven. Ik roep mijn collega anesthesiemedewerkers dan ook op om op hun positief kritische wijze van af nu het beroepsprofiel te verbeteren en ideeën in te sturen naar: beroepsprofiel@nvam.nl.

Mijn toekomstige collega's wens ik veel succes en wijsheid met het voortzetten van die taak.

Jaap Hoekman
Voorzitter projectgroep

GERAADPLEEGDE BRONNEN

- Arbous, Sesmu M. (1998). *Anesthesia-related risk factors for perioperative severe morbidity and mortality*. Thesis RUU.
- Ark van W. (2005). Anesthesiemedewerker versus Physician Assistant. *NTVA* 22 (4), 6-16.
- Bekker, J. de, Claessens, L. (2000). *Inleiding tot kwaliteitszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Bie, D. de (red.). (2003). *Morgen doen we het beter. Handboek voor de competente vernieuwer*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cars monitor 2003-2005. *Arbeidsmarkt en opleiding*. Nijmegen.
- CBS (2006) *Gezondheid en zorg in cijfers 2006*. Voorburg.
- Colo (2003). *Format beroepscompetentieprofiel. Handleiding voor het opstellen van een beroepscompetentieprofiel*. Zoetermeer.
- Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking. (2003). *De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang deel I en deel II*. Utrecht, MOBG.
- Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen (2002). *Advies: capaciteit en bekostiging*. Zoetermeer: IOO bv.
- Dam, E. van & Schuit, H. (2007). Eindrapport *Arbeidsmarktonderzoek naar de behoefte aan een hbo-opleiding Medische Hulpverlening*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt.
- Essen, G. van, Paardekooper, P.J., Talma, H.F. & Windt, W. van der. (2006). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2006. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht: Prismant.
- Frank, JR. (Ed). (2005). *The CanMeds 2005 Physician Competency Framework, Better Standards. Better Physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- HBO-raad (2006). *Kennistekort in Nederland*. Mei 2006.
- Gezondheidsraad. (2008). *Ouderdom komt met gebreken*. Den Haag Publicatie nr 2008/01. www.gr.nl
- Gezondheidsraad. (2008). *Zorg voor ouderen met meerdere kwalen moet beter*. Den Haag . www.gr.nl
- Hoogervorst, H. (2005). *Standpunt RVS-advies Medische diagnose*. Kamerstuk (6 juli 2005).
- Jong -Koster, B. de. (2006). Bezint eer gij begint. *NTVA* 23 (4), 6-14.
- Kalkman, C.J. (2006). De anesthesiemedewerker: sedatieassistent. *NTVA* 23 (2), 22-24.
- Kerkkamp, HEM. (2006). Nieuwe inzichten, nieuwe werkvelden. *NTVA* 23 (2), 20-21.
- Klein, J. (2003). *Een vitale kwestie*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Anesthesiologie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Kollaard-Verhage, P. (2005). Nurse practitioner Anesthesiologie: een uitdaging voor de anesthesiemedewerker? *NTVA* 22 (5), 7-12.
- Kwalificatiedossier MBO-verpleegkundige (2006). www.ovdb.nl
- Laet CEDH, Hout BA, Hofman A, Ols HAP. Kosten wegens osteoporotische fractures in Nederland; mogelijkheden voor kostenbeheersing. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1996;140(33):1684-8.).
- Maura S. McAuliffe. (2002). *Nurse Anesthesia worldwide: practice, education, and regulation. USA. Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid*. (2005). Persbericht: www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?adv_rellID=93&chap_rellID=4&last=1&stat=
- Meeusen, VCH. (2004). *Geen hersenloze kwallen*.

Een ontwikkelingspalet voor een leeftijdsbewust loopbaanbeleid van anesthesiemedewerkers. Thesis voor de opleiding tot masters of arts in zorgmanagement. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.

Ministerie van VWS (2007). *Niet van latere zorg.* Den Haag.

Minister van VWS (2006). *Arbeidsmarktbrief 2006 aan de Tweede Kamer*, MEVA/ABA/2723377. Den Haag.

Minister van VWS (2006). *Brief over het opleidingsfonds aan de Tweede Kamer*, MEVA/ABA/2693424. Den Haag.

Minister van VWS (2007). *Brief over het opleidingsfonds aan de Tweede Kamer*, MEVA/ABA/2781895. Den Haag.

Ministerie van VWS. (2005). *Standpunt RVZ-advies Medische diagnose.* www.minvws.nl/kamerstukken/ibe/2005/standpunt-rvz-advies-medische-diagnose.asp

Nivel. *Medisch specialisten.* www.nivel.nl/oc2

NVZ, STZ. (2005). *Het opleidingsfonds, een 10-puntenplan.* Publicatienummer: NVZ/STZ 4-2005-02.

Onderwijsraad (2002). *Competenties. Van complicatie tot compromis.* Den Haag.

Ott, M., Paardenkooper P. & Windt, W. van der (2005). *Arbeid in Zorg en Welzijn.* Utrecht Prismant.

Pronk, E-J. (2006). Arts sneller aan de bak. *Medisch contact* 61 (42), 1659-1661.

RVZ (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg.* Den Haag.

RVZ (2006). *Arbeidsmarkt en zorgvraag 2006.* Den Haag.

Sackett, DL., Rosenberg, WMC., Muir, GJA., Haynes, RB., Richardson WS. (1996). Evidence based medicine, what is it and what it isn't. *BMJ* 312 (7023), 71-72.

Schenkeveld, CJM., Mulder, RH., Boom, J. de (2001). *Monitoring van de anesthesiemedewerker.* NVAM.

Stuurgroep MOBG (2005). *Eenheid in verscheidenheid. Naar samenhang, flexibiliteit en transparantie in het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg.* Utrecht: MOBG.

Vendeville, R. (1997). Extramuraal beademingstransporten. *NVTA 3 en NTSR 3.*

Wet op Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ), Wet Bescherming Persoonsgegevens.

Windt, W. van der, Steenbeek, R., Eijk, W. van & Talma, HF. (2002). *Inspanning beloond? Onderzoek naar de arbeidsmarkt van operatieassistenten en anesthesiemedewerkers.* Utrecht: Prismant.

ZonMW (2002). *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.* Den Haag: ZonNW.

www.bouwcollege.nl

www.capaciteitsorgaan.nl

digitalecao.virtu.nl Artikel 11.2

EU/ESF (European Science Foundation)

www.gr.nl

www.inter-change.nl

www.kiesbeter.nl

www.koraal.org

www.kuleuven.be/cv/u0009433.htm

www.minszw.nl

www.minvws.nl

www.nvz.nl

www.npvzorg.nl

www.onderwijscentrum.vu.nl/Lerarenopleiding

www.pulsemedical.nl

www.rivm.nl

www.uu.nl/content/307667_Deel_1.pdf

BEGRIPPENLIJST

ANESTHESIOLOGISCHTEAM

Een team waarin minstens een anesthesioloog en een anesthesiemedewerker complementair met elkaar samenwerken.

BEROEPSCODE

De codificatie van ethische en praktische normen en beginselen omtrent hetgeen in de uitoefening van een beroep behoort te worden gedaan en te worden nagelaten jegens collega-beroepsbeoefenaren, de patiënt of cliënt of anderen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1988).

BEROEPSPROFIEL

Geeft de kern weer van een beroep (of een groep van beroepen) en geeft een omschrijving van de beroepsactiviteiten zoals die plaatsvinden in de beroepspraktijk en in het bijzonder van de beroepsvereisten, waaraan iemand moet voldoen die dat beroep uitoefent of in de (nabije) toekomst wil gaan uitoefenen (Tweede Kamer, 1986).

COLO-FORMAT

Sectoroverstijgende richtlijnen, opgesteld door Colo (vereniging kenniscentra beroepsonderwijs bedrijfsleven), voor het op een uniforme, schematische en gestructureerde manier opstellen van competentieprofielen.

COMPETENTIE

Geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitudes en persoonlijke eigenschappen waarmee op adequate wijze resultaten kunnen worden behaald in een beroepscontext, een leercontext of maatschappelijke context, waarvoor respectievelijk beroepscompetenties, leercompetenties en burgerschapscompetenties nodig zijn.

COMPLEXITEIT

Mate waarin beroepsactiviteiten gebaseerd zijn op toepassing van routines, standaarden of nieuwe procedures. De complexiteit geeft de moeilijkheidsgraad aan en wordt bepaald door de kenmerken van de cliënt, de omstandigheden en de handeling zelf.

CONTEXT

Omstandigheden of situatie waarin iemand zich bevindt, te onderscheiden in beroepscontext, leercontext en maatschappelijke context.

DOELGROEP

Groep mensen met gemeenschappelijke kenmerken, zoals een bepaalde leeftijd of problematiek, waarop de zorg-, hulp- en/of dienstverlening gericht is.

DOMEIN

Een domein geeft een gebied aan waarbinnen de anesthesiemedewerker zijn kerntaken uitvoert.

KERNTAKEN

Set van inhoudelijk samenhangende beroepsactiviteiten die door een belangrijk deel van de beroepsbeoefenaren in een bepaald beroep of bepaalde functie worden uitgeoefend en die kenmerkend zijn voor dat beroep of die functie.

ROL

Een rol kan worden opgevat als een samenhangend geheel van taken en verantwoordelijkheden, met de daarbij behorende competenties (Klarus, 1998).

SUPERVISIE

Toezicht dat tevens het geven van leiding inhoudt.

TAAKDELEGATIE

Het door een anesthesioloog overdragen van specifiek omschreven (deel)taken aan een daartoe opgeleide, lager gekwalificeerde professional in de anesthesie, waarbij geldt dat de betreffende (deel)taken wel zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid uitvoert, conform de eisen die de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen daaraan stelt.

VERANTWOORDELIJKHEID

De mate waarin een beroepsbeoefenaar aanspreekbaar is op haar beroepsmatig handelen en op de gevolgen daarvan voor het beroepsmatig handelen van anderen (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996).

VOORBEHOUDEN HANDELING

Een handeling die een aanmerkelijk risico met zich meebrengt voor de gezondheid van de patiënt, indien deze wordt uitgevoerd door ondeskundigen (Ministerie van VWS, 1995).

WET BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

WGBO

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

ZELFSTANDIGHEID

Mate waarin de beroepsbeoefenaar op eigen kracht initiatieven neemt, beslissingen neemt en taken verricht.

BIJLAGE 1

LEDEN WERKGROEP (PER ULTIMO 1-11-2007)

Dhr. J. Hoekman	Voorzitter werkgroep NVAM
Mw. drs. L. Neeskens	Adviseur, werkzaam bij de Docentenoplei- ding HGZO (Oplei- dings- en advies- centrum voor hoger Gezondheidsonder- wijs)
Dhr. A.J. Dokter Dhr. G. Verweij	Anesthesiemedewerker Amstel Academie van het VUmc Amsterdam
Dhr. J. Henkelman	Stichting Medische Training Oosterhout (SMTO) (tot 4 oktober '07)
Dhr. J. v. Es	Anesthesiemedewerker
Dhr. M. Huizinga	Anesthesiemedewerker
Dhr. S. van Geel	Anesthesiemedewerker
Mw. N. Diets	Regionale Ambulance Voorziening Utrecht
Dhr. H. Schrover	Anesthesiemedewerker
Dhr. drs. F. Lam	Ambtelijk secretaris NVAM

BIJLAGE 2

LEDEN EXPERTGROEP

Mw. M.J.H Boele	Anesthesiemedewerkster
Dr. H.E.M Kerckamp	Consultant
Prof.dr. C.J. Kalkman	UMC Utrecht
	Anesthesiologie
Prof.dr. J.T.A. Knape	UMC Utrecht
	Anesthesiologie
Dhr. R. Melis	Anesthesiemedewerker
Hr. Ir. G.A.J. Beuken	Academisch Medisch
	Centrum Amsterdam
Mw. C. Mangnus	Fontys Hogeschool
	Eindhoven
Dhr. J. Scholten	CZO Utrecht (RVZ)
Dhr. P.N. van Oort	Anesthesiemedewerker
Dhr. H. Driessen	Hoge School Zuyd
	Heerlen
Dhr. E.C.G. de Roode	Anesthesiemedewerker
Dhr. P.J. Gort	Anesthesiemedewerker
Dhr. J. Hoekman	Voorzitter werkgroep
	NVAM
Dhr. drs. F. Lam	Ambtelijk secretaris
	NVAM
Mw. A. Stamer	Anesthesiemedewerkster
Mw. drs. L. Neeskens	Adviseur, werkzaam
	bij de Docentenoplei-
	ding HGZO (Oplei-
	dings- en advies-
	centrum voor hoger
	gezondheidsonder-
	wijs)

BIJLAGE 3

GECONSULTEERDE HOOGLERAREN UIT UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA'S

Prof.dr. C.J. Kalkman	UMC Utrecht Anesthesiologie
Prof.dr. J.T.A. Knape	UMC Utrecht Anesthesiologie

GECONSULTEERDE EXTERNE PERSONEN

Mw. M van der Meijde	Directeur verloskunde Academie Amsterdam
Mw. M.van Huis	AMC
Mw. Mr I. Christiaans-Dingelhoff	Werkzaam bij EMGO van VUmc
Dr. H.E.M Kerkkamp	Consultant

NOTITIES

A series of horizontal blue lines for taking notes.

NOTITIES

