

# beroepskader TAAKHERSCHIKKING



NEDERLANDSE ASSOCIATIE  
PHYSICIAN ASSISTANTS

Nederlandse  
Vereniging voor  
Anesthesiologie



Dit document is tot stand gekomen door de inzet van de volgende betrokkenen:

Vanuit de NVA:

Gert Jan Scheffer  
Eric van Dongen  
Peter de Haan  
Jaap Hol/ Peter van der Mast  
Rolf de Kort  
Lex Pfaff/Bartje Kop  
Wijnand de Ronde  
Ton Schouten

Vanuit de NAPA:

Harry Zonneveldt  
Normen Hemmink  
Roos Kraima  
Serge Reumkens  
Bram Thiel  
Wijnand van Unen

Projectbegeleiding:

Ronald Hortensius (NVA)  
Hans van Breugel (NVA)

**Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)**

Postbus 20063  
3502 LB UTRECHT  
tel.: 030-2823385  
www.anesthesiologie.nl  
e-mail: nva@anesthesiologie.nl

**Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)**

Postbus 2442  
3500 GK UTRECHT  
tel.: 030-6868786  
www.napa.nl  
e-mail: secretariaatnapa@cantrijn.nl

*Geachte heer, mevrouw,*

*Met trots presenteren wij u ons gezamenlijke beroepskader taakherschikking.*

*De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en de Nederlandse Associatie Physician Assistants geven hiermee invulling aan de tijdelijke wettelijke bevoegdheid van de physician assistant om zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten of eventueel de behandeling te delegeren voor zover dat bij de overgedragen taken hoort.*

*Met dit beroepskader bepalen we voor het anesthesiologisch deskundigheidsgebied welke taken en/of handelingen in aanmerking komen om te herschikken naar de physician assistant. Lokaal moeten anesthesiologen en physician assistants de landelijke kaders verder invullen door het maken en vastleggen van concrete afspraken.*

*Hoogachtend,*



*mw. dr. Elise Sarton, voorzitter  
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie*



*Wijnand van Unen MPA, voorzitter  
Nederlandse Associatie Physician Assistants*



*Prof. dr. Gert Jan Scheffer, voorzitter  
projectgroep taakherschikking NVA*



*Harry Zonneveldt MPA, voorzitter landelijke  
vakgroep anesthesiologie*

## BEROEPSKADER TAAKHERSCHIKKING NVA-NAPA

### 1. Inleiding

#### Taakherschikking: aanleiding

Door de regering is in de laatste kabinetsperiodes consequent ingezet op taakherschikking. Taakherschikking heeft voor de overheid primair tot doel het proces van zorgverlening doelmatiger te organiseren teneinde ook de bestaande personele en materiële capaciteit beter te benutten. Het biedt tevens een antwoord op de toekomstige stijgende en veranderende zorgvraag<sup>1</sup>.

#### Taakverschuiving versus Taakherschikking

Taakverschuiving (taakdelegatie) is het in opdracht van een arts uitvoeren van werkzaamheden door niet-zelfstandig bevoegde zorgprofessionals, die voorheen alleen door artsen werden verricht. Dit is al langer toegestaan binnen de Wet BIG, mits beide partijen overtuigd zijn van de bekwaamheid van de opdrachtnemer en er mogelijkheid is van toezicht en eventuele tussenkomst van de opdrachtgever.

Taakherschikking gaat verder en betekent het structureel herverdelen van taken, *bevoegdheden en verantwoordelijkheden*, tussen verschillende beroepen, bijvoorbeeld van een arts naar een physician assistant (PA), verpleegkundig specialist (VS) of klinisch technoloog. Deze is dan zelfstandig bevoegd, heeft een eigen verantwoordelijkheid voor het handelen en is tuchtrechtelijk aan te spreken.

#### Wijziging Wet BIG

Om de weg vrij te maken voor het realiseren van taakherschikking is op 1 januari 2012 de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) gewijzigd. Met ingang van deze datum hebben VS'en, PA's en klinisch technologen gedurende vijf jaar tijdelijk de wettelijke bevoegdheid om zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten of eventueel de behandeling te delegeren voor zover dat bij de overgedragen taken hoort. De regeling heeft de status van een tijdelijk experiment en zal worden geëvalueerd. De verwachting is dat deze tijdelijke status wordt vervangen, met medeneming van de uitkomsten uit de evaluatie, in een definitieve regeling.

Vanwege het tijdelijke karakter van de wijziging van de Wet BIG zal dit beroepskader eveneens een beperkte looptijd hebben overeenkomstig de duur van het experiment (tot 1 januari 2017).

In een Algemene Maatregel van Bestuur<sup>2</sup> (AMvB) is opgenomen welke voorbehouden handelingen in aanmerking komen voor herschikking: het verrichten van heekkundige handelingen, het verrichten van endoscopieën, het verrichten van catheterisaties, het geven van injecties, het verrichten van puncties, het verrichten van electieve cardioversie, het toepassen van defibrillatie en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel is, van de Geneesmiddelenwet<sup>3</sup>. De voorbehouden handeling 'onder narcose brengen' is niet aangewezen als handeling die zelfstandig verricht mag gaan worden. Het toekennen van de voorbehouden handelingen gebeurt onder de voorwaarden dat deze handelingen:

- 1) op grond van de wet aan de PA zijn toegekend (zie hierboven),
- 2) vallen binnen het deskundigheidsgebied,
- 3) van een beperkte complexiteit zijn,
- 4) routinematig worden verricht,
- 5) waarvan de risico's te overzien zijn,
- 6) die worden uitgeoefend volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen, en
- 7) waarbij de PA bekwaam is om de betreffende handeling te verrichten.

Welke handelingen in een concrete situatie onder de nieuwe bevoegdheid vallen blijkt (vanwege het experimentele karakter) niet letterlijk uit de wet; deze biedt ruimte voor interpretatie: wat is wel of niet complex, etc. Per situatie zal de wettelijke regeling daarom nader uitgewerkt moeten worden door de betrokken beroepsbeoefenaren.

Met de invoering van de integrale bekostiging in 2015 zijn de laatste drempels voor taakherschikking geslecht. Recent heeft het kabinet ingestemd met het advies van de NZa om een drietal belemmeringen voor taakherschikking bij de curatieve somatische zorg op te heffen. Het eerste knelpunt werd veroorzaakt door het onderscheid dat gemaakt wordt tussen een kostendeel en een honorariumdeel binnen de tarieven, waarbij het kostendeel gemaximeerd is voor zorgproducten in het gereguleerde segment. Deze belemmering is nu opgeheven met het invoeren van de integrale tarieven. De tweede en derde belemmering werden veroorzaakt door de DBC-regelgeving. Hierin was bepaald dat alleen een poortspecialist een zorgtraject mag openen en dat daarbij een face-to-face contact verplicht is. Vanaf 2015 is de lijst met zorgverleners die een zorgtraject mogen openen, respectievelijk met wie een verplicht face-to-face contact moeten plaats vinden, uitgebreid met de PA. Vanaf 1 januari 2015 zijn PA's, medisch specialisten én instellingen bijeengebracht in één budgettair kader.

#### Verantwoordelijkheden bij taakherschikking

Oude situatie	Nieuwe situatie (met PA)
<u>Instelling:</u> verantwoordelijk voor kwaliteit van zorg (Kwaliteitswet Zorginstellingen, KWZ)	<u>Instelling:</u> verantwoordelijk voor kwaliteit van zorg (Kwaliteitswet Zorginstellingen, KWZ)
<u>'Hoofdbehandelaar':</u> (Arts) -medisch inhoudelijke behandeling (door hemzelf) -de regie van de behandeling van de cliënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners	<u>'Hoofdbehandelaar':</u> (Arts of PA) -medisch inhoudelijke behandeling (door hemzelf) -de regie van de behandeling van de cliënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners
<u>Arts:</u> verantwoordelijk voor de opdracht VBH: -de indicatie -de beslissing tot opdracht -toetsen bekwaamheid -zorgen voor toezicht en tussenkomst -randvoorwaarden (protocollen, scholing, evaluatie etc.)	<u>PA (voor zover zelfstandig bevoegd)</u> verantwoordelijk voor: -indicatie VBH -uitvoeren van de verrichting -bewaken van grenzen

De Kwaliteitswet Zorginstellingen eist van de instelling dat verantwoorde zorg (van goed niveau, doeltreffend en doelmatig, patiëntgericht verleend en afgestemd op de reële behoeften van de patiënt) wordt geleverd. In de Wet BIG is voor de individuele beroepsbeoefenaar een soortgelijke verplichting geformuleerd (artikel 40). Welke afspraken men in de professionele zorgverlening ook maakt ten aanzien van de herschikking van taken, aan de eisen van verantwoorde zorg moet te allen tijde voldaan zijn. Voor instellingen geldt, dat zij de zorg hebben voor een goede infrastructuur waarbinnen taakherschikking plaatsvindt. Zij dienen vanuit hun verantwoordelijkheid op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen te bevorderen, eventueel in samenspraak met de beroepsverenigingen, dat de beroepsbeoefenaren goede protocollen en samenwerkingsafspraken maken en deze ook evalueren.

Het begrip eindverantwoordelijkheid hangt samen met de interne organisatiestructuur en heeft als zodanig geen juridische betekenis. Duidelijk moet zijn wie in de organisatie eindverantwoordelijk en aanspreekbaar is op de aanwezigheid en evaluatie van goede protocollen en samenwerkingsafspraken.

<sup>1</sup> Kamerbrief CZ-3152101, 22 april 2013

<sup>2</sup> Besluit van 21 december 2011, Staatsblad 2011, 658 (Physician Assistant)

<sup>3</sup> Wet van 8 februari 2007, Staatsblad 2007, 93, in werking getreden 1 juli 2007

De PA, die de bekwaam is om de deeltaken zelfstandig uit te voeren, draagt de verantwoordelijkheden voor het uitvoeren van deze taak binnen de kaders die lokaal zijn overeengekomen. Deze kaders kunnen afhankelijk van de organisatie en caseload per anesthesieafdeling verschillen en zullen in het bijzonder moeten aangeven bij welke patiëntencategorieën, risicoprofielen en ingrepen een anesthesioloog geconsulteerd wordt, dan wel de verantwoordelijkheid moet overnemen.

Voor het lokaal uitgekozen takenpakket van beperkte complexiteit moet de PA een aantoonbare ervaring hebben opgebouwd. Dit moet lokaal worden vastgelegd middels een portfolio waarin transparant het aantal verrichtte handelingen vermeld staat, alsmede de kwalitatieve evaluatie ervan door een anesthesioloog. Het aantal waaraan de PA moet voldoen, wordt per individu en per handeling vastgelegd. Pas na het bereiken van dit aantal kan gesproken worden van een routinematig uitgevoerde handeling en kunnen de taken herschikt worden. Vanaf dat moment is de PA ook volledig verantwoordelijk voor zijn of haar eigen handelen.

#### Physician Assistants (PA): kenmerken

Eén van de eerste beroepsgroepen voor wie het wettelijk mogelijk is gemaakt om onder voorwaarden voorbehouden handelingen te verrichten zijn de PA's.

In de tabel hierna worden de belangrijkste kenmerken van de PA samengevat:

<i>Opleiding</i>	NVAO geaccrediteerde HBO masteropleiding medische zorg binnen een deelgebied van de geneeskunde
<i>Vooropleiding</i>	HBO gezondheidszorg / Paramedici / Klinisch verloskundigen
<i>Instroomeisen</i>	- Minimaal 2 jaar klinische werkervaring - Opleider / leermeester en opleidingsplaats
<i>duur</i>	Duaal 2,5 jaar
<i>Inhoud</i>	<i>Generalistisch:</i> - Breed geneeskundig uitstroomprofiel; daarnaast specifiek medische bekwaamheden binnen specialisme waar deze werkzaam is
<i>Accent</i>	- Verwerving van vaardigheden over de volle breedte van het medisch domein; daarna gericht op taken binnen medische specialisatie. - Richt zich op medisch specialismegebonden patiëntengroepen - Mogelijk taakgerichte specialisatie
<i>Curriculum</i>	- CANMeds competenties / medisch klinisch handelen - Evidence Based Medicine - Stages in hoofdvakken geneeskunde
<i>Deskundigheidsgebied</i>	Het zelfstandig verrichten van handelingen op het deelgebied van de geneeskunde waarbinnen de PA is opgeleid. Deze handelingen omvatten het onderzoeken, behandelen en begeleiden van patiënten met veel voorkomende aandoeningen binnen dat deelgebied van de geneeskunde.
<i>BIG</i>	- Geen BIG registratie (Wel kwaliteitsregister <sup>4</sup> ) - Geen beroepstitel - Wettelijk tuchtrecht gedurende het experiment. - Wel bescherming opleidingstitel (na 2017 zal de PA worden ondergebracht in het BIG-register met daaraan gekoppeld het tuchtrecht)

In aanvulling op de algemene instroomeisen, zoals in voorgaande tabel genoemd, is het zeer wenselijk dat de PA Anesthesiologie in de twee jaar klinische werkervaring competenties op het anesthesiologische deskundigheidsgebied heeft verworven.

#### Doelstelling document

De Physician Assistant Anesthesiologie

in dit document staat het herschikken van taken naar de PA Anesthesiologie centraal. Het opstellen van zowel landelijke als lokale kaders is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van betrokken beroepsgroepen. Dit document biedt de kaders zoals overeengekomen tussen de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)-Anesthesiologie.

#### De PA in de huidige anesthesiologische praktijk

Binnen Nederland zijn op dit moment een vijftigtal PA's werkzaam binnen de volledige omvang van het anesthesiologische domein. Eenzelfde hoeveelheid PA's is in opleiding waarbij de verwachting is dat de komende twee jaar de PA vakgroep in Nederland het 100e lid zal verwelkomen. Uit een inventarisatie van zowel de NAPA als de NVA is gebleken dat de wijze waarop de werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de PA in de organisatie zijn ingebed (directe / indirecte supervisie, fysieke aanwezige anesthesioloog, etc.) sterk per ziekenhuis varieert.

#### Doelstelling: landelijke kaders op hoofdlijnen

Het daadwerkelijke takenpakket van een PA zal per PA en per instelling verschillend zijn. Dit is afhankelijk van het pallet aan zorg dat in de instelling geleverd wordt, de beleidskaders van de instelling, de specifieke taken die voor verschuiving of herschikking in aanmerking komen en de gebleken bekwaamheid van de PA (opleiding en werkervaring). Het takenpakket kan dus ook door de tijd heen veranderen. Daarom kan de doelstelling van dit document niet anders zijn dan een gezamenlijke handleiding te bieden met landelijke kaders en scenario's op hoofdlijnen. Afhankelijk van de individuele en lokale situatie zal verder invulling gegeven moeten worden door het maken van concrete afspraken. Hierbij is het belangrijk dat alle relevante partijen betrokken worden en er zowel landelijk als lokaal overeenstemming wordt bereikt. Dit geldt te meer omdat het niet alleen aan artsen is om te bepalen welke handelingen de PA mag verrichten; dat bepaalt immers de wet!

<sup>4</sup> Kwaliteit na diplomering is gewaarborgd door dezelfde eisen aan herregistratie te stellen als die gelden voor een medisch specialist, inclusief, verplichte geaccrediteerde nascholing (200 punten per 5 jaar), verplichte deelname aan jaargesprekken en complicatieregistratie.

## 2. Perioperatief traject

### Inleiding

De anesthesioloog is de medisch specialist (eventueel in opleiding) die verantwoordelijk is voor het preoperatieve risicomanagement, voor de anesthesie tijdens de operatie en voor intensieve zorg en pijnbestrijding na de operatie. De bijbehorende taken kunnen in de verschillende fasen van het traject door verschillende personen worden uitgevoerd door middel van taakverschuiving (anesthesiemedewerkers, PA) of taakherschikking (PA).

Het specifieke deskundigheidsgebied van de anesthesioloog in het perioperatieve anesthesiologische traject omvat:

- de kennis en kunde van de anesthesiologie in de volle breedte;
- specialisme overschrijdende kennis;
- kennis van de afdelingsgebonden processen, procedures en protocollen en daarmee de eindverantwoordelijkheid om deze te autoriseren;
- de kennis over de complete breedte van het perioperatieve traject, met name in de context van de geringe bandbreedtes van de veiligheid bij de bewaking en manipulatie van vitale functies bij middel- en hoogcomplexen patiënten groepen.

### Uitgangspunten

De (vakgroep / maatschap) anesthesiologie is medisch inhoudelijk en organisatorisch integraal *eindverantwoordelijk* voor het gehele anesthesiologische perioperatieve *zorgtraject*. Ten aanzien van de werkzaamheden van de PA doet de vakgroep/maatschap dit door het eenduidig opstellen van de kaders waarbinnen de PA werkt, zoals afgesproken op lokaal niveau. In het gehele traject zijn mogelijkheden om taken, met de bijbehorende verantwoordelijkheden, te herschikken naar de PA. In de praktijk zal dit worden bepaald door het samenspel van de aard van de ingrepen in combinatie met de ASA-classificatie. Er kan uitsluitend sprake zijn van taakherschikking wanneer:

- anesthesiologen beschikbaar zijn voor consultatie; de vakgroep / maatschap anesthesiologie dient concrete voorzieningen te hebben getroffen om, in geval van calamiteiten, ondersteuning te bieden, en
- de PA die anesthesiologische taken uitvoert wordt functioneel aangestuurd vanuit de afdeling anesthesiologie (vakgroep / maatschap) en legt hieraan medisch inhoudelijk verantwoording af.

Een PA met taken binnen onderdelen van het perioperatieve traject dient competenties te hebben die betrekking hebben over de gehele breedte van het perioperatieve traject.

### Preoperatief

Preoperatief traject: het traject vanaf het spreekuur bij de operateur tot aan de binnenkomst op het OK-complex (Richtlijn Het Preoperatieve Traject; 2010).

In dit deel van het perioperatieve traject wordt de PA op dit moment het meest frequent ingezet. De wijze waarop de werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de PA in de organisatie zijn ingebed (directe / indirecte supervisie, fysieke aanwezige anesthesioloog, etc.) varieert sterk per ziekenhuis.

Conform de richtlijn is het preoperatieve traject verdeeld in vier onderdelen, waarbij met betrekking tot de anesthesiologische zorgverlening het preoperatieve anesthesiologische onderzoek of screening<sup>5</sup> (en de voorbereiding op de operatie) het belangrijkste deeltraject is. Hierin wordt de gezondheidstoestand van de patiënt in relatie tot de voorgenomen ingreep beoordeeld, de risico-inschatting ten aanzien van de voorgenomen ingreep gemaakt, de conditie van de patiënt geoptimaliseerd, de patiënt of diens vertegenwoordiger voorgelicht en wordt informed consent (conform WGBO) verkregen.

De volgende deeltaken zijn te onderscheiden:

- Kennisnemen van dossier
- Vastleggen klinische gegevens

- Voorschrijven en vastleggen medicatie
- Vastleggen informatie met betrekking tot anesthesie, operatie en opname
- Aangeven specifieke maatregelen
- Consulten aanvragen
- Adviezen consulents (al dan niet) uitvoeren en vastleggen
- Informeren patiënt, documenteren en vastleggen informed consent
- Vastleggen wel/geen akkoord anesthesioloog
- Overleg met chirurg indien anesthesioloog niet akkoord

Taakherschikking op alle deeltaken is in principe mogelijk, waarbij een PA zelfstandig de deeltaken op zich neemt. Hierbij zijn de in de inleiding genoemde en voor het gehele anesthesiologische perioperatieve traject geldende uitgangspunten van toepassing. Dit geldt in het bijzonder voor het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet); dit is een voorbehouden handeling die aangewezen is als handeling die, onder voorwaarden, zelfstandig door een PA verricht mag gaan worden. Uitsluitend de protocollair beschreven medicatie komt hiervoor in aanmerking. Het niet accorderen van een patiënt voor een operatie loopt uitsluitend via een anesthesioloog.

### Peroperatief

Peroperatief traject: het traject vanaf binnenkomst op het OK-complex tot aan het verlaten van de operatiekamer. Het perioperatieve traject is onlosmakelijk verbonden met het pre- en postoperatieve traject. De taken en verantwoordelijkheden worden beschreven in de richtlijn 'het perioperatieve traject' (Richtlijn Het Perioperatieve Traject; 2011):

De voorbehouden handeling 'onder narcose brengen' is in de tijdelijke regeling binnen de Wet BIG niet aangewezen als handeling die zelfstandig verricht mag gaan worden. Daarnaast zullen ook alle overige handelingen en taken onder verantwoordelijkheid van de anesthesioloog plaats blijven vinden en dus niet worden herschikt.

### Postoperatief

Postoperatief traject: het traject vanaf het verlaten van de operatiekamer tot aan het ontslag van de verpleegafdeling. De taken en verantwoordelijkheden worden beschreven in de richtlijn 'het postoperatieve traject' (2011).

De PA kan een belangrijke plaats innemen in de postoperatieve zorg. Zaalartsen en aio's zullen een steeds schaarser goed worden en patiënten zullen ouder en worden met meer comorbiditeit. Snelle en adequate postoperatieve zorg en interventies zijn daarom noodzakelijk; er is veel winst voor de patiënt te behalen door meer onderzoek naar zorguitkomst (pijn, complicaties, lange termijn mortaliteit uitkomst / kwaliteit van leven en andere anesthesiologische uitkomstparameters).

Deeltaken in het postoperatieve traject die in aanmerking komen voor herschikking naar een PA zijn:

- Diagnosestelling en behandelplan opstellen bij postoperatieve patiënten;
- Postoperatieve pijnbehandeling;
- Voorschrijven en vastleggen van protocollair afgesproken medicatie;
- Ontslaan van patiënten van VK en PACU;
- Overleg voeren met snijdende hoofdbehandelaar en anesthesioloog;
- Zelfstandig overleg voeren met consulents bijvoorbeeld over glucoseregulatie, antibioticabeleid.
- Consultering bij post PACU patiënten op de afdeling.

Bij het herschikken van deze taken zijn wederom de voor het gehele anesthesiologische perioperatieve traject geldende uitgangspunten van toepassing die in de inleiding zijn genoemd. Dit geldt in het bijzonder voor het voorschrijven van UR-geneesmiddelen (als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel s, van de Geneesmiddelenwet); dit is een voorbehouden handeling die aangewezen is als handeling die, onder voorwaarden, zelfstandig door een PA verricht mag gaan worden. Uitsluitend de protocollair beschreven medicatie komt hiervoor in aanmerking.

### 3. Pijn geneeskunde

#### Inleiding

De anesthesioloog-pijnspecialist is de specialist die zich onder meer bezighoudt met de behandeling van acute en chronische pijn. De toegevoegde waarde van de anesthesioloog-pijngeneeskundige is:

- de kennis en kunde van de anesthesiologie in de volle breedte
- de specialisme overschrijdende kennis
- de kennis van de afdelingsgebonden processen, procedures en protocollen

De anesthesioloog-pijnspecialist is zich bij alle behandelingen bewust van mogelijke complicaties; bij de PA is dit vooral van toepassing bij de specifiek door hem veel uitgevoerde handeling.

#### Uitgangspunten

De vakgroep anesthesiologie is medisch inhoudelijk en organisatorisch integraal eindverantwoordelijk voor de anesthesiologische pijnbehandeltraject. Ten aanzien van de werkzaamheden van de PA doet de vakgroep / maatschap dit door het eenduidig opstellen van de kaders waarbinnen de PA werkt, zoals afgesproken op lokaal niveau. In de pijngeneeskundige zorg zijn mogelijkheden om taken, met bijbehorende verantwoordelijkheden, te herschikken naar de PA. Naar het oordeel van de projectgroep kan hier uitsluitend sprake van zijn wanneer:

- anesthesiologen beschikbaar zijn voor consultatie; de vakgroep / maatschap anesthesiologie dient concrete voorzieningen te hebben getroffen om, in geval van calamiteiten, ondersteuning te bieden, en
- de PA die anesthesiologische taken uitvoert wordt functioneel aangestuurd vanuit de afdeling anesthesiologie (vakgroep / maatschap) en legt hieraan medisch inhoudelijk verantwoording af.

#### Taakherschikking

Specifieke taken die, afhankelijk van de lokale situatie, in aanmerking komen voor herschikking zijn:

- Diagnosestelling en behandelplan opstellen bij laag complexe patiënten met chronische pijn uit de 2e lijn, alsmede het poliklinisch opvolgen hiervan. Onder laag complexe patiënten met chronische pijn worden patiënten bedoeld met eenduidige veel voorkomende diagnoses, zoals specifieke lage rug- of nekklachten met of zonder uitstraling en waarbij reeds diagnostiek is uitgevoerd die deze eenduidige diagnose bevestigt. Lokaal dient eenduidig te worden afgesproken wat onder laag complex wordt verstaan. Tevens dient er een screenings-systeem aanwezig te zijn waarmee deze patiënten worden geïdentificeerd. Van de (professionaliteit van de) PA wordt verwacht dat hij in geval van twijfel direct overlegt met anesthesioloog. Verwijzing uit de 2e lijn betekent patiënten die door een specialist (zoals neuroloog, neurochirurg of orthopeed) zijn doorverwezen met een duidelijke vraag. Indien een patiënt bij nader inzien meer complex blijkt, is het de professionele taak van de PA om dit te herkennen en de patiënt over te dragen aan een anesthesioloog.
- Perifere blokkades en trigger point injecties (n. occipitalis, injectie voor littekenpijn, marcaïnatie heup, slijmbeurs injectie (bursitiden), n. suprascapularis, ilio-inguinalis.
- Qutenza behandelingen
- Tens
- Iontoforese

In zijn algemeenheid geldt dat alle handelingen van hogere complexiteit met gekende ernstige risico's niet in aanmerking komen voor herschikking. Dit zijn:

- Diagnosestelling en behandelplan opstellen bij hoog complexe patiënten met chronische pijn uit zowel de 1e als 2e lijn. Onder hoog complexe patiënten met chronische pijn worden patiënten bedoeld die andere klachten hebben dan eenduidige veel voorkomende diagnoses, zoals specifieke lage rug- of nekklachten met of zonder uitstraling en waarbij nog geen diagnostiek is uitgevoerd. De PA kan van grote toegevoegde waarde zijn voor de diagnosestelling, het opstellen van een behandelplan en het opvolgen ervan (continuïteit van zorg) in deze categorie patiënten, echter dit zal onder supervisie van de anesthesioloog-pijngeneeskundige gebeuren. Derhalve is hier sprake van taak verschuiving.

- Zorg bij oncologische pijn. De PA kan van grote toegevoegde waarde zijn voor de diagnosestelling, het opstellen van een behandelplan en het opvolgen ervan (continuïteit van zorg) in deze categorie patiënten, echter dit zal onder supervisie van de anesthesioloog-pijngeneeskundige gebeuren. Derhalve is hier sprake van taakverschuiwing.
- Alle neuraxiale behandelingen (injecties) en andere direct wervelkolom-gerelateerde blokkades (bijv wortel blokkades, facetdenervaties, sympaticusblokkade, epidurale injecties, enz).
- Invasieve blokkades van hersenzenuwen voor o.a. de behandeling van aangezichtspijn.
- Splanchnicus blokkade, coeliacus blokkade.

#### Toekomstvisie

De PA kan een belangrijke plaats innemen in de pijngeneeskunde. Enerzijds zal dit een ondersteunende rol zijn (taakverschuiwing) voor meer complexe zaken zoals zorg bij oncologische pijn, neuromodulatie en epiduroscopie. Dit is een winst voor de continuïteit van zorg. Dit gebeurt voortdurend onder supervisie en verantwoordelijkheid van de anesthesioloog. Anderzijds bestaat er zeker een rol voor de PA als verantwoordelijke behandelaar, waarbij enkele taken volgens taakherschikking binnen zijn of haar pakket behoren. De grote winst binnen de pijngeneeskunde is te halen in een goede screening vooraf welke patiënten wel en welke niet door deze zorgprofessional aan de poort gezien kunnen worden.

#### 4. Procedurele sedatie en / of analgesie

Procedurele sedatie en/of analgesie (verder afgekort als PSA): toedienen van een sedativum en/of analgeticum in het kader van een pijnlijke, stresserende en/of immobiliteit vereisende diagnostische of therapeutische procedure met de bedoeling om deze procedure veilig en maximaal comfortabel voor de patiënt te laten verlopen (dit wil zeggen met een maximaal onderdrukken van pijn, stress of angst) en dankzij het optimaliseren van het patiëntencomfort bij te dragen aan optimale diagnostische of therapeutische condities. Aan PSA is een zorgtraject gekoppeld vanaf pre-sedatie screening tot en met de recovery.

Sedatie wordt onderverdeeld in lichte sedatie/anxiolyse enerzijds en matige en diepe sedatie anderzijds. In dit document wordt ingegaan op herschikking van taken binnen het domein PSA, in het bijzonder matige en diepe sedatie. Het geven van PSA behoort niet tot het exclusieve werkterrein van de anesthesioloog. In samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen is de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie betrokken geweest bij het opstellen van de landelijke sedatierichtlijnen: 'Sedatie en/of analgesie door niet-anesthesiologen' (1998), 'Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer' (2012). In deze laatste richtlijn, goedgekeurd door alle wetenschappelijke verenigingen en ondersteund door de Inspectie van de Volksgezondheid, komt taakverschuiving (delegatie) en taakherschikking nadrukkelijk aan de orde en is op dit moment feitelijk geëffectueerd.

Gezien de complexe interacties tussen sederende en analgetische medicatie, onderliggende gezondheidstoestand van de patiënt en uit te voeren procedure, wat tot de expertise van de anesthesioloog behoort, wordt PSA geïdentificeerd als een risicovolle handeling die wordt beoordeeld als ware het een voorbehouden handeling "het brengen onder narcose".

Conform de richtlijn 2012 wordt een arts die de verrichting/procedure uitvoert als verantwoordelijk beschouwd voor de diagnostische of therapeutische procedure waarbij de PSA wordt toegepast en is daarmee ook verantwoordelijk voor de PSA, maar kan die taak overdragen aan een persoon die daartoe aantoonbaar bekwaam is en complicaties kan opvangen, bijvoorbeeld een sedationist.

De PA Anesthesiologie is daarbij voldoende opgeleid en is bevoegd mits bekwaam om in opdracht van de hoofdbehandelaar zelfstandig zorg te dragen voor het gehele sedatietraject vanaf preoperatieve screening tot en met de recovery, waarbij voor ASA 3 en ASA 4 patiënten een anesthesioloog laagdrempelig voor consult beschikbaar is en indien nodig voor medebehandeling op verzoek van de hoofdbehandelaar en/of de PA.

De verantwoordelijkheid voor de medisch-organisatorische taken rond sedatie ligt bij de ziekenhuizen, in de vorm van een verplichte lokale sedatiecommissie. Tevens is er een landelijk orgaan dat toeziet op de implementatie van de richtlijn sedatie, de Landelijke Begeleidingscommissie Sedatie. De maatschap / vakgroep anesthesiologie is op lokaal niveau betrokken bij de organisatie en kwaliteit van de sedatiepraktijk door deelname in de lokale sedatiecommissie, en door bij voorkeur het voorzitterschap hiervan op zich te nemen. Taak van deze lokale commissie is om in elk ziekenhuis heldere afspraken te maken tussen hoofdbehandelaar, anesthesioloog en medisch management op het gebied van protocolontwikkeling, complicatieregistratie en evaluatie van PSA.

De PA anesthesiologie verzorgt zelfstandig het gehele traject vanaf peroperatieve screening tot en met de recovery. Hierbij zijn de volgende deeltaken te onderscheiden:

1. De PA anesthesiologie verleent op de juiste wijze de zorg voorafgaand aan de PSA aan ASA 1,2,3 en 4 patiënten bij onderzoeken en/of behandelingen binnen diverse specialismen. In het geval van ASA 3 en ASA 4 patiënten is een anesthesioloog laagdrempelig voor consult beschikbaar is.

De PA anesthesiologie is hierbij in staat om:

- zelfstandig de noodzakelijke medische voorbereidende zorg gericht op de PSA te verlenen of te regisseren;
- de anamnese af te nemen en gericht lichamelijk onderzoek voor de PSA uit te voeren;
- de patiënt binnen de juiste ASA-klasse te plaatsen en te beoordelen of de patiënt geschikt is om de PSA door de PA anesthesiologie te kunnen ondergaan;
- een informed consent conform de WGBO af te sluiten;
- indien nodig op het juiste moment de anesthesioloog te consulteren;
- de verslaglegging van de pre- sedatiezorg doeltreffend uit te voeren.

2. De PA anesthesiologie dient zelfstandig matige en of diepe PSA op veilige wijze toe conform richtlijn sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer (2012).

Hij is hierbij in staat om:

- zelfstandig hypnotica, analgetica en overige medicatie toe te dienen;
- de vitale functies te bewaken gebruikmakend van geavanceerde medische apparatuur;
- zo nodig de vitale functies van de patiënt veilig te stellen;
- de gegevens in relatie tot elkaar te kunnen analyseren en interpreteren;
- het sedatie- en analgesieniveau van de patiënt te beoordelen en zo nodig bij te stellen tijdens onderzoeken, behandelingen en operaties binnen diverse specialismen;
- de omschreven voorbehouden medische handelingen zelfstandig te verrichten;
- in te spelen op de veranderende omstandigheden tijdens de behandeling;
- beslissingen nemen over de voortgang van de PSA in samenspraak met de behandelaar;
- medische problemen met betrekking tot de PSA efficiënt aan te pakken, door klinisch te redeneren en te handelen;
- zorg te dragen voor volledige verslaglegging en complicatieregistratie van de PSA.

3. De PA anesthesiologie draagt zorg en ziet toe op een zorgvuldige bewaking van de patiënt tijdens de herstelfase na de PSA.

Hij is hierbij in staat om:

- zelfstandig de noodzakelijke zorg na de PSA aan de patiënt te verlenen of te regisseren;
- zorg te dragen voor verslaglegging en complicatieregistratie van de zorg na de PSA;
- te beoordelen of de patiënt kan worden ontslagen uit het ziekenhuis, instelling of recovery en geeft hiervoor de benodigde instructies aan de (recovery)verpleegkundige en patiënt.





