



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
T.a.v. Hare excellentie mevrouw drs. E.I. Schippers,  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Uw kenmerk  
1011094-154552-MEVA

Kenmerk  
N10012017-01-vfl

Datum  
10 januari 2017

**Betreft: Onderbouwing aanvraag beroep anesthesiemedewerker artikel 3 Wet BIG**

Geachte mevrouw Schippers,

Hartelijk dank voor Uw reactie op onze aanvraag volgens de brief van 26 sept 2016, (1011094-154552-MEVA). In deze reactie vraagt U om verdere onderbouwing en verheldering waarbij U verwijst naar de tweede evaluatie van de Wet BIG (Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 29 282, nr. 211). Bij deze zullen wij het een en ander verhelderen en toelichten waar nodig. Overigens laat de titel van onze vorige brief er geen twijfel over bestaan dat wij een aanvraag doen voor een zware regeling van het beroep in artikel 3 van de Wet BIG.

Wij gaan ervan uit dat **vraag 1**, "is de beroepsuitoefening gericht op de individuele gezondheidszorg?", zoals genoemd in bijlage 1 van het bovenstaande document met onze eerste brief met ja beantwoord kan worden en daarmee voldoende onderbouwd is.

**vraag 2**, "Is het beroep een basisberoep en is het voldoende onderscheidend?"

In uw brief geeft u aan dat het onvoldoende duidelijk is of hier sprake is van een beroep of een functie. Deze vraag bevreemdt ons omdat uw ministerie in het verleden ons vak tot basisberoep heeft gemaakt, zoals te lezen is in de stukken van het Nationaal Archief van 1979. Wij kunnen ons echter voorstellen dat dit na 37 jaar niet meer zo duidelijk is. Daarom een korte uitleg. Sinds 1979 heeft ons vak drie benamingen gehad te weten;

- a. Anesthesie verpleegkundige (Het beroep bestaat al sinds de uitvinding van de anesthesie) (Bankert, 1989)
- b. Operatieassistent – differentiatie anesthesie
- c. Anesthesiemedewerker

Hoewel wij geenszins gelukkig zijn met de naamgeving, bleek de naam anesthesiemedewerker, de enige naam die voor het beroep nog mogelijk was. Helaas heeft het publiek een andere associatie bij de naam, "anesthesiemedewerker" dan bij de oude, "anesthesie verpleegkundige". Kortom: ten gevolge van de naamswijziging is er geen verandering van de inhoud van het vak opgetreden, hoewel naar ons idee de verpleegkundige competenties van het beroep meer nadruk behoeven. Wel is, zoals in de voorgaande brief is uitgelegd, de complexiteit van de anesthesiologische zorg enorm

toegenomen. Dit heeft sterke invloed gehad op de scope of practice van zowel de anesthesioloog als de anesthesiemedewerker. Dit is vooral veroorzaakt door de veranderende en voortschrijdende technologie, de toenemende complexiteit van behandelingen waarvoor anesthesiologische ondersteuning noodzakelijk is en door de taakverschuivingen binnen het anesthesiologisch zorgdomein. Hiermee zijn de risico's voor de patiëntveiligheid ook recht evenredig toegenomen en dus ook de verantwoordelijkheid van de anesthesiemedewerker als controller van de vitale functies tijdens het anesthesiologisch proces.

In de huidige situatie kan iemand alleen anesthesiemedewerker worden door het behalen van het diploma dat erkend is door het College Zorg Opleidingen (CZO). Toelating tot deze opleiding kan met een Havo of mbo-diploma. Deze opleiding is destijds goedgekeurd als initiële opleiding door de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (d.d. 2 mei 1984, DG/VGZ/GBO/VVBO 72634) (CZO, 2016). Het is de bedoeling dat de opleidingseisen voor het beroep anesthesiemedewerker landelijk door het CZO worden vastgesteld op basis van het beroepsprofiel anesthesiemedewerker welke zowel door het CZO, NFU, NVZ en de NVA is onderschreven.

De anesthesiemedewerker is continue bij de patiënt die onder anesthesie geopereerd/behandeld wordt aanwezig en voert het door de anesthesioloog voorgeschreven anesthesieplan uit op basis van afspraken en handelt naar bevinden of protocollair binnen de kaders van het ingestelde beleid. De anesthesioloog, aan wie meestal tegelijkertijd de zorg voor meerdere patiënten onder anesthesie is toevertrouwd is daarbij niet zelf voortdurend persoonlijk bij de patiënt aanwezig; de anesthesiemedewerker wel.

Dit is enigszins vergelijkbaar met de uitvoer van zorg door de Intensive care verpleegkundige of spoedeisende hulp verpleegkundige. De anesthesiemedewerker zal in afwezigheid van de anesthesioloog en terwijl de anesthesioloog nog niet aanwezig is, **in acute situaties direct handelend moeten optreden en indien nodig risicovolle handelingen uitvoeren** die nodig zijn om de vitale functies van de patiënt in veiligheid te brengen en te houden. Dit is werken vanuit het zorgdomein, aanvullend en complementair aan het medische domein anesthesiologie.

Zowel de anesthesioloog als de anesthesiemedewerker schromen niet elkaars domein te overschrijden als dat nodig is. Wij spreken in onze brief dan ook over teamanesthesie en over het anesthesieteam. In tegenstelling tot wat U in Uw antwoord schrijft hebben wij het woord "supervisie" niet gebruikt omdat dat hier **niet** van toepassing is. Het anesthesieteam bestaat principieel uit een anesthesioloog en een anesthesiemedewerker.

Wij hopen dat wij met deze uiteenzetting uw beeld van het in Nederland gehanteerde concept van het anesthesieteam dat in onze overtuiging niet met de praktijk overeenkwam, hebben verhelderd. (Overigens blijft onze uitnodiging om een anesthesieteam op de werkvloer aan het werk te zien gewoon staan).

Omdat kwalificering inhoudt dat de betreffende vakman of -vrouw over zeer specifieke competenties beschikt. (Zie het beroepsprofiel anesthesiemedewerker) welke door het CZO geborgd worden, kunnen alleen mensen met dit diploma dit beroep uitoefenen.

Gezien het bovenstaande kunnen wij geen andere conclusie trekken dan dat anesthesiemedewerker een basisberoep is welke alleen kan worden uitgevoerd door een door het CZO, en daarmee door VWS, gekwalificeerd persoon. Het beroep onderscheidt zich hiermee sterk van andere beroepen in de gezondheidszorg. Het beroepsprofiel van de anesthesiemedewerker toont aan dat het beroep sterk en voldoende ontwikkeld is op dit vakgebied.

**vraag 3, "Is wettelijke regulering noodzakelijk om patiënten adequate beschermen?"**

Het beroep anesthesiemedewerker is dus een onderscheidend beroep op het terrein van de individuele gezondheidszorg. (zie beantwoording vraag 2). In onze brief van 30 mei 2016 (U16.0379) hebben wij reeds duidelijk gemaakt dat anesthesiemedewerkers dagelijks zelfstandig diverse risicovolle voorbehouden handelingen uitvoeren. Afhankelijk van de situatie al of niet in opdracht of volgens protocol. Vrijwel alle medicatie wordt intraveneus toegediend om een gemiddelde, complexe anesthesie in te leiden of te onderhouden. De potentie van deze middelen is zo krachtig dat constante monitoring en directe interventies nodig zijn om een kwalitatief goede maar vooral veilige anesthesie te garanderen. De vitale functies van de patiënt worden zonder deze monitoring en interventies direct bedreigd. Alle interventies (vrijwel allen voorbehouden handelingen) die tijdens de anesthesie gedaan moeten worden, vereisen een grote deskundigheid, vaardigheid en ervaring. Een medewerker die dit niet kan is een directe bedreiging voor de kwaliteit van de anesthesie en daarmee de patiënt. Door de taakverschuiving/verbreding naar bijvoorbeeld: de preoperatieve screening (POS), acute pijn service (APS), de ondersteuning bij invasieve chronische pijnbehandelingen en de sedatie praktijk specialist (SPS). Mede door deze taakverschuiving is de anesthesiemedewerker voor de patiënt het primaire aanspreekpunt geworden.

Het beroep is in geen enkel opzicht te vergelijken met de in het, in het door u aangewezen Kamerstuk (VWS, 2014-2015 29 282, nr211) als voorbeeld gestelde tandartsassistent en het vertoont ook geen overeenkomsten met de operatieassistent zoals in het verleden ook wel beweerd is. Bij de operatieassistent is de operateur constant en continu aanwezig.

Toepassing van het zware regime is in onze ogen om volgende redenen noodzakelijk:

- De beantwoording van de bovenstaande vragen zijn op zichzelf al redenen genoeg om onze beroepsgroep aan strenge eisen te laten voldoen. Maar de voornaamste reden is het feit dat wij voorbehouden handelingen, indien noodzakelijk, zelfstandig moeten kunnen verrichten en in het kader van de patiëntveiligheid is het belangrijk dat dit door competente, gekwalificeerde en bekwame anesthesiemedewerkers gebeurt.
- De patiënt bevindt zich bij afwezigheid van de anesthesioloog in een zeer afhankelijke en kwetsbare positie. Een inschattingsfout van de anesthesiemedewerker kan direct fatale gevolgen hebben voor de patiënt.
- Het verleden laat zien dat anesthesiemedewerkers die in het ene ziekenhuis ontslagen worden voor een wanprestatie of het in gevaar brengen van een patiënt in het andere zonder problemen weer worden aangenomen. Dergelijke gevallen worden om begrijpelijke redenen buiten de publiciteit gehouden. Tuchtrect kan de patiënt behoeden voor incompetent anesthesiemedewerkers.
- Zoals in onze eerdere brief al aangegeven, zijn we blij dat VWS de bovenstaande argumenten blijkbaar ook ziet. Dit gelet op de ontwikkeling rond de BMH uitstroom anesthesie, waarbij men voornemens is de route via artikel 36a in te zetten. Dit gezegd hebbende laat het onverlet dat de NVAM nog steeds niet van mening veranderd is ten aanzien van de BMH.

De NVAM is van mening dat het beroep anesthesiemedewerker geen nieuw beroep is. Dit gelet op de beantwoording van vraag 2 waarbij het duidelijk mag zijn geworden dat het beroep al net zo oud is als de anesthesie zelf. Ergo artikel 36a is in onze ogen een overbodig artikel. Artikel 3 is pure noodzaak voor de veiligheid van de patiënt.

Concluderend hopen wij U de nodige verheldering te hebben gebracht over de status, bekwaamheid en functie van de anesthesiemedewerker en handhaven wij ons dringende verzoek tot opname van het beroep anesthesiemedewerker in de wet BIG art.3

Met vriendelijke groeten namens de bestuur van de NVAM

Drs. F.E. Lam  
Voorzitter NVAM (a.i.)

## Bibliografie

CZO, O. (2016, Oktober 14).

<http://www.czo.nl/sites/default/files/Regeling%20Opleidingen%20Operatieassistent%20en%20Anesthesiemedewerker.pdf>. Opgehaald van [www.CZO.nl](http://www.CZO.nl).

Marianne, B. (1989). *Watchful care*. AANA.

NVA, N. V. (1016, Oktober 14).

<http://www.anesthesiologie.nl/kwaliteit/verenigingsstandpunt/anesthesiologische-zorgverlening-2004>. Opgehaald van [www.NVA.nl](http://www.NVA.nl).

VWS. (2014-2015 29 282, nr211). *Brief van de minister*. Tweede Kamer.