

***BEROEPSPROFIEL VAN DE  
OPERATIEASSISTENT 2012***



***BEROEPSPROFIEL VAN DE  
OPERATIEASSISTENT 2012***

## Professionals

Het beroepsprofiel van de operatieassistent dat de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten heeft gemaakt, is een voorbeeldig stuk werk. Het profiel lezend moest ik meer en meer denken aan een lezing van Atul Gawande, bij de opening van het afgelopen academisch jaar aan de Harvard Business School. In een aantal fraaie alinea's schetst hij de enorme ontwikkelingen die de ziekenhuiszorg in enige decennia heeft doorgemaakt.

Het medische vak en de opbouw van het zorglandschap ontwikkelden zich in een periode waarin dokters alle sleutel informatie van patiënten als het ware uit het hoofd kenden. Medische vaardigheden en beroeps kennis waren verenigd in de persoon van de arts. Naast die kennis had hij of zij een flinke dosis arbeidsethiek nodig, plus een secretariaat en een ziekenhuis dat hem in staat stelde het vak uit te oefenen. De verpleging stond ondertussen garant voor de dagelijkse levensbehoeften van patiënten en voor toewijding. Autonomie, professionaliteit en onafhankelijkheid waren kernwaarden. Zorg verlenen was met andere woorden een klassiek ambacht. Alle competenties waren verenigd in de ene persoon van de zorgverlener.

Die tijd ligt ver achter ons. Een arts beschikt over

slechts een deel van de kennis die op medisch gebied in razendsnel tempo is ontwikkeld en verzameld. De zorgverlener moet zijn vaardigheden inzetten in teamverband, willen deze tot hun recht komen. Voor een feilloze organisatie van het zorgproces is hij op anderen aangewezen. Zowel op medisch als op organisatorisch vlak is sprake van specialisatie en daarmee ook van de dure noodzaak tot samenwerking. Waar die samenwerking tekortschiet, schiet de zorg tekort, niet zelden ten koste van de patiënt.

We hebben – zo stelt Gawande – verbazingwekkend kundige klinici en verbluffende technologische ontwikkelingen, maar niet zelden nog steeds te weinig besef dat de vaardigheden en technieken samenkomen in een complex proces van zorg, ten behoeve van gewone en vaak erg afhankelijke mensen. Maar ondertussen trainen en betalen we artsen alsof het enkelingen zijn. Alsof het enkelingen zijn, terwijl de zorg vraagt om teamspelers. Teamspelers die geschoold dienen te worden in communicatieve vaardigheden, in samenwerking, in assertiviteit ten behoeve van de patiënt, in het verzamelen van data om zo met spiegelinformatie zichzelf te verbeteren, in het hanteren van checklists, in het optimaal organiseren van het zorgproces. Teamspelers ook, die het aandurven de ander aan te spreken als er fouten dreigen te worden gemaakt, maar die op hun

beurt ook kritiek kunnen incasseren en hun ego dus opzich kunnen zetten, ongeacht de plaats in de hiërarchie of pikorde.

Wie met deze ogen het voorliggende beroepsprofiel leest, kan niet anders dan enthousiast zijn. Hier worden kerntaken en competenties geplaatst in de dynamische omgeving die de zorg eigen is. Veel nadruk wordt er gelegd op communicatie, op veilig werken, op het afleveren van kwaliteit, op het op peil houden van de eigen vaardigheden en die van de beroepsgroep. En dat op een manier die enthousiasmeert en waaruit toewijding spreekt. Daarmee appelleert het beroepsprofiel aan jonge mensen die hart voor de zorg en hun medemensen hebben.

In een tijd waarin de vergrijzing personeel in de zorg schaars maakt, is dat een grote verdienste. Verbetering van de zorg en het promoten van het beroep gaan hier hand in hand. Dat is niet verwonderlijk: de zorg leeft uiteindelijk van professionals die voor de patiënt gaan. Dat maakt ook het beroep van operatieassistent aantrekkelijk. De opstellers van dit beroepsprofiel verdienen een groot compliment. Zij leverden een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de zorg en produceerden een aanstekelijke beschrijving van de kern van hun vak.

**Ab Klink**



## **Inhoud**

<b>Voorwoord Ab Klink</b>	<b>pagina 4</b>
<b>1 Inleiding en verantwoording</b>	<b>pagina 8</b>
<b>2 Positiebepaling</b>	<b>pagina 12</b>
<b>3 Ontwikkelingen</b>	<b>pagina 18</b>
<b>4 Kerntaken</b>	<b>pagina 30</b>
<b>5 Competentieprofiel</b>	<b>pagina 50</b>
<b>Bijlages</b>	<b>pagina 58</b>

# 1 INLEIDING EN VERANTWOORDING



## Voor u ligt een actueel en op de toekomst gericht beroepsprofiel van de operatieassistent. Reeds ingezette en te verwachten ontwikkelingen vereisen een herbezinning op het beroep, om zowel de kwaliteit als de kwantiteit van operatieassistenten te kunnen blijven waarborgen. Met dit beroepsprofiel wil de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO) daaraan bijdragen.

De LVO zet hiermee de eerste stap om zich samen met de opleidingsinstituten, de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), het College Zorg Opleidingen (CZO) en overheden in te zetten voor:

- kwaliteitsgarantie van de operatieve zorg; momenteel is de kwaliteit niet optimaal gegarandeerd, omdat op de operatieafdeling soms ook personeel wordt ingezet waarvan de kwaliteit niet eenduidig omschreven en controleerbaar is;
- het op peil houden van de personele bezetting van de operatieafdelingen en regulering van de arbeidsmarkt;
- erkenning van het beroep of het diploma, zo mogelijk in artikel 3 of 34 van de Wet BIG, met daaraan gekoppeld een registratiesysteem;
- versterking van de aantrekkingskracht van opleiding en beroep op middelbare scholieren;
- een opleidingscontinuüm met carrièremogelijkheden;
- *lifetime learning*; dit vraagt om personeel dat zich blijft meeontwikkelen met de:
  - medisch-technische vooruitgang;
  - intensivering van de zorg bij de vergrijzing van het patiëntenaanbod;
  - veranderende maatschappelijke invloeden op de gezondheidszorg.

### 1.1 Functies

Dit beroepsprofiel levert een bijdrage aan de verdere professionalisering van operatieassistenten. Het:

- vergroot de herkenbaarheid van het beroep en geeft inzicht in het werk, waardoor het gebruikt kan worden als 'visitekaartje' van de operatieassistent;
- is een instrument om de kwaliteit en de positie van het beroep te bepalen en de uitoefening daarvan te bevorderen en te bewaken, doordat het de grondslag kan vormen voor het ontwikkelen van gedragsregels, richtlijnen en het handhaven van het kwaliteitsregister;
- is een instrument om de kwaliteit van de inserviceopleiding vast te stellen en te bewaken: de kerntaken en competenties in dit beroepsprofiel kunnen de basis vormen voor de eindtermen en leerdoelen van opleidingen (zie tabel 1);
- kan een hulpmiddel zijn voor het functiewaarderingsstelsel.

### 1.2 Reikwijdte

Dit beroepsprofiel betreft operatieassistenten op het eerste competentieniveau.

Een operatieassistent op het eerste competentieniveau:

- is inzetbaar bij alle voorkomende situaties, ingrepen en specialismen op de operatieafdeling;
- voldoet aan de eindtermen vastgelegd in de 'Regeling

		Voorbeeld
<b>Kerntaken</b>	Wat doet een operatieassistent?	Legt bloedleegte aan bij patiënten.
<b>Competenties</b>	Wat moet een operatieassistent hiervoor weten, kunnen en willen?	Moet hiervoor medisch-technisch vaardig zijn, moet kunnen communiceren en samenwerken en de eigen deskundigheid op peil houden.
<b>Eindtermen</b>	Welk eindgedrag wordt vereist?	De operatieassistent draagt zorg voor het aanleggen van bloedleegte.
<b>Leerdoelen</b>	Hoe leert de operatieassistent dit?	De operatieassistent kan aan het eind van de leerperiode bloedleegte aanleggen bij een patiënt, en dit wordt getoetst aan de hand van criteria.

Tabel 1 Relatie tussen kerntaken, competenties, eindtermen en leerdoelen

CZO ziekenhuisopleidingen – deskundigheidsgebieden en eindtermen’ (CZO 2007) of heeft een hbo-bacheloropleiding afgerond die voldoet aan de competenties van dit beroepsprofiel;

- kan alle kerntaken en rollen zoals beschreven in hoofdstuk 4 uitvoeren op hoogcomplex niveau.

Het is mogelijk dat niet alle operatieassistenten zich herkennen in de omschrijvingen van de kerntaken, rollen en competenties. Dit kan te maken hebben met de organisatorische context waarin ze werkzaam zijn. Voor een operatieassistent die werkzaam is in een academisch ziekenhuis worden de accenten waarschijnlijk gelegd op andere taken en rollen dan voor een operatieassistent in een perifeer ziekenhuis. Het beroepsprofiel is geschreven voor de volle breedte van het beroep.

### 1.3 Differentiatiemogelijkheden

Op de operatieafdelingen is de trend van differentiatie ingezet. De LVO vindt niveaudifferentiatie acceptabel,

mits de kwaliteit van de operatieve zorg gegarandeerd wordt en de niveaus objectief en eenduidig beschreven worden. Het moet duidelijk zijn wat wordt bedoeld met:

- eerste competentieniveau;
- tweede competentieniveau.

De LVO spreekt nadrukkelijk over eerste en tweede *competentieniveau* en niet over eerste en tweede *deskundigheidsniveau*; bij competenties gaat het om de combinatie van deskundigheid, vaardigheden en beroepshouding.

Een operatieassistent op het eerste competentieniveau kan alle in dit beroepsprofiel genoemde kerntaken uitvoeren op hoogcomplex niveau.

De partijen die betrokken zijn bij het opleiden van en werken met de operatieassistenten op het tweede competentieniveau (werkveld, opleidingen, NFU, NVZ, CZO, LVO, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) zullen gezamenlijk moeten bepalen hoe het tweede competentieniveau precies wordt afgebakend, zodat op basis

daarvan functieomschrijvingen en eindtermen voor deze opleidingen kunnen worden vastgesteld.

Dit beroepsprofiel biedt voldoende instrumenten (taken, rollen, competenties en complexiteitsbeschrijvingen) om de kwaliteiten van een operatieassistent op het tweede competentieniveau te beschrijven.

#### **1.4 Verantwoording**

Voor de opbouw van het profiel is gebruikgemaakt van het Colo-format (Colo 2003). Achtereenvolgens worden beschreven: de positie van het beroep, de ontwikkelingen die van invloed zijn op het beroep, de kerntaken en de competenties. Het profiel eindigt met een literatuurlijst en vijf bijlagen.

De ontwikkelingen zijn beschreven op basis van onderzoeken, publicaties en andere relevante documenten, zoals opleidingsplannen en beroepsprofielen van andere beroepsbeoefenaren.

De leden van de werkgroep Beroepsprofiel (zie bijlage 4) van de LVO hebben alle relevante documenten bestudeerd en geanalyseerd, en op basis daarvan het nieuwe beroepsprofiel opgesteld. De LVO heeft ook advies en ondersteuning gevraagd aan EXPOSZ, een opleidings- en adviescentrum voor sport en zorg, verbonden aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. Een expertgroep bestaande uit LVO-leden en andere experts (zie bijlage 5) heeft het conceptberoepsprofiel van de werkgroep becommentarieerd. Tevens zijn NVZ, NFU, CZO, Calibris en opleidingsinstituten geconsulteerd. Het LVO-bestuur heeft het conceptberoepsprofiel goedgekeurd.

In dit profiel wordt naar de operatieassistent of de patiënt verwezen met 'hij'. Vanzelfsprekend wordt hiermee ook de vrouwelijke beroepsbeoefenaar/patiënt bedoeld.

# 2 POSITIEBEPALING

# In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de positie van de operatieassistent. Hoe zien het vakgebied en het werkterrein van operatieassistenten eruit, met welke wet- en regelgeving hebben ze te maken, welke studies leiden op tot operatieassistent en welke beroepsverenigingen bestaan er voor operatieassistenten?

## **2.1 Vakgebied**

De kerntaken van de operatieassistent omvatten het beheren van medische hulpmiddelen, het verlenen van zorg, communicatie met de patiënt, organisatie en beheer, samenwerken, kwaliteits- en veiligheidszorg, het op peil houden van de eigen competenties, coachen en onderwijzen, beroepsinnovatie en participatie in wetenschappelijk onderzoek (zie hoofdstuk 4). Deze taken zijn primair gericht op de belangen, behoeften en veiligheid van de patiënt.

Operatieassistenten moeten inzicht hebben in de factoren die van belang zijn om deze werkzaamheden op een juiste wijze uit te voeren. Hierbij dienen ze gebruik te maken van evidencebased materiaal.

Operatieassistenten dienen competent te zijn op hun werkterrein. Ze zijn verantwoordelijk voor hun eigen professionele handelen en hierop aanspreekbaar. Communicatie en samenwerking met de leden van het multidisciplinaire team is essentieel.

De kwaliteit van de zorgverlening dient ook samen te gaan met een zorgvuldige omgang met en een goede informatievoorziening aan de patiënt, diens naasten en eventuele begeleiders.

Door de ontwikkelingen op technologisch en zorginhoudelijk gebied zijn de taken van operatieassistenten complexer geworden en hebben ze meer verantwoordelijkheden gekregen. Ze moeten professionals zijn die beroepsinhoudelijke kennis, inzichten en vaardigheden integreren en het vermogen hebben om te blijven leren na de opleiding.

## **2.2 Werkterrein**

Operatieassistenten zijn werkzaam binnen een academische, topklinische, perifere of privézorginstelling of binnen een zelfstandig behandelcentrum. Hierbinnen kunnen zij werken op de operatieafdeling of de dagbehandeling. Vaak vallen deze twee afdelingen onder één cluster. Operatieassistenten kunnen daarnaast werkzaamheden verrichten op een onderzoeks- en/of behandelkamer, spoedeisende hulp of intensive care.

Ze maken deel uit van een multidisciplinair operatieteam, dat behalve uit twee of drie operatieassistenten bestaat uit een anesthesiemedewerker, één of meer operateurs en de anesthesioloog. Vaak zijn ook andere disciplines bij de zorg betrokken, zoals een radiologisch laborant, medisch technicus, eeg-laborant, perfusionist of transplantatiecoördinator. Daarnaast werkt de operatieassistent samen met de ondersteunende diensten van de operatieafdeling, zoals de centrale sterilisatieafdeling, de verpleegafdelingen, de radiologieafdeling en laboratoria.

Er werken Nederlandse operatieassistenten in buitenlandse ziekenhuizen. In verreweg de meeste landen moet de operatieassistent daarvoor minstens verpleegkundige zijn. Sommige operatieassistenten werken in het buitenland voor defensie of een organisatie voor ontwikkelingshulp.

## **2.3 Wet- en regelgeving**

Tijdens de beroepsuitoefening heeft de operatieassistent te maken met verschillende wetten en regels. Direct van toe-

passing op de operatieassistent zijn de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Regeling Opleidingen Operatieassistent en Anesthesiemedewerker van het College Zorg Opleidingen (CZO). Indirect gaat het bijvoorbeeld om de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet bescherming persoonsgegevens.

### 2.3.1 Wet BIG

De Wet BIG bevat regels voor de zorgverlening door beroepsbeoefenaren. Er wordt in weergegeven wie welke voorbehouden handelingen mag uitvoeren, wie welke titel mag voeren en wie zich moet registreren. Ook is vastgelegd dat het tuchtrecht van toepassing is op beroepsbeoefenaren die onder deze wet vallen. Operatieassistenten worden in de Wet BIG niet genoemd. Daardoor is ook geen sprake van titelbescherming, noch van bescherming van de opleidingstitel. Dit betekent dat in Nederland iedereen zich operatieassistent mag noemen en dat klinieken iedereen in deze functie kunnen plaatsen. Ook operatieassistenten van het tweede competentieniveau of buitenlandse werknemers zonder Nederlands diploma kunnen hierdoor zonder controle van de opleidingskwaliteit op een operatieafdeling gaan werken.

Operatieassistenten vallen wel binnen de reikwijdte van de Wet BIG. Volgens deze wet mogen mensen die bekwaam zijn tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen deze handelingen uitvoeren in opdracht van een specialist. Zowel de beroepsbeoefenaar (operatieassistent) als de opdrachtgever (specialist) moet eerst vaststellen dat de beroepsbeoefenaar beschikt over de bekwaamheid om de opdracht naar behoren uit te voeren. De opdrachtgever moet zo nodig ook direct beschikbaar zijn.





### 2.3.2 *Regeling Opleidingen Operatieassistent en Anesthesiemedewerker*

In de Regeling Opleidingen Operatieassistent en Anesthesiemedewerker 2010 van het CZO is vastgelegd dat het beroep van operatieassistent een medisch assisterend beroep is en dat de operatieassistent op grond van eigen deskundigheid onder verantwoordelijkheid van de snijdend specialist medisch ondersteunende werkzaamheden kan verrichten ten behoeve van de snijdend specialist.

## 2.4 *Opleidingen*

De meest voorkomende opleiding tot operatieassistent is de driejarige inserviceopleiding. Sinds 2008 zijn er daarnaast hbo-opleidingen die een uitstroomprofiel operatieassistent aanbieden. Op het tweede competentieniveau worden ook opleidingen aangeboden. Er zijn nog verschillende opleidingen in ontwikkeling die opleiden tot operatieassistent of een beroep dat daar raakvlakken mee heeft (zie 3.4.1).

### 2.4.1 *Inserviceopleiding*

Ministerieel gezien valt de inserviceopleiding tot operatieassistent, een brancheopleiding gefinancierd door de ziekenhuizen, onder het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). De eindtermen van de opleiding worden vastgesteld door het College Zorg Opleidingen (CZO) van de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Het CZO bepaalt ook de vooropleidingseisen van de studenten en erkent instellingen die voldoen aan de landelijk vastgestelde eindtermen. Tijdens de driejarige inserviceopleiding is de lerende 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 opleidingscentrum. Er zijn negen opleidingscentra in Nederland waar de ziekenhuizen hun studenten voor het theoriedeel van de opleiding naartoe kunnen sturen.

Elk opleidingsziekenhuis gaat een samenwerkingsverband aan met een opleidingscentrum naar keuze. Deze samenwerking moet een erkenning van het CZO hebben. De erkenning geldt telkens voor een periode van vijf jaar. De opleidingsinstituten en de ziekenhuizen bepalen zelf hoe ze de opleiding precies vormgeven binnen de kaders van de CZO-regelingen (CZO 2007/2010). Ze maken samen afspraken over onder andere het aantal lesweken, de lesvorm, de toetsing en de wijze waarop de opleiding wordt afgerond. Na het behalen van de eindtermen krijgt de student het landelijk erkende CZO-diploma operatieassistent.

### 2.4.2 *Hbo-opleidingen*

De regelgeving, erkenning en bekostigingsstructuur van hbo-opleidingen verschilt van die van de inserviceopleiding. Hbo-opleidingen ressorteren onder het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap (OC&W). De accreditatie (erkenning) van deze opleidingen is in handen van de Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie. Twee hbo-bacheloropleidingen bieden inmiddels de mogelijkheid tot een uitstroomprofiel operatieassistent. Het gaat om hbo-v-technische stroom van de Fontys Hogeschool Eindhoven en die van de Hogeschool Zuyd in Heerlen. Deze opleidingen leiden studenten breed op tot verpleegkundige én operatieassistent. Bij deze opleidingen tot operatieassistent worden de CZO-eindtermen gerespecteerd. Door de combinatie met verpleegkunde is BIG-registratie mogelijk.

### 2.4.3 *Nog niet erkend: tweede competentieniveau*

Onder meer de Amstel Academie in Amsterdam en de Erasmus MC Zorgacademie in Rotterdam bieden een opleiding aan tot operatieassistent op het tweede competentieniveau. Deze opleidingen hanteren echter niet dezelfde complexiteitsomschrijvingen, taakgebieden en rollen. Een operatieassistent op het tweede competentieniveau voert in principe taken uit die minder complex zijn en wordt niet ingezet bij acute ingrepen.



## **2.5 Beroepsverenigingen**

Al meer dan dertig jaar is de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO) dé vereniging voor en door operatieassistenten. De LVO vertegenwoordigt bijna de helft van alle operatieassistenten in Nederland. De vereniging investeert in de kwaliteit van operatieve zorg en techniek door het organiseren van bij- en nascholing voor haar leden en door het ontwikkelen van richtlijnen (zie 3.3.2). Ook op andere manieren behartigt zij de belangen van haar leden. Zo heeft de LVO aansluiting geregeld bij het KABIZ-kwaliteitsregister (zie 3.3.4), waar operatieassistenten zich kunnen laten registreren. Daarnaast biedt de LVO collectieve en individuele rechtsbijstand.

Via de beroepsorganisatie van de verpleging en verzorging NU'91 worden de belangen van operatieassistenten vertegenwoordigd in de cao-onderhandelingen.

De LVO is vertegenwoordigd in de Europese organisatie European Operating Room Nurses Association (EORNA). Deze heeft als doelstellingen: het stimuleren van nationale en internationale (h)erkenning van het beroep operatieassistent; het opstellen van een gezamenlijk beroepsprofiel met als uitgangspunt het verbeteren en garanderen van de kwaliteit van de pre-, per- en postoperatieve patiëntenzorg op de OK; en het streven naar erkenning van dit gezamenlijke beroepsprofiel door het Europees Parlement. Via deze organisatie is de LVO ook aangesloten bij de wereldorganisatie International Federation of Perioperative Nurses (IFPN). IFPN en EORNA wisselen internationaal informatie uit over ontwikkelingen binnen het beroep. Binnen de aangesloten landen wordt ook gezocht naar overeenstemming over de opleiding.

# 3 ONTWIKKELINGEN

Er zijn veel veranderingen gaande die de beroepsuitoefening van de operatieassistent beïnvloeden. Operatieassistenten moeten hiervan op de hoogte zijn, zodat zij alert kunnen reageren. Het gaat om maatschappelijke ontwikkelingen, maar ook om ontwikkelingen op het gebied van beroepsinhoud, gezondheidszorg, onderwijs, medische technologie, digitalisering, levensfasebewust personeelsbeleid en arbeidsmarkt.

### 3.1 Maatschappij

De individualisering, de vergrijzing, welvaartsziekten, reizen, de multiculturele samenleving en de toegenomen mondigheid van patiënten hebben hun weerslag op het werk van de operatieassistent.

#### 3.1.1 Individualisering

Mensen vinden gezin en hobby's steeds belangrijker (SCP 2009/2011). Ze kiezen er daarom vaker voor parttime te werken. Ook op de operatieafdeling werken meer parttimers.

Dit vereist meer aandacht van de operatieassistenten voor goede samenwerking, communicatie, overdracht van taken en protocollering. De administratieve druk kan hierdoor toenemen, aangezien alle werkprocessen goed gedocumenteerd en up-to-date gehouden moeten worden. Werknemers in de zorg zijn nu al 40 procent van hun tijd kwijt aan administratieve taken ([www.menzis.nl](http://www.menzis.nl)).

Parttime werken heeft ook consequenties voor bereikbaarheidsdiensten, leerlingbegeleiding en inzetbaarheid bij operaties. Dit kan problemen opleveren op het gebied van management en planning.

Een goede werk-privébalans wordt door zowel parttimers als fulltimers belangrijk gevonden. Om de balans te behouden zijn vaardigheden op het gebied van timemanagement nodig, zeker gelet op de extra bereikbaarheidsdiensten die

in de nacht en in het weekend worden gedraaid boven op de contract-uren.

#### 3.1.2 Vergrijzing en welvaartsziekten

Door de vergrijzing krijgt de operatieassistent ook steeds meer te maken met oudere patiënten. Het aandeel 65-plussers blijft flink toenemen, en mensen worden ook nog eens ouder dan vroeger. Rond 2040 – de vergrijzingspiek – zijn 4,6 miljoen mensen 65 jaar of ouder ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)).

Patiënten zijn niet alleen steeds ouder, ze lijden ook vaker aan welvaartsziekten, zoals obesitas, hart- en vaatziekten, diabetes en artrose (CBS 2011). Door de vergrijzing en opkomst van welvaartsziekten komen comorbiditeiten, chronische aandoeningen en complicaties vaker voor.

De operatieve zorg die de operatieassistent verleent, wordt hierdoor complexer en vereist meer kennis. Hierdoor opereren ook vaker meerdere specialisaties bij een patiënt, wat hoge eisen stelt aan de samenwerking tussen medewerkers uit verschillende disciplines en branches.

Door de groeiende populatie obese patiënten wordt het voor de operatieassistent fysiek steeds zwaarder. Dit maakt het belangrijker om de eigen fysieke belasting en mogelijkheden op het gebied van ergonomie bespreekbaar te maken.

Bij obese patiënten treden relatief veel complicaties op. De kans op het achterlaten van operatiemateriaal is bijvoorbeeld vele malen groter dan bij een patiënt met een BMI < 25 (LVO 2009). Ook moet langer en speciaal instrumentarium worden aangeschaft, wat kostenverhogend werkt.

### 3.1.3 Reizen en multiculturele samenleving

Doordat mensen verder en vaker reizen ontstaat een grotere kans op infectieziekten (reizigersziekten) en het verspreiden hiervan. Ook immigranten kunnen besmet zijn met infectieziekten die in Nederland bijna niet meer voorkomen, zoals tuberculose en hepatitis (importziekten). Ziekenhuizen zijn vooral beducht voor een infectie met de MRSA-bacterie, waardoor hele afdelingen gesloten moeten worden ([www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)). Ook ziekten zoals EHEC, Q-koorts en kinkhoest steken de kop (weer) op. Operatieassistenten moeten goed op de hoogte zijn van preventieve maatregelen om besmettingen te voorkomen.

### 3.1.4 Mondige en kritische patiënten

Door het gebruik van nieuwe media beschikken patiënten snel over allerlei medische informatie en zijn zij mondiger geworden. Patiënten zijn ook beter georganiseerd in belangenorgeraties en patiëntenverenigingen, die eenvoudiger bereikbaar zijn via internet. De operatieassistent moet de informatie waarover patiënten en hun naasten beschikken op waarde kunnen schatten en er gepast op kunnen reageren.

## 3.2 Beroepsinhoud

Operatieassistenten maken een proces van professionalisering door. Ze dragen steeds meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gedrag en voor het functioneren van het multidisciplinaire team waarvan zij lid zijn. Daarnaast hebben zij te maken met taakverschuivingen.

### 3.2.1 Professionalisering

Meer en meer worden operatieassistenten aangesproken op hun rol als professional. Ze moeten de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid op zich nemen, goed samenwerken, anderen op fouten aanspreken en zichzelf op fouten laten aanspreken als kwaliteit en veiligheid voor de patiënt in het geding zijn. Ook hebben ze de plicht calamiteiten te melden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) schreef in 2009 het volgende over de rol van professionals: 'Het bestuur van een zorginstelling is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. De professionals die deze zorg leveren hebben daarbij een eigen professionele verantwoordelijkheid en spreken elkaar daarop aan. Het bestuur van een zorginstelling vraagt verantwoording aan de professionals, de professionals leggen verantwoording af.'

Er wordt ook steeds meer gewerkt volgens evidencebased richtlijnen. Operatieassistenten moeten hiervan op basis van hun professionele autonomie kunnen afwijken. Dit dienen zij goed te beargumenteren en te documenteren. Protocolair werken is nodig. Ook de kennis, kunde en vaardigheden om hiervan af te wijken zijn essentieel.

Bij eigen professionele verantwoordelijkheid hoort ook het zelf maken van richtlijnen en protocollen. Het ontwerpen van protocollen en richtlijnen is immers niet alleen een taak van een beroepsvereniging maar van elke beroepsbeoefenaar; dat hoort bij de 'eigen professionele verantwoordelijkheid' waarover de IGZ spreekt.

De operatieassistent moet dus volgens het evidencebased principe kunnen werken. Kritisch kunnen reflecteren op eigen handelen en wetenschappelijke (vaak Engelstalige) literatuur kunnen beoordelen en interpreteren is hiervoor vereist.

In een professioneel team zijn communicatieve vaardigheden zeer belangrijk. Daarnaast zijn nog zes componenten

van belang voor effectief teamwerk op de operatieafdeling (Davies, 2005): situationeel bewustzijn, probleemidentificatie, beslissingen nemen, werklastverdeling, tijdsmanagement en conflictoplossing. Deze componenten moeten leiden tot een beter functioneren van het team en zorgen voor een veiligheidsverhoging bij de zorg. De IGZ pleit ook voor duidelijk omschreven teamtaken. In het team moeten deze leiden tot een open sfeer waar briefing, debriefing, observatie en discussievoering worden gestimuleerd (IGZ 2009).

### 3.2.2 Taakverschuiving

De schaarste aan operatieassistenten (zie 3.8.2) en het groeiende belang van kostenverlaging en efficiëntie (zie 3.3.1) leiden tot functie- en niveaudifferentiatie, waardoor taken van operatieassistenten worden afgestoten. Aan de andere kant krijgen zij door kostenverlaging en de toenemende aandacht voor veiligheid, kwaliteit en fysieke belasting (zie 3.3.2/3) extra taken toebedeeld.

Door de functie- en niveaudifferentiatie begeven zich nieuwe professionals op het werkerrein van de operatieassistent. Denk aan de physician assistant (PA), de operatieassistent op het tweede competentieniveau, de doktersassistent met extra taken en de logistiek medewerker operatieafdeling (zie ook 3.4.1).

Extra taken voor de operatieassistenten liggen er als ergo-coach, bedrijfshulpverlener, specialismedeskundige met budgetbevoegdheid, lid projectgroepen, werkbegeleider, praktijkopleider, dagcoördinator, programmacoördinator, roostermaker, bijscholingscoördinator, kwaliteitsfunctionaris, beleidsmedewerker en managementondersteuner. Bovendien komen coördinatie, beheer en regie van het operatieve proces terecht in het takenpakket van de operatieassistent, doordat de operatiekamermanager steeds vaker niet is opgeleid tot operatieassistent en meer gericht is op strategische en beleidszaken. Operatieassistenten zijn dus steeds meer verantwoordelijk voor het operationele management (KU Leuven 2009).

## 3.3 Gezondheidszorg

De volgende ontwikkelingen in de gezondheidszorg beïnvloeden het werk van de operatieassistent: marktwerking, aandacht voor kwaliteit en veiligheid, aandacht voor fysieke belasting, kwaliteitsregistratie en internationalisering.

### 3.3.1 Marktwerking

De overheid streeft naar gereguleerde marktwerking en transparantie in de zorg. Belangrijk doel is vraag en aanbod van zorg zo goed en economisch mogelijk op elkaar af te stemmen. Dit betekent dat er vaak gedacht wordt in termen van efficiëntie, effectiviteit en kostenbesparing, wat leidt tot scherpe budgettering en hoge eisen aan continuïteit in de ziekenhuizen. Tegelijkertijd zijn er strenge kwaliteits- en veiligheidsnormen. Dit heeft een aantal gevolgen.

#### Centralisatie

Verzekeraars stellen eisen aan het minimumaantal ingrepen die ziekenhuizen uitvoeren, zoals de Nederlandse Vereniging van Heelkunde al eerder deed (NVvH 2011). Om aan deze kwaliteitsnormen te kunnen voldoen, zullen steeds meer ziekenhuizen fuseren en/of specifieke zorg concentreren op één locatie. Concentratie van zorg kan kostenbesparend zijn, omdat bijvoorbeeld maar één duur apparaat nodig is.

#### Meer dagbehandeling

Andere verschuivingen waarmee ziekenhuizen de zorg effectiever en efficiënter proberen te maken, zijn die van klinisch naar poliklinisch. Ook het uitvoeren van ingrepen in zogeheten operatiestraten werkt efficiënter en effectiever. In operatiestraten wordt goed planbare zorg in één dag uitgevoerd. Er worden bijvoorbeeld in één dag alleen cataracten, arthroscopieën of heup- en knie-implantaties uitgevoerd. Klantgerichtheid is voor de operatieassistent ook hierbij een belangrijk uitgangspunt.

### **Zbc's en privéklinieken**

De marktwerking biedt mogelijkheden voor privéklinieken en zelfstandige behandelcentra (zbc's). Die zijn dan ook sterk in opkomst. In 2009 waren er al 195 zbc's ([www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)), vooral in en rond de grote steden. Door de komst van zbc's en privéklinieken, die beide voornamelijk laag- en middelcomplexe ingrepen verrichten, zal de operatieassistent in een algemeen of academisch ziekenhuis steeds meer worden geconfronteerd met patiënten die hoogcomplexe ingrepen moeten ondergaan.

### **Opleiding lastiger**

Concentratie en specialisatie hebben tot gevolg dat sommige ziekenhuizen meer en uitgebreidere functies krijgen en andere minder of minder uitgebreide ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)). Topklinische en academische ziekenhuizen voeren minder laag- en middelcomplexe operaties uit. In kleinere ziekenhuizen vindt juist minder hoogcomplexe chirurgie plaats. Voor leerlingen wordt het lastiger om op de eigen werkplek alle benodigde competenties te behalen.

### **Minder allrounders**

Het zeer regelmatig uitvoeren van dezelfde ingrepen, zoals in de operatiekamerstraten, en grotere differentiatie (beperkt aantal specialismen in plaats van allround) verhogen de kwaliteit van werken. Het kan echter ook leiden tot minder gevarieerd werk en personeel dat niet meer inzetbaar is bij alle operaties. Er is dan meer personeel nodig om dezelfde taken uit te voeren. Daarnaast vereist dit een goede personeelsplanning.

Ook voor de samenstelling van de dienstploeg voor de bereikbaarheidsdiensten moet rekening worden gehouden met de beperkte inzetbaarheid van operatieassistenten, zodat voldoende deskundigheid in het team wordt gepland. Dit is nog niet altijd het geval. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in een onderzoek tijdens de avond-, nacht- en weekenduren risicovolle situaties aangetroffen die ziekenhuizen beter kunnen en moeten afdekken.

### **Dedicated teams**

Met de toename van operatiestraten en gespecialiseerde operaties zien we ook een toename van dedicated teams. Dit zijn teams bestaande uit diverse disciplines die verantwoordelijk zijn voor een bepaalde categorie ingrepen en daarvoor speciaal ingewerkt zijn. Deze teams werken efficiënt en zorgen dat expertise behouden blijft.

### **Commercieel en kosteninzicht belangrijker**

De marktwerking prikkelt ziekenhuizen om kosten te besparen. Tegelijkertijd blijven de kosten stijgen door de groeiende vraag naar zorg (3.1.2) en de technische ontwikkelingen die steeds complexere ingrepen mogelijk maken (3.5). Operatieassistenten kunnen een bijdrage leveren aan de kostenbeheersing door een efficiënt en effectief gebruik van apparatuur en middelen op de operatieafdeling. Ook vanuit hun groeiende betrokkenheid bij aanschaf en gebruikadviezen in samenwerking met afdeling Inkoop kunnen ze bijdragen aan kostenverlaging. Dit vereist wel commercieel inzicht en onderhandelingsstechnieken.

#### **3.3.2 Aandacht voor kwaliteit en veiligheid**

De potentieel vermijdbare schade en potentieel vermijdbare sterfte in ziekenhuizen is onveranderd hoog. In 2008 ging het om respectievelijk 2,9 procent en 5,5 procent, geen significante verbetering ten opzichte van 2004 (NIVEL/EMGO 2010).

Mede door het bekend worden van de cijfers uit 2004 is veilig werken een hot item geworden.

In toenemende mate hechten ziekenhuizen waarde aan accreditatie door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ 2011). Daarnaast is er enorme media-aandacht voor kwaliteit in de zorg. De overheid is nauw betrokken bij handhaving van de kwaliteit. Met de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft zij formele aandacht voor kwaliteit en veiligheid verplicht gesteld.

Middels de Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt de overheid toezicht op de naleving en sanctioneert zo nodig.

De IGZ visiteert ook actief operatieafdelingen. Zij eist steeds meer dat werkwijzen zwart op wit staan. Er moeten checklisten en protocollen zijn voor alle handelingen. Uit onderzoek naar het preoperatieve traject (IGZ 2007) concludeerde de IGZ dat dit onvoldoende gestandaardiseerd is. Op basis van onderzoek naar het peroperatieve traject (IGZ 2010) achtte de IGZ het noodzakelijk dat de betrokken beroepsgroepen en ziekenhuizen hiervoor landelijke regels opstellen. Deze regels zijn nodig voor een adequate verslaggeving, dossiervoering en gegevensuitwisseling, en om verantwoording over kwaliteit en transparantie te onderbouwen. Inmiddels zijn de richtlijnen voor het pre- en peroperatieve traject ontwikkeld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) samen met de veldpartijen. Een richtlijn voor het postoperatieve traject is in ontwikkeling.

Ook andere partijen, zoals aansprakelijkheidsverzekeraars voor ziekenhuizen en ziektekostenverzekeringen, zien toe op de kwaliteit van zorg en leggen sancties op indien niet aan afgesproken criteria wordt voldaan.

Ziekenhuizen die bij MediRisk zijn aangesloten, moeten sinds januari 2008 voldoen aan door deze aansprakelijkheidsverzekeraar opgestelde eisen of 'vangnetten' (MediRisk 2007). Hiermee moeten de operatieafdelingen vermijdbare schades indammen. MediRisk heeft praktische vangnetten aangereikt voor vijf belangrijke schadecategorieën op de operatieafdeling: verwisselingen, achterblijven van materialen, apparatuur en materiaal gerelateerd, positionering en medicatie.

In januari 2008 is het VMS Veiligheidsprogramma gestart, waaraan 93 Nederlandse ziekenhuizen meedoen ([www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)). Het Veiligheidsprogramma ondersteunt ziekenhuizen bij het reduceren van onbedoelde vermijdbare schade met 50 procent. Daartoe dienen ze voor 31 december 2012 een veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

conform de veldnorm NTA 8009:2007 te implementeren. Een VMS vormt een systeem waarmee ziekenhuizen continu risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Behalve aan de implementatie van een VMS werken de ziekenhuizen ook aan de doelstellingen van tien medische thema's.

Binnen de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten (LVO) is ook veel aandacht voor kwaliteit en veiligheid. Zij heeft geparticipeerd in de werkgroep die de pre- en peroperatieve richtlijnen heeft ontwikkeld en was betrokken bij de ontwikkeling van de vangnetten van MediRisk. In 2009 heeft de LVO de landelijke richtlijn 'Onbedoeld achterblijven operatiemateriaal' gepresenteerd, die zij in samenwerking met het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO heeft ontwikkeld.

Richtlijnen zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een patiënt. Tegenwoordig worden de aanbevelingen in de richtlijnen zo veel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd (evidencebased).

### 3.3.3 Aandacht voor fysieke belasting

Fysieke belasting krijgt steeds meer aandacht op de OK. Het belang ervan groeit omdat het aandeel 50-plussers de komende jaren toeneemt, vanwege de vergrijzing en de afschaffing van de overbruggingsuitkering OBU. Onderzoek van TNO (TNO 2008) laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden meer fysieke belasting hebben dan andere beroepsgroepen. Van de operatieassistenten blijkt 47 procent het werk lichamelijk zwaar te vinden (Van der Windt 2002). Vooral repetitieve bewegingen en regelmatig lang achterelkaar staan in dezelfde, vaak ongemakkelijke, houding worden veel genoemd. Uit metingen op de werkplek (Meijssen 2004) valt het hoge percentage fysieke klachten op; die zijn vooral het gevolg van langdurig overtreden van de richtlijnen voor staand werk. Ook nachtdiensten blijken te kunnen leiden tot gezondheidsklachten en beroepsziekten ([www.arbokennisnet.nl](http://www.arbokennisnet.nl)).

Op de operatieafdeling werken steeds vaker ergocoaches. Zij proberen fysieke klachten te voorkomen door het geven van advies aan zowel de operatieassistent als het management.

### 3.3.4 *Kwaliteitsregister*

Operatieassistenten kunnen zich sinds 2008 laten registreren bij het kwaliteitsregister van de Stichting Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg (KABIZ). Twee belangrijke hoofddoelen van de stichting zijn het opzetten en in stand houden van een kwaliteitsregister voor verschillende beroepsgroepen in de zorg en het accrediten van bij- en nascholings- en andere deskundigheidsbevorderende activiteiten.

Elke gediplomeerde operatieassistent kan zich inschrijven bij het register. Tot nu toe is de inschrijving geheel vrijwillig. Het is te verwachten dat dit in de toekomst verandert (RVZ 2011).

Vijf jaar na de eerste inschrijving kan men zich laten herregistreren. De eisen voor deze periode zijn:

- minimaal 1600 uur patiëntgebonden werkzaamheden;
- minimaal 100 punten uit deskundigheidsbevorderende activiteiten, waarvan minimaal 40 uit het volgen van scholing en 40 uit activiteiten.

Accreditatiepunten worden bijgehouden in een portfolio. Deze punten zijn bijvoorbeeld te behalen door het volgen van geaccrediteerde scholing, werkervaring en activiteiten zoals het begeleiden van studenten of het ontwikkelen van protocollen.

### 3.3.5 *Internationalisering*

De operatieassistent doet zijn werk in een steeds internationale context. Steeds vaker zijn leden van het multidisciplinaire team uit het buitenland afkomstig. Ook hebben patiënten regelmatig een buitenlandse achtergrond.

Daarnaast hebben operatieassistenten steeds meer contact met collega's uit andere landen. Ze ontmoeten elkaar bij-

voorbeeld op internationale congressen, zoals dat van EORNA (zie 2.5).

Daarnaast zien we dat meer en meer Nederlandse operatieassistenten in het buitenland werken. Helaas gaat dit meestal alleen op voor de operatieassistent die tevens verpleegkundige is. Ook het samenwerken in internationale coalities komt steeds vaker voor.

Veel vakliteratuur is afkomstig uit Engelstalige gebieden. Door de opkomst van evidence-based practice krijgen operatieassistenten hier steeds vaker mee te maken. Deze ontwikkelingen vereisen dat operatieassistenten de Engelse taal beheersen.

## 3.4 *Onderwijs*

Er worden volop nieuwe opleidingen en cursussen ontwikkeld tot operatieassistent of tot beroepen die hier raakvlakken mee hebben. Er is ook een opleidingsfonds opgericht. Dat moet het voor ziekenhuizen aantrekkelijker maken om studenten op te leiden. De opleidingen werken tegenwoordig met competentiegericht onderwijs.

### 3.4.1 *Nieuwe opleidingen*

De huidige inserviceopleiding tot operatieassistent is een brancheopleiding die wordt gefinancierd door de ziekenhuizen. De opleiding valt onder het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, waardoor zij niet aangemerkt kan worden als een officiële hbo-bacheloropleiding. Dit maakt het bijvoorbeeld moeilijk voor operatieassistenten van de huidige inserviceopleiding om een masteropleiding tot bijvoorbeeld physician assistant te gaan volgen.

Het voordeel van deze vorm van opleiden is dat de student opgeleid wordt in de authentieke beroepsomgeving en snel inzetbaar is op de werkvloer. Het nadeel is dat de ziekenhuizen de regie grotendeels zelf voeren. Er is een spanningsveld tussen leren en werken; het leren van de student kan in het gedrang komen door de werkdruk en het tekort aan zorgprofessionals. De student is immers



ook werknemer. Daarnaast bestaat het gevaar dat de praktijk de invulling van de opleiding te veel bepaalt en meer belang hecht aan snél dan aan góéd opleiden.

Ziekenhuizen bepalen zelf het aannamebeleid. Door een te krap aannamebeleid is de instroom tot op heden niet toereikend geweest om voor voldoende gediplomeerde operatieassistenten op de arbeidsmarkt te kunnen zorgen.

Het onderwijsveld is in samenspraak met ziekenhuizen alternatieven aan het ontwikkelen. Hierdoor kan de opleidingscapaciteit stijgen en kan de opleiding meer aantrekkingskracht krijgen op schoolverlaters. Dit is belangrijk voor de capaciteit in de toekomst. Vooruitzichten zijn namelijk dat het aantal schoolverlaters zal dalen vanwege de bevolkingsdaling. Gezondheidszorgopleidingen moeten dus een aantrekkelijke keuze zijn voor schoolverlaters en voldoende carrièreperspectieven bieden. Omdat voor het eerste competentieniveau van operatieassistenten een hbo-instroomniveau geëist wordt, lijkt een hbo-bachelorgraad voor de hand te liggen.

Er zijn nieuwe opleidingen ontwikkeld op hetzelfde werkniveau als de bestaande inserviceopleiding (Verpleegkundetech-nische stroom, Medische Hulpverlening), op een lager niveau (Logistiek Medewerker Operatieafdeling) en op een hoger niveau (Physician Assistant). Ook is de cursus Operatieassistent met Chirurgische Vaardigheden ontwikkeld.

### **Verpleegkunde technische stroom**

Hogeschool Saxion is zich aan het oriënteren op het verzorgen van hbo-v-technische stroom met een uitstroomprofiel operatieassistent of anesthesiemedewerker (mei 2011), zoals deze al bestaat bij de Fontys Hogeschool Eindhoven en de Hogeschool Zuyd in Heerlen.

### **Medische Hulpverlening**

Er bestaat een bachelor Medische Hulpverlening bij de Hogeschool Utrecht en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Er waren voornemens (2010) om bij deze oplei-

dingen ook een uitstroomprofiel te ontwikkelen voor de operatieassistent, maar deze zijn tot op heden (2011) niet verwezenlijkt.

### **Tweede competentieniveau**

Opleidingen tot operatieassistent op het tweede competentieniveau, zoals aan de Amstel Academie in Amsterdam en de Erasmus MC Zorgacademie in Rotterdam, komen steeds vaker voor.

### **Logistiek Medewerker Operatieafdeling**

De Fontys Hogeschool Eindhoven, de Erasmus MC Zorgacademie en de Hogeschool van Arnhem Nijmegen verzorgen tevens een opleiding Logistiek Medewerker Operatieafdeling. Logistiek medewerkers operatieafdeling zijn laag opgeleid en nemen logistieke taken van de operatieassistent over, zoals het klaarzetten van materialen en magazijnwerkzaamheden.

### **Operatieassistent met Chirurgische Vaardigheden**

Operatieassistenten met een CZO-erkend diploma kunnen de cursus Operatieassistent met Chirurgische Vaardigheden volgen. Deze wordt gegeven bij de Fontys Hogeschool Eindhoven. Operatieassistenten met chirurgische vaardigheden voeren zelfstandig kleine operaties uit in opdracht en onder toezicht van een arts. Het gaat hierbij om het oogsten van een beenader of armsgadertje dat gebruikt wordt als bypassmateriaal voor hartoperaties. Operatieassistenten met chirurgische vaardigheden zijn momenteel al werkzaam in elf hartchirurgische centra.

### **Physician Assistant**

De masteropleiding Physician Assistant (PA) leidt beroepsbeoefenaren op die sommige kleine behandelingen zelfstandig kunnen indiceren en uitvoeren. Het gaat onder andere om eenvoudige chirurgische verrichtingen en het voorschrijven van medicijnen. De physician assistant is een relatief nieuw beroep in Nederland; in 2011 waren er 730

PA's (napa.artsennet.nl). De precieze invulling van de functie wordt veelal bepaald door de opvattingen van de instelling waarin en de arts met wie de PA werkt.

#### 3.4.2 Opleidingsfonds

De afgelopen jaren hebben de ziekenhuizen te weinig personeel opgeleid; de opleidingen zijn duur en er staat geen goeormerkte vergoeding tegenover. Om dit te ondervangen is op 1 augustus 2010 het Fonds Ziekenhuis Opleidingen in werking gesteld, een initiatief van de NVZ vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Het fonds wordt gevuld met een bedrag uit de budgetten van alle ziekenhuizen. Deze middelen worden dan als subsidie naar rato uitgekeerd aan ziekenhuizen op basis van het daadwerkelijke aantal opgeleide operatieassistenten (VWS 2011). Het College Zorg Opleidingen beheert de opleidingsgegevens.

#### 3.4.3 Competentiegericht opleiden

De eindtermen van de opleiding tot operatieassistent worden vastgesteld door het College Zorg Opleidingen. Deze eindtermen zijn ingedeeld op basis van CanMEDS-rollen (zie 5.2). De vorm waarin het onderwijs gegeven wordt, wordt bepaald door de ziekenhuizen en de opleidingsinstituten. In het huidige competentiegericht onderwijs wordt een toenemende verantwoordelijkheid verwacht van de student voor zijn eigen leerproces. De inhoud van dit onderwijs is gericht op het verwerven van de specifieke beroepscompetenties. Ook is er nadrukkelijk aandacht voor reflectie en het leren van een lerende houding, zodat de afgestudeerde beroepsbeoefenaar adequaat kan inspelen op veranderingen en nieuwe ontwikkelingen in het beroep. De rol van de praktijkopleider en/of werkbegeleider verandert hierdoor in die van coach en begeleider van het leerproces.

#### 3.5 Medische technologie

Ontwikkelingen in de wetenschap en technologie hebben

de afgelopen jaren grote invloed gehad op het beroep van operatieassistent. Door toenemende inzet van technologie is voor bedienen van gecompliceerde apparatuur soms een medisch technicus nodig. Ook de gezondheidstechnologie heeft zijn intrede gedaan.

Minimaal invasieve chirurgie (MIC) is geen nieuw concept meer. In steeds meer chirurgische specialismen wordt het mogelijk om de traditionele open procedure te vervangen door een minimaal invasieve variant, en zo voorheen onbereikbare gebieden, in bijvoorbeeld de hersenen, toch te opereren. Er wordt ook steeds meer geopereerd via natuurlijke lichaamsopeningen.

Minimaal invasieve chirurgie is technisch complexer dan de conventionele open methoden, vereist andere technische vaardigheden van het operatieteam en stelt ook hogere eisen aan benodigde apparatuur, instrumenten en infrastructuur (IGZ 2008).

Bij meer en meer specialismen is de laser inmiddels gemeengoed. Ook is er een grote variëteit ontwikkeld van innovatieve materialen, zoals tissue-engineering- en combinatieproducten. Dit ziet men met name bij de spondylodese, heup- en knieprothesen en het plaatsen van stents.

De toenemende complexiteit van de medische hulpmiddelen betekent ook een hoger risico op gebruiksfouten. Om dit soort risico's te reduceren is een nieuw type zorgprofessional nodig (IGZ 2008); de operatieassistent dient zowel een technische als een klinische achtergrond te hebben. Hiertoe moeten operatieassistenten zich laten bijscholen en bekwaamheidscertificaten halen.

#### 3.6 Digitalisering

De grote achterstand die de zorg lange tijd had op het gebied van digitalisering is inmiddels ingelopen. Veel apparatuur op de operatieafdeling wordt bestuurd door software. Digitale radiologie en pathologie, elektronische patiëntendossiers, digitale roosterplanning, digitale logistiek, kwaliteitssystemen en managementinformatie hebben hun in-

trede gedaan. Internetverbindingen maken contacten met operateurs en uitwisselingen over operatietechnieken binnen Europa en ver daarbuiten mogelijk.

Voor het omgaan met computers en specifieke software kan bijscholing noodzakelijk zijn.

Beeldvormende technieken op de operatieafdeling vereisen ook een goede communicatie en samenwerking met onder meer radiodiagnostisch laboranten.

### **3.7 Levensfasebewust personeelsbeleid**

Veel regelingen voor ouderen zijn afgeschaft onder het mom 'iedereen moet langer werken, ook werknemers in de zorg'. Zo is de OBU-regeling afgeschaft en gaat de AOW-leeftijd naar verwachting in 2025 naar 67 jaar. De 55+-regeling is sterk versoerd. Nu is in de ziekenhuis-cao's vastgelegd dat werknemers ouder dan vijftig het zelf moeten aangeven in een functioneringsgesprek als ze bijvoorbeeld moeite hebben met nachtdiensten.

### **3.8 Arbeidsmarkt**

Operatieassistenten hebben steeds meer mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling. Ze worden ook steeds schaarser, maar er worden allerlei oplossingen bedacht om deze schaarste te bestrijden.

#### **3.8.1 Meer loopbaanmogelijkheden**

Het beroep van operatieassistent heeft een specifieke inzetbaarheid. Naast de reguliere functie bestaan echter steeds meer mogelijkheden tot loopbaanontwikkeling:

- horizontale verbreding van het takenpakket door te werken als specialismeoudste, kwaliteitscoördinator, ergo-coach, werkbegeleider of praktijkbegeleider;
- horizontale verbreding van het takenpakket door te werken in het buitenland, eventueel via defensie of een ontwikkelingshulporganisatie;
- uitbreiding van het takenpakket door te werken als dag-coördinator of roosterplanner;
- een vervolgopleiding tot physician assistant (PA), prak-

tijkopleider, docent hoger gezondheidszorgonderwijs of manager;

- een baan bij leveranciers van medische hulpmiddelen als productspecialist.

#### **3.8.2 Schaarste aan zorgprofessionals**

Door de vergrijzing en afnemende bevolkingsgroei krimpt de beroepsbevolking. Tussen nu en 2040 stijgt het aantal 65-plussers van 25 naar 49 per 100 potentiële beroepskrachten (UWV Werkbedrijf 2011). Tegelijkertijd stijgt de zorgvraag (zie 3.1.2), en daarmee de behoefte aan zorgprofessionals zoals operatieassistenten.

Het tekort aan werknemers in de zorg dreigt de komende twintig jaar op te lopen tot 450.000 ([www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)). Landelijk gezien kunnen de vacatures voor operatieassistenten nu al slecht worden ingevuld (Prismant 2009); 70 procent van de operatiekamercentra kampt met personeelstekorten ([medischcontact.artsennet.nl](http://medischcontact.artsennet.nl)). Het lijkt erop dat er een tekort is op de totale arbeidsmarkt voor operatiekamerpersoneel (eigen personeel en gedetacheerden/zzp'ers).

De verwachting is dat de uitstroom van operatieassistenten meer zal toenemen dan de zorgvraag toeneemt (Prismant 2009). Die grote uitstroom heeft te maken met de vergrijzing van het personeel. De gemiddelde leeftijd van de operatieassistenten die lid zijn van de LVO (2038 leden) was in januari 2011 rond de 40 jaar.

Er moeten veel meer operatieassistenten en anesthesiemedewerkers worden opgeleid om de huidige situatie op te lossen. De laatste jaren zijn te weinig operatieassistenten opgeleid omdat dit niet aantrekkelijk was voor ziekenhuizen. Daarom is een opleidingsfonds ontwikkeld (zie 3.4.2).

De belangstelling voor zorgopleidingen op het gebied van verpleging en verzorging zit in de lift. Deze opleidingen hebben echter vooral aantrekkingskracht op vrouwen, en die werken vaak in deeltijd ([www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl)).

### Convenant ziekenhuizen

De schaarste aan operatieassistenten heeft tot meerdere ontwikkelingen geleid. Zo hebben op verschillende plaatsen in Nederland ziekenhuizen zich aangesloten bij het convenant 'Samenwerken samen opleiden', waarin afspraken staan over de opleiding en beloning van operatieassistenten en anesthesiemedewerkers. Ze beogen hiermee de onderlinge concurrentie bij de het aantrekken van OK-personeel te beperken. Het gerechtshof in Den Bosch heeft dit convenant op 4 mei 2010 opgeschort, aangezien het in strijd was met de Mededingingswet ([www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl)).

### Hoge werkdruk en twijfel over baan

Naar aanleiding van het hiervoor genoemde convenant hebben de Landelijke Vereniging van Operatieassistenten, de Nederlandse vereniging van anesthesie-medewerkers en de Beroepsvereniging Recovery Verpleegkundigen een enquête gehouden onder hun leden. De ziekenhuismedewerkers blijken vrijwel allemaal te vinden dat hun arbeidsomstandigheden in de afgelopen vijf jaar zijn verslechterd door de schaarste. Bijna 85 procent van de ondervraagden noemt de werkdruk hoog, te hoog of onverantwoord hoog. Dienstitijden van 18 uur zijn geen uitzondering, medewerkers houden veel overuren over ([www.nursing.nl](http://www.nursing.nl)). Ook TNO heeft onderzoek gedaan naar werkdruk (TNO 2008). Hieruit blijkt dat verzorgenden en verzorgenden een

hogere werkdruk hebben dan andere beroepsgroepen. De helft van het zorgpersoneel denkt wel eens na over een baan buiten de zorg (Menzis 2010).

### Functie- en niveaudifferentiatie

Een van de oplossingen die ziekenhuizen en opleidingen inzetten om de productie op de OK op peil te houden, is functie- en niveaudifferentiatie (zie 3.2.2).



### **Buitenlandse operatieassistenten**

In de zoektocht naar oplossingen voor het personeelstekort worden collega's uit alle windstreken aangetrokken. Dit heeft gevolgen voor het functioneren van de Nederlandse operatieassistent. In de communicatie en samenwerking spelen taal- en cultuurverschillen een rol. Bovendien kan de werkdruk toenemen, doordat het opleidingsniveau van de buitenlandse collega's niet altijd hetzelfde is als dat van de



Nederlandse operatieassistenten ([www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl)). Het aantrekken van buitenlands personeel uit ontwikkelingslanden leidt tot een acuut tekort aan gezondheidswerkers in die landen. De EU heeft de taak om te zorgen voor het opleiden van voldoende zorgmedewerkers om verergering van deze braindrain te voorkomen ([www.eerstekamer.nl](http://www.eerstekamer.nl)).

### **Meer extern personeel**

Een meerderheid van de operatiekamercentra gebruikt detacheringbureaus en zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) om de productie op peil te houden ([medischcontact.artsennet.nl](http://medischcontact.artsennet.nl)).

Operatieassistenten die gedetacheerd werken of als zzp'er, al dan niet in een maatschap, bepalen voor een deel hun eigen arbeidsvoorwaarden: wel of geen bereikbaarheidsdiensten, wel of niet leerlingen begeleiden en beoordelen. De plaats van de medewerkers in vaste dienst is door deze ontwikkeling veranderd. Werkzaamheden die niet met de directe patiëntenzorg te maken hebben, zoals het ontwikkelen van protocollen, zullen door hen moeten worden verricht.

Medewerkers van detacheringbureaus en zzp'ers kosten aanzienlijk meer per gewerkt uur. Dit kan omvangrijke gevolgen hebben voor het personele budget voor operatiekamercentra.

### **Onderzoek Nederlands-Duitse opleiding**

Het opstarten van een Nederlands-Duitse opleiding tot operatieassistent kan het tekort aan operatieassistenten misschien verminderen. Daarom wordt de mogelijkheid van een dergelijke opleiding onderzocht. Een onderzoeksgroep van de opleiding Bedrijfscommunicatie aan de Radboud Universiteit Nijmegen heeft de Nederlandse en de Duitse opleiding tot operatieassistent met elkaar vergeleken. Uit dit onderzoek is gebleken dat er veel overeenkomsten zijn tussen deze opleidingen. De taalbarrière kan wel een probleem zijn. Het tweetalig opleiden van leerlingen kan dit oplossen (Ebert 2010).

4

**KERNTAKEN**

## Een kerntaak bestaat uit samenhangende en kenmerkende taken waarmee een beroepsgroep zich onderscheidt van andere. De kerntaken van de operatieassistent spelen zich af binnen het patiëntgebonden, organisatiegebonden en professiegebonden domein.

Binnen de verschillende *domeinen* zijn de volgende kerntaken te onderscheiden:

- het patiëntgebonden domein (4.1):
  - kerntaak 1: het beheren van medische hulpmiddelen (ruimten, apparatuur, instrumentarium, disposable materialen, medicamenten, implantaten, kennis- en informatiesystemen);
  - kerntaak 2: het verlenen van zorg;
  - kerntaak 3: communicatie met de patiënt.
- het organisatiegebonden domein (4.2):
  - kerntaak 4: organisatie en beheer;
  - kerntaak 5: samenwerken;
  - kerntaak 6: kwaliteitszorg en veiligheidszorg.
- het professiegebonden domein (4.3):
  - kerntaak 7: eigen competenties op peil houden;
  - kerntaak 8: coachen en onderwijzen van studenten en collega's;
  - kerntaak 9: beroepsinnovatie: bijdragen leveren aan de ontwikkeling en professionaliteit van de beroepsgroep;
  - kerntaak 10: participeren in wetenschappelijk onderzoek.

Bij elke kerntaak horen specifieke taken, complexiteiten, betrokkenen, hulpmiddelen, keuzes en dilemma's en rollen. Operatieassistenten kunnen de volgende rollen hebben:

- beheerder/ontwerper: beheert ruimten, apparatuur, instru-

- mentarium, disposable materialen, medicamenten, implantaten en kennis- en informatiesystemen; zorgt voor passende oplossingen in nieuwe situaties; en kan improviseren bij calamiteiten;
- zorgverlener: verricht medisch assisterende handelingen bij patiënten en gedelegeerde medische handelingen als lid van het operatieteam;
- begeleider: begeleidt patiënten, hun naasten en eventuele begeleiders;
- regisseur: geeft aanwijzingen over de wijze waarop andere professionals hun rol moeten vervullen; coördineert in klein of groot verband;
- coach: bevordert samenwerking en opleiden in de breedste zin des woords;
- professional: is kritisch, bewust en verantwoord bezig met de eigen ontwikkeling en de ontwikkeling van het beroep.

In het patiëntgebonden domein zijn daarnaast de volgende *deelrollen* mogelijk:

- omloop: vormt de logistieke en communicatieve schakel tussen teamleden in het steriele veld en de niet steriele omgeving daarbuiten;
- instrumenterende: zorgt in het steriele veld voor apparatuur, instrumentarium, disposable materialen en medicamenten;
- assisterende: assisteert de operateur bij de operatie als lid van het steriel staande team; kan voorbehouden handelingen zelfstandig uitvoeren na opdracht van de chirurg (zie 2.3.1).

Een voorbeeld:

In het patiëntgebonden domein is zowel de chirurg als de operatieassistent zorgverlener. Daarnaast hebben ze elk hun beroepseigen taken, verantwoordelijkheden en rollen. De kerntaak van de chirurg is hier opereren; de kerntaak van de operatieassistent kan het beheer van het benodigd instrumentarium zijn.

#### **4.1 Patiëntgebonden domein**

In het patiëntgebonden domein (zorg) werken operatieassistenten als professionals die directe zorg verlenen aan de patiënt, diens naasten en eventuele begeleiders. Kerntaken binnen dit domein zijn: het beheren van medische hulpmiddelen, het verlenen van zorg en communicatie met de patiënt.

##### **KERNTAAK 1 *Het beheren van medische hulpmiddelen***

Bij iedere operatie worden hoge eisen gesteld aan de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen. In dit beroepsprofiel wordt daaronder verstaan: ruimten, apparatuur, instrumentarium, disposable materialen, medicamenten, implantaten en kennis- en informatiesystemen. Zelfs kleine onvolkomenheden in de logistiek, technische apparaten en de bediening hiervan kunnen grote gevolgen hebben voor de behandeling van de patiënt.

Deze kerntaak omvat alle zorg voor bovenstaande medische hulpmiddelen ten behoeve van de behandeling van een individuele patiënt tijdens de voorbereidings-, uitvoerings- en nazorgfase van een operatie.

In het organisatiegebonden domein wordt de zorg voor medische hulpmiddelen eveneens op afdelingsniveau omschreven (zie kerntaak 4).

##### **Taken**

- zorgen voor de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen;
- continueren en zo nodig bijstellen van dit proces tijdens de operatie;

- alert zijn op onverwachte wendingen in het verloop en adequaat hierop reageren;
- na afloop opbergen van de genoemde medische hulpmiddelen in bedrijfsklare en complete staat; adequaat afhandelen van eventuele defecten;
- mede bewaken van patiënt- en teamveiligheid (aandacht voor onder meer: steriliteit, scherpe voorwerpen, elektrische stroom, straling, laserlicht, brandveiligheid, bio-agentia en chemische stoffen);
- dubbelchecks uitvoeren indien voorgeschreven.

##### **Verantwoordelijkheden**

- 100 procent nauwkeurigheid is vereist;
- bijhouden van werkvoorschriften en van protocollen in het informatiesysteem.

##### **Complexiteit**

Er worden hoge eisen gesteld aan het vermogen:

- te zorgen voor een diversiteit aan vaak complexe medische hulpmiddelen;
- problemen met direct patiëntenbelang op te lossen onder tijdsdruk;
- te leren werken met elkaar snel opvolgende nieuwe systemen;
- kostenbewust medische hulpmiddelen te gebruiken;
- alert te zijn op ontbrekende middelen, die zelfs op detailniveau ernstige gevolgen kunnen hebben voor het resultaat van de operatie; vooral omdat in toenemende mate sprake is van bruikleen van apparatuur en instrumentarium.

##### **Betrokkenen**

- leden operatieteam;
- patiënt;
- leerlingen en stagiairs;
- medisch technicus;
- vertegenwoordigers van firma's.



## Hulpmiddelen

- kennis- en informatiesystemen (operatieplanning, ziekenhuisinformatiesysteem, richtlijnen, protocollen, werkinstructies);
- controlesystemen, zoals time-outprocedure en checklists;
- handleidingen en bijsluiters voor apparatuur, instrumentarium, disposable materialen, medicamenten en implantaten.

## Keuzes en dilemma's

De operatieassistent kan in deze kerntaak voor de volgende vragen komen te staan:

- Is de staat van de medische hulpmiddelen te beheren in overeenstemming met:
  - wettelijke eisen;
  - kwaliteitseisen;
  - veiligheidseisen;
  - hygiënische eisen?
- Zijn de leden van het operatieteam voldoende geoefend en deskundig om genoemde medische hulpmiddelen adequaat en efficiënt in te zetten?
- Is er in gevallen van tijdsdruk toch voldoende tijd om veiligheid en kwaliteit te waarborgen?
- Wanneer moeten bij (kleine) opgemerkte gebreken of onvolkomenheden maatregelen genomen worden ter voorkoming van schade voor patiënt, team of omgeving? Wanneer is verantwoord inzetten van genoemde medische hulpmiddelen niet meer mogelijk?
- Wordt voldoende kostenbewust en zuinig omgegaan met de genoemde medische hulpmiddelen?

## Rollen

- beheerder/ontwerper;
- regisseur;
- deelrollen: instrumenterende, assisterende, omloop.

## KERNTAAK 2 *Het verlenen van zorg*

Het verlenen van zorg is een taak van het hele operatieteam, vanaf het moment dat de patiënt op de operatieafdeling arriveert tot het moment dat de patiënt op de recovery wordt overgedragen. Vrijwel altijd zijn continu ten minste één anesthesiemedewerker en één operatieassistent bij de patiënt. Na de voorbereidingen wordt het operatieteam in de meerderheid van de gevallen gecombineerd met de operateur(s) en de anesthesioloog. Bij een operatie zijn twee of drie operatieassistenten betrokken, als omloop, instrumenterende of assisterende.

In een multidisciplinair teamverband wordt de operatieve zorg aan de patiënt verleend. Daar kunnen ook de volgende disciplines bij betrokken zijn: radiologisch laborant, medisch technicus, eeg-laborant, perfusionist, gipsverbandmeester of transplantatiecoördinator.

## Taken

- kennismaken met de patiënt en overdragen van de patiëntgegevens;
- transporteren van de patiënt naar de operatiekamer;
- assisteren van de anesthesiemedewerker op indicatie en verzoek;
- verifiëren van gegevens in teamverband (time-out);
- katheteriseren (= voorbehouden handeling) indien noodzakelijk;
- bloedleege aanleggen indien noodzakelijk;
- positioneren van de patiënt;
- desinfecteren van het operatiegebied;
- aansluiten en instellen van apparatuur;
- steriel afdekken en continu bewaken van de steriliteit;
- assisteren/instrumenteren/omlopen en anticiperen op veranderend operatie- en anesthesieverloop tijdens de operatie;
- uitvoeren van risicovolle en voorbehouden handelingen in opdracht van de operateur;
- bewaken van de compleetheid van instrumenten, gazen, disposables en hechtnaalden volgens de richtlijn;

- controleren van toe te dienen medicijnen (dubbelcheck);
- verzorgen en registreren van preparaten;
- verzorgen van wonden;
- transporteren van de patiënt naar de recovery/intensive care;
- overdragen van relevante patiëntinformatie;
- administreren en registreren van belangrijke operatiegegevens (checklists, controle gebruikt operatiemateriaal, implantaten, preparaten, VIM-meldingen).

### **Verantwoordelijkheden**

- mede bewaken van de juistheid van patiëntgegevens bij overdrachten en tijdens de time-outprocedure;
- waarborgen van de veiligheid van de patiënt en het team; aanspreken van alle teamleden als de veiligheid in gevaar is;
- waarborgen van de steriliteit van het hele operatieteam en de gebruikte medische hulpmiddelen; aanspreken van alle teamleden als de steriliteit in gevaar is;
- persoonlijke verantwoordelijkheid dragen als instrumenterende operatieassistent voor het voorkomen van onbedoeld achterblijven van instrumenten, gazen, disposables en hechtnaalden;
- uitvoeren van voorbehouden en risicovolle handelingen volgens Wet BIG, evidence-based practice, landelijke richtlijnen en/of protocollen.

### **Complexiteit**

- De conditie van de patiënt, de omgeving, de betrokken disciplines, de chirurgische techniek én de anesthesietechniek kunnen per patiënt variëren van weinig complex tot hoogcomplex.
- De operatiekamer is een afdeling met een hoge foutkans en grote gevolgen voor de patiënt als fouten optreden. De preventie van fouten krijgt dan ook een hoge prioriteit en van alle teamleden wordt een hoge veiligheidsdiscipline verwacht.
- Vaak is sprake van leersituaties. Leerling-operatieassis-

tenten, artsen in opleiding en stagiairs vragen altijd om extra aandacht en alertheid.

- Het team moet voortdurend bedacht zijn op acute situaties/complicaties en hierop kunnen inspelen, vaak onder tijds- en psychische druk.
- Langdurige en complexe operaties vragen om een grote en langdurige concentratie.
- Toegenomen administratieve en controletaken hebben vaak tot gevolg dat meerdere taken simultaan moeten worden uitgevoerd en operatieassistenten vaardig moeten zijn in het stellen van prioriteiten en in multitasking.
- Bij spoedoperaties is snel kunnen omschakelen een vereiste, soms met hoge eisen aan improvisatietalent op basis van een hoog paraat kennisniveau.

### **Betrokkenen**

- leden operatieteam;
- patiënt;
- leerlingen en stagiairs;
- andere ondersteunende disciplines (zoals medisch technicus, radiologisch laborant);
- leidinggeevenden.

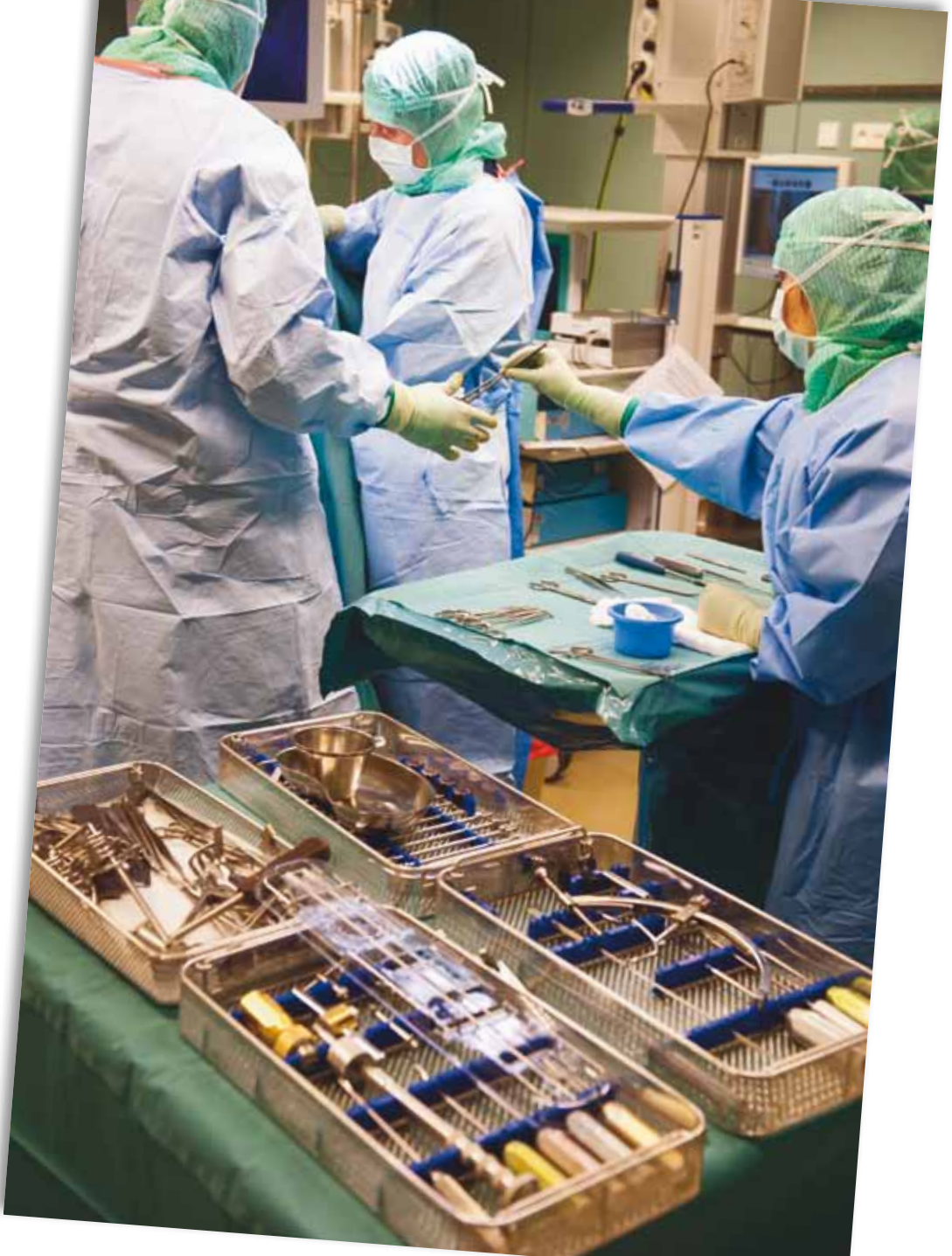
### **Hulpmiddelen**

- kennis- en informatiesystemen (operatieplanning, ziekenhuisinformatiesysteem, richtlijnen, protocollen, werkinstructies);
- gebruikte medische hulpmiddelen.

### **Keuzes en dilemma's**

De operatieassistent kan in deze kerntaak voor de volgende vragen komen te staan:

- Is er voldoende aandacht voor patiëntvriendelijkheid, zorgkwaliteit en veiligheid?
- Houdt het team voldoende rekening met economische belangen en bedrijfsvoering van de ziekenhuisorganisatie?
- Moeten leden in een multidisciplinair team worden aan-



gesproken als patiëntvriendelijkheid, zorgkwaliteit en veiligheid onder druk komen te staan?

- Worden de grenzen van de eigen deskundigheid en bevoegdheid niet overschreden?
- Is er aandacht voor ethische dilemma's en zijn die bespreekbaar?
- Als er wordt afgeweken van bestaande afspraken, gebeurt dit dan na overleg, beargumenteerd en op verantwoorde wijze?

### Rollen

- zorgverlener;
- begeleider patiënt;
- deelrollen: instrumenterende, assisterende, omloop;
- regisseur.

### KERNTAAK 3 *Communicatie met de patiënt*

Deze kerntaak omvat:

- alle werkzaamheden waarbij de operatieassistent verbaal en/of non-verbaal contact heeft met de patiënt, diens naasten en een eventuele begeleider;
- alle werkzaamheden waarbij de operatieassistent verbaal en/of non-verbaal contact heeft met de leden van het operatieteam en waarbij rekening dient te worden gehouden met de aanwezigheid van de patiënt.

De anesthesiemedewerker is in de meerderheid van de gevallen constant in de meest nabije omgeving van de patiënt en is daarom vaak diens eerste contactpersoon. Alle leden van het operatieteam hebben echter de taak met de patiënt te communiceren over hun eigen vakgebied. Psychische, sociale, culturele en religieuze aspecten van de patiënt dienen daarbij altijd centraal te staan. Aandacht, inlevingsvermogen en respect zijn eveneens van groot belang.

### Taken

- zich voorbereiden door het raadplegen van de patiëntgegevens aan de hand van het operatieprogramma en (digi-

tale) statussen (elektronisch patiëntendossier);

- kennismaken met de patiënt en zorgvuldig diens gegevens controleren tijdens een overdrachtsgesprek; meestal in samenwerking met de overige leden van het operatieteam;
- vragen naar bijzonderheden die van belang kunnen zijn voor de perioperatieve zorg;
- de patiënt informeren en instrueren bij handelingen die de operatieassistent bij hem wil verrichten; in alle gevallen de communicatie aansluiten op het niveau van de patiënt en controleren of de informatie goed begrepen is; lichamelijke, psychische, culturele en religieuze kenmerken van de patiënt hierbij centraal stellen;
- de communicatie afstemmen met andere zorgverleners ter bevordering van eenduidige instructie en informatieverstrekking;
- ingaan op vragen van de patiënt en deze zo nodig doorspelen naar andere hulpverleners;
- voortdurend beseffen dat de omgeving stressvol kan zijn voor de patiënt en dat de patiënt sederende premedicatie kan hebben ontvangen;
- empathisch, gastvrij en respectvol optreden; ook tegenover begeleiders van de patiënt (zoals de partner bij sectio, ouders van kinderen en begeleiders van gehandicapten);
- rekening houden met de aanwezigheid van de patiënt, ook bij verbaal en non-verbaal contact met de leden van het operatieteam.

### Verantwoordelijkheden

- adequate informatievergaring, informatievoorziening en psychische ondersteuning van de patiënt, naasten en eventuele begeleiders; dit alles in overeenstemming met communicatie die al door andere teamleden wordt gevoerd;
- mede bewaken van waarden en normen in de professionele communicatie, en zo nodig andere teamleden hierop aanspreken, ook als de patiënt onder narcose is;

- waarborging van privacy en geheimhouding;
- scheiding van eigen gevoelens en waarden en die van de patiënt.

### Complexiteit

De complexiteit is dikwijls hoog omdat de tijd voor het opbouwen van een vertrouwensband zeer kort is. Hierbij moet ook nog rekening gehouden worden met:

- de autonomie van de patiënt;
- het feit dat patiënten gepremediceerd kunnen zijn;
- het feit dat patiënten soms hun eigen hulpvraag niet of in slechts in verminderde mate kunnen formuleren en niet altijd meer de juiste keuzes kunnen maken;
- emotionele reacties van patiënten als gevolg van de aan-doening waarvoor zij behandeld worden;
- het feit dat patiënten matig tot zeer bang kunnen zijn voor de operatie en de gevolgen;
- taken van de anesthesiemedewerker bij operaties onder lokale anesthesie.

### Betrokkenen

- leden operatieteam;
- patiënt;
- leerlingen en stagiairs;
- leidinggevendenden;
- ondersteunende disciplines (medisch technicus, radiologisch laborant).

### Hulpmiddelen

- kennis- en informatiesystemen (operatieplanning, ziekenhuisinformatiesysteem, overdrachtsformulieren, checklists);
- richtlijnen, protocollen, werkinstructies;
- goede beheersing van de Nederlandse taal.

### Keuzes en dilemma's

De operatieassistent kan in deze kerntaak voor de volgende vragen komen te staan:

- Blijf ik binnen mijn deskundigheidsgebied als het gaat om informatievoorziening en instructies, of moet ik hiervoor andere disciplines aanspreken en inschakelen?
- Welke informatie moet ik geven en welke niet?
- Is er voldoende aandacht voor alle begeleidingsaspecten gezien de korte beschikbare tijd en tijdsdruk in het operatieprogramma?

### Rollen

- zorgverlener;
- begeleider patiënt;
- deelrollen: instrumenterende, assisterende, omloop;
- coach;
- regisseur.

### 4.2 Organisatiegebonden domein

Het organisatiegebonden domein (organisatie van zorg) vormt een schil rondom het patiëntgebonden domein. Het omvat de hele organisatie van de operatieafdeling, betrokken externe afdelingen in het ziekenhuis en zelfs organisaties buiten het ziekenhuis. Het organisatiegebonden domein is erop gericht de directe zorg aan de patiënt te allen tijde te garanderen. Het is een complex geheel met:

- gekwalificeerd personeel, dat effectief samenwerkt;
- benodigde middelen;
- betrouwbare technische voorzieningen;
- efficiënte patiëntenlogistiek;
- kennis- en informatiesystemen;
- veiligheidscontrolesystemen.

Kerntaken binnen dit domein zijn: organisatie en beheer, samenwerken en kwaliteits- en veiligheidszorg.

### KERNTAAK 4 *Organisatie en beheer*

Bij organisatie en beheer spelen goederen-, patiënten- en personele logistiek een belangrijke rol. De goederenlogistiek moet zodanig georganiseerd zijn dat medische hulpmiddelen altijd beschikbaar zijn en voldoen aan de gestel-

de kwaliteitseisen. Bij iedere operatie zijn weer andere ruimten, apparatuur, instrumentarium, disposable materialen, medicamenten, implantaten, kennis- en informatiesystemen benodigd.

Goederenlogistiek heeft een nauwe relatie met de patiëntenplanning. Het moet bijvoorbeeld worden voorkomen dat een uniek apparaat of instrumentenset voor twee patiënten tegelijkertijd nodig is. Patiëntenplanning, met name het vooraf inschatten van de operatieduur en de patiëntenvolgorde, is belangrijk. Onnodig wachten of zelfs annuleren van patiënten moet worden voorkomen. Tevens moet rekening gehouden worden met andere afdelingen.

Ook personele planning heeft altijd een relatie met de patiëntenplanning. Er dient immers rekening te worden gehouden met de beschikbaarheid van personeel en hun kwalificaties en een verantwoorde inzet van leerlingen en stagiairs.

### **Deelrollen en specialisaties**

- De operatieassistent dient deskundig te zijn op alle bovengenoemde gebieden.
- Op uitvoerend niveau kunnen taken gedelegeerd worden naar plannings- of logistieke functionarissen.
- Specialismeverantwoordelijken dragen zorg voor alle specifieke organisatorische aspecten van een specialisme.
- Tijdens diensten buiten de reguliere werktijden is de dienstoudeste verantwoordelijk voor de regie en worden taken van leidinggevend naar de dienstoudeste gedelegeerd.
- Operatieassistenten nemen waar bij afwezigheid van leidinggevend en nemen dan de coördinatie van bovengenoemde gebieden tijdelijk op zich.

### **Taken**

- beheren en bewaken van de aanwezigheid en functionaliteit van medische hulpmiddelen op de operatieafdeling;

- bewaken van specifieke kwaliteitseisen van bovengenoemde medische hulpmiddelen;
- een zorgvuldige administratie uitvoeren ten aanzien van bestellingen, voorraden, kwaliteitscontroles (zoals steriliteit en onderhoud van apparatuur) en productregistratie;
- beheren van gebruiksaanwijzingen en brochures en opstellen van aanvullende gebruikershandleidingen van bovengenoemde medische hulpmiddelen;
- adequaat anticiperen op defectmeldingen en gebrekenmeldingen van bovengenoemde medische hulpmiddelen; hiervoor communiceren met medisch technici en firma's;
- als medegebruiker een bijdrage leveren aan de besluitvorming over aanschaf van ruimten, apparatuur, instrumentarium, disposable materialen, medicamenten, implantaten en kennis- en informatiesystemen;
- verantwoordelijkheid dragen voor afstemmen van goederenlogistiek op patiëntenlogistiek; denk hierbij ook aan compleetheidscontrole van leeninstrumentarium of het voorkomen van de situatie dat unieke apparatuur voor twee patiënten tegelijk nodig is;
- het operatieprogramma plannen en de voortgang ervan bewaken; tijdig adequate maatregelen nemen bij veranderingen;
- coördineren van de patiëntenlogistiek en deze afstemmen op de kwaliteit en kwantiteit van beschikbaar personeel;
- tijdens diensten zelfstandig de planning coördineren op één tot drie operatiekamers;
- waarnemen bij afwezigheid van leidinggevend en planningsfunctionarissen.

### **Verantwoordelijkheden**

- zorg dragen voor de beschikbaarheid, functionaliteit en planning van medische hulpmiddelen;
- adequaat afhandelen van storingen van medische hulpmiddelen en minimaliseren van consequenties voor de

- zorg als gevolg van storingen;
- afstemmen van goederenlogistiek op patiëntenlogistiek;
- afstemmen van personele planning op patiëntenlogistiek.

### **Complexiteit**

- Hoge eisen van beschikbaarheid van medische hulpmiddelen worden gesteld voor veelvoorkomende acute operaties.
- Veel medische hulpmiddelen hebben specifieke onderhoudsvoorschriften en accessoires. Veel materialen hebben een beperkte houdbaarheid (steriliteitsduur). Verkeerd voorraadbeheer kan leiden tot zowel patiëntenschade als onnodig hoge kosten.
- Bij beslissingen over de aanschaf van medische hulpmiddelen moet rekening worden gehouden met een groot marktaanbod, intensieve bewerking van de markt door fabrikanten, en wetenschappelijke bewijzen.
- Bij beslissingen over de aanschaf van medische hulpmiddelen moet rekening worden gehouden met prijs-kwaliteitsverhoudingen.
- Bij beslissingen over aanschaf van medische hulpmiddelen kan overleg met zowel interne (ziekenhuis) als externe partijen plaatsvinden.
- Er kan een beroep worden gedaan op creativiteit, probleemoplossend vermogen en flexibiliteit.

### **Betrokkenen**

- collega-operatieassistenten;
- magazijnmedewerkers en logistiek medewerkers op de operatieafdeling;
- huishoudelijke dienst;
- planner OK-programma;
- leidinggevenden;
- centrale-sterilisatiemedewerkers;
- medisch technici;
- transportdienstmedewerkers;
- inkoopmedewerkers;
- vertegenwoordigers van firma's.

### **Hulpmiddelen**

- kennis- en informatiesystemen (operatieplanning, controleschema's, aanvullijsten en checklists (geautomatiseerd));
- bestelsystemen (geautomatiseerd);
- werkinstructies, protocollen, richtlijnen, wet- en regelgeving.

### **Keuzes en dilemma's**

De operatieassistent kan in deze kerntaak voor de volgende vragen komen te staan:

- Is bij de bepaling van de prijs-kwaliteitsverhouding bij de aanschaf van medische hulpmiddelen voldoende rekening gehouden met de kwaliteit van zorg versus economische belangen?
- Wanneer is sprake van verantwoord/onverantwoord gebruik van medische hulpmiddelen?
- Is er bij de patiëntenplanning voldoende aandacht voor patiëntenbelangen en zijn ze goed afgewogen ten opzichte van de belangen van de bedrijfsvoering? Voorbeeld: afvallen van patiënten van het programma.
- Wanneer moet een electief operatieprogramma worden onderbroken voor spoedgevallen?
- Hoe ga ik om met personele krapte en planningsdilemma's?

### **Rollen**

- beheerder/ontwerper;
- regisseur.

### **KERNTAAK 5 Samenwerken**

Operatieassistenten moeten veel samenwerken. Samenwerking is essentieel voor een goed functioneren van het multidisciplinaire team. Dit team wordt vaak voor elke operatie opnieuw samengesteld. Gemiddeld bestaat het uit zes personen, maar ook teams van twee tot meer dan tien personen komen voor. Daarnaast kan sprake zijn van stagiairs en gasten.

De snijdend specialist en de anesthesioloog hebben de functionele leiding binnen dit team en nemen de medische beslissingen. Operatieassistenten en anesthesiemedewerkers assisteren hierbij. Ze voeren de regie over hun eigen werkzaamheden, waarbij enerzijds sprake is van zelfstandigheid en anderzijds zorgvuldig moet worden gecommuniceerd en samengewerkt.

Op afdelingsniveau bestaat ook samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van collegialiteit en hulpvaardigheid bij de dagelijkse bedrijfsvoering.

Verder moet een operatieassistent participeren in overlegsituaties: werkoverleg, werkgroepen op afdelingsniveau en soms buiten de operatieafdeling.

Samenwerking kan complexer worden door personeel op de operatieafdeling dat niet in vaste dienst is. Denk hierbij aan de toegenomen aanwezigheid van zzp'ers, al dan niet in een maatschap, en gedetacheerde operatieassistenten. Daarnaast is in toenemende mate sprake van samenwerking met lagere competentieniveaus en met instroom van collega's uit het buitenland. Samenwerking bij niveau- en cultuurverschillen stelt hogere eisen en vraagt om extra alertheid van alle betrokkenen.

### **Taken**

- adequaat overdrachten uitvoeren van de patiënt en diens relevante gegevens; mondelinge overdrachten schriftelijk vastleggen waar noodzakelijk;
- de regie voeren tijdens de kennismaking met de patiënt en de voorbereidingen op de operatiekamer, in samenwerking met anesthesiemedewerker;
- zorgen dat alle betrokken teamleden tijdig voor aanvang van de operatie aanwezig zijn;
- voorafgaand aan de operatie werkafspraken maken met de overige teamleden (mono-/multidisciplinair), waarbij het belang van de patiënt vooropstaat en prioriteit dient te krijgen; indien nodig werkafspraken tijdens de operatie bijstellen;
- meewerken aan een werksfeer die voor alle teamleden

optimale werkomstandigheden creëert, waarbij het patiëntenbelang en respectvol communiceren vooropstaan;

- tijdig samenwerkingssituaties herkennen die niet optimaal zijn en maatregelen nemen;
- snel anticiperen op veranderende situaties als de dynamiek tijdens een operatie daarom vraagt; aanwijzingen geven, feedback ontvangen en eigen handelen bijstellen is hierbij essentieel;
- bij wisseling van de teamsamenstelling adequaat gegevens overdragen over de voortgang van het perioperatieve proces;
- stagiairs en gasten begeleiden op de operatiekamer en erop toezien dat de patiëntveiligheid gewaarborgd blijft;
- ook in stresssituaties en bij conflicten adequaat handelen en het patiëntenbelang voorstellen. Situatievoorbeelden: conflicten, spanningen in het operatieteam, overbruggen van tegengestelde belangen, traumatische gebeurtenissen, intercollegiale hulp, medische fouten;
- actief en respectvol participeren in overlegsituaties en werkoverleg;
- andere disciplines in de organisatie adviseren indien nodig;
- in staat zijn medisch assisterende handelingen te verrichten buiten de operatiekamer (eerste hulp, röntgenafdeling, intensive care);
- samenwerken en overleggen met externe afdelingen, afdeling Ziekenhuishygiëne, pathologisch-anatomisch laboratorium, kwaliteitsmedewerkers, magazijnen, afdeling Inkoop.

### **Verantwoordelijkheden**

- medeverantwoordelijkheid dragen voor een werksfeer waarin de optimale behandeling van de patiënt en de continuïteit centraal staan;
- tegengestelde belangen en conflicten beheersen op momenten dat ze bovenstaande hinderen; wel naderhand over de situatie praten en deze oplossen;



- medeverantwoordelijkheid dragen voor een professionele en collegiale werksfeer op de operatieafdeling.

### Complexiteit

Er worden hoge eisen gesteld aan het vermogen:

- efficiënt te communiceren en samen te werken;
- aan te sturen, te plannen, te delegeren en te controleren;
- vergissingen, overlappingsen, verwarringen, tegenstrijdige adviezen en dubbel werk in het multidisciplinaire team te voorkomen;
- te multitasken en zich hulpvaardig op te stellen tegenover andere teamleden;
- om te gaan met diversiteit in taakopvattingen tussen collega's onderling;
- prioriteiten te stellen;
- spanningsvelden te hanteren en op te lossen met betrekking tot conflictsituaties en stresssituaties;
- tegengestelde belangen te overbruggen;
- ethische grenzen te stellen, de beroepscode en het beroepsgeheim te bewaken;
- om te gaan met mensen uit verschillende culturen en van verschillende opleidingsniveaus, met buitenlands personeel, met anderstalige gasten en met tijdelijk personeel.

### Betrokkenen

- leden operatieteam;
- leerlingen en stagiairs;
- leidinggevenden;
- ondersteunende disciplines (huishoudelijke dienst, administratief personeel, medisch technicus, radiologisch laborant).

### Hulpmiddelen

- kennis- en informatiesystemen (operatieplanning, ziekenhuisinformatiesysteem, overdrachtsformulieren, checklists);

- beroepscode en werkvoorschriften.

### Keuzes en dilemma's

De operatieassistent kan in deze kerntaak voor de volgende vraag komen te staan:

- Voldoet de samenwerking in het team aan de normen en waarden die gesteld worden in de beroepscode?

Zo niet:

- Hoe kan dit beheerst worden op momenten dat het patiëntenbelang vooropstaat?
- Hoe kan dit bespreekbaar worden gemaakt en worden bijgesteld?
- Staan patiëntenbelang en continuïteit van zorg boven de belangen van welk teamlid dan ook?
- Wanneer en hoe moet een operatieassistent reageren als er twijfels bestaan over bekwaamheden van overige teamleden, zowel collega's als artsen?

### Rollen

- regisseur;
- zorgverlener;
- coach.

### KERNTAAK 6 *Kwaliteitszorg en veiligheidszorg*

De operatiekamer is een risicovolle afdeling; de kans op fouten is groot en de gevolgschade kan enorm zijn, zelfs bij kleine, onopgemerkte fouten (risico = kans x gevolg). Kwaliteitszorg en veiligheidszorg nemen een hoge vlucht. Kwaliteitszorg omvat alle activiteiten die tot doel hebben om de kwaliteit van zorg vast te stellen, te bereiken en te handhaven. Veiligheidszorg – alle activiteiten die tot doel hebben om de veiligheid vast te stellen, te bereiken en te handhaven – is hiervan een onderdeel (Bekker 2010).

Er zijn zes dimensies van kwaliteit van zorg te onderscheiden (Bekker 2010):

- patiëntgericht: doelgericht;
- effectief: doeltreffend, betrouwbaar en onderbouwd met wetenschappelijke kennis;

- doelmatig: afgestemd op de vraagstelling van de patiënt zonder verspilling;
- veilig voor patiënt en personeel;
- tijdig: op het juiste moment;
- gelijkwaardig voor alle patiëntgroepen.

Bij kerntaak 1 tot en met 3 was kwaliteits- en veiligheidszorg eigenlijk een vanzelfsprekend onderdeel van persoonlijke professionaliteit (microniveau). Bij deze kerntaak gaat het om formele aandacht voor kwaliteit en veiligheid in het organisatiegebonden domein (mesoniveau). Deze formele aandacht is ook verplicht gesteld in de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Voorbeelden van kwaliteits- en veiligheidszorg zijn foutmeldingssystemen, onderhoudsschema's voor apparatuur, luchtbeheersingsplannen operatieafdeling en scholingsstrategieën voor personeel. Personeel moet ook kunnen handelen bij branden en evacuaties. De resistentieproblematiek en uitbraak van infecties moet beheerst worden. Daarnaast kan de veiligheid van personeel in het geding komen, bijvoorbeeld door radioactieve straling, fysieke belasting, chemische stoffen, laserveiligheid, prikincidenten en traumatische gebeurtenissen.

De nadruk ligt in deze kerntaak op preventie, maar zo nodig moet ook handelend worden opgetreden.

Tot enkele jaren geleden werd kennis, kwaliteit en veiligheid vanzelfsprekend geacht en was dit informeel geregeld. Tijdelijk personeel, buitenlandse medewerkers, parttime werken, functie- en niveaudifferentiatie en tekorten vragen echter om een heel andere benadering van kwaliteitszorg. In de huidige tijd zijn het kwaliteitsbesef en de *body of knowledge* in ziekenhuizen in toenemende mate formeel geregeld en wordt veel opgeslagen in kennis- en informatiesystemen middels afspraken, regels en protocollen. Operatieafdelingen hebben kwaliteitsmedewerkers, ziekenhuizen een kwaliteitsafdeling. Meer en meer worden humanresourcesmiddelen voor kwaliteitsmanagement ingezet, zoals jaargesprekken, intercollegiale toetsing en intervisie.

## Taken

- meewerken aan alle activiteiten die tot doel hebben om de kwaliteit van zorg vast te stellen, te bereiken en te handhaven;
- werken volgens de plan-do-check-actkwaliteitscirkel van Deming;
- opstellen van standaarden, richtlijnen en protocollen;
- werken volgens standaarden, richtlijnen en protocollen;
- evalueren van standaarden, richtlijnen en protocollen en deze zo nodig bijstellen;
- evalueren van de verleende zorg en het zorgproces, en verbetervoorstellen formuleren indien kwaliteit of veiligheid in het geding is;
- initiatieven nemen tot de ontwikkeling van instrumenten voor kwaliteitszorg indien deze instrumenten afwezig zijn;
- betrekken van alle andere OK-gebruikers bij de kwaliteit van zorg en hen aanspreken als de kwaliteit in gevaar komt;
- zorg dragen voor de eigen veiligheid en die van de patiënt en omgeving;
- deelnemen aan inter- en multidisciplinaire projectgroepen voor kwaliteitszorg;
- meewerken aan interne en externe kwaliteitscontroles;
- documenteren en melden van incidenten en bijna-incidenten.

## Verantwoordelijkheden

- mede zorg dragen voor patiëntgerichte, effectieve, doelmatige, veilige, tijdige en gelijkwaardige zorg;
- vermijden van schade voor patiënten, medewerkers en ziekenhuisorganisatie;
- onmiddellijk handelen bij calamiteiten;
- adequaat en zorgvuldig handelen bij incidenten en bijna-incidenten ter voorkoming van vervolgschade;
- registreren van incidenten en bijna-incidenten.

## Complexiteit

- De zorgintensiviteit en de kwetsbaarheid van patiënten nemen toe.

- Technologie verandert snel en het aantal complexe ingrediënten stijgt.
- De turn-overtijden zijn snel en de patiëntenstroom is groot.
- Het personeelsverloop is gestegen, er zijn meer tijdelijke medewerkers en er is sprake van niveaudifferentiatie, met als gevolg vermindering van de *body of knowledge* en de *common knowledge*.
- De economische kwetsbaarheid en belangen van de ziekenhuisorganisatie zijn groter geworden.
- Er worden hogere eisen gesteld op macroniveau (overheden, verzekeraars, patiëntenbelangenverenigingen).
- Fouten en het bespreken ervan hebben een grote impact op de veroorzakers.

#### Betrokkenen

- gebruikers OK-complex;
- leidinggevendend;
- interne kwaliteitsfunctionarissen;
- externe kwaliteitsfunctionarissen (IGZ, verzekeraars, accreditatiefunctionarissen);
- beroepsverenigingen;
- patiëntenbelangenverenigingen.

#### Hulpmiddelen

- kennis- en informatiesystemen, standaarden, richtlijnen en protocollen, overdrachtsformulieren;
- instrumenten om de kwaliteit te meten;
- instrumenten om de kwaliteit te verbeteren (feedback-, reflectie- en intervisiemodellen);
- foutmeldingssystemen;
- accreditatieprocedures.

#### Keuzes en dilemma's

De operatieassistent kan in deze kerntaak voor de volgende vragen komen te staan:

- Is er bij het ervaren van tijds- en werkdruk aandacht voor kwaliteit en veiligheid?

- Wat is mijn rol bij de verdere acceptatie van de kwaliteits- en veiligheidscultuur?
- Hoe en wanneer spreek ik andere medewerkers aan op hun functioneren? Zeker in een multidisciplinaire omgeving is dit niet altijd een geaccepteerde zaak.
- Is er sprake van tegenstrijdige belangen tussen organisatie en zorgvrager?

#### Rollen

- beheerder/ontwerper;
- regisseur;
- professional.

#### 4.3 Professiegebonden domein

Er is pas sprake van een zelfstandig beroep als ook het professiegebonden domein ontwikkeld is. Het professiegebonden domein vormt een schil om het organisatiegebonden domein. Kerntaken in dit domein beogen professionele ontwikkeling en instandhouding van de hele beroepsgroep. Een professional heeft de taak om continu competent te zijn voor de taken die hij op zich moet kunnen nemen tijdens zijn werk, conform actuele wetenschappelijke en maatschappelijke inzichten. Daarnaast is het delen van kennis in klein en groot verband onontbeerlijk. Kerntaken binnen dit domein zijn: eigen competenties op peil houden, coachen en onderwijzen van studenten en collega's, beroepsinnovatie en participeren in wetenschappelijk onderzoek.

#### KERNTAAK 7 *Eigen competenties op peil houden*

Een competentie is dan meer dan een deskundigheid. Pas als deskundigheid gepaard gaat met vaardigheid en een goede beroepshouding kan een operatieassistent zijn taken op adequate wijze uitvoeren en is er sprake van competent gedrag. Eigen competenties op peil houden kan dus zowel deskundigheidsbevordering inhouden als ontwikkeling van vaardigheden en persoonlijke vorming.

Operatieassistenten kunnen hun competenties op peil houden door:

- het volgen van ontwikkelingen op het gebied van perioperatieve zorg;
- het volgen van ontwikkelingen op medisch, heelkundig en anesthesiologisch gebied en deze vertalen naar het eigen beroep, zodat de medische ondersteuning optimaal blijft;
- het volgen van organisatorische en maatschappelijke ontwikkelingen die taken van operatieassistenten beïnvloeden en waarop moet worden ingespeeld;
- persoonlijke ontwikkeling op het gebied van samenwerken en communicatie.

Te allen tijde moet de taakuitvoering onderbouwd kunnen worden met de principes van evidence-based practice (Cox 2004). Hierbij moet steeds een zorgvuldige afweging gemaakt kunnen worden tussen:

- wetenschappelijke bewijzen;
- waarden en voorkeuren van patiënten, de behandelaar en de medisch assisterende;
- eigen kennis en ervaring.

### Taken

- inzicht hebben in eigen persoon, leerstijl en opvattingen;
- in staat zijn eigen leervragen te formuleren;
- eigen competenties bewaken en aangeven wanneer deze tekortschieten voor een bepaalde taak;
- volgen van beroepsinhoudelijke, medische, organisatorische en maatschappelijke ontwikkelingen; hiervoor zelf de verantwoordelijkheid nemen en zelf bepalen hoe de competenties worden ontwikkeld, maar zich wel laten adviseren door leidinggevers en collega's.
  - De persoonlijke verantwoording hiervoor kan worden afgelegd door middel van reflectie.
  - De verantwoording aan collega's kan worden afgelegd door middel van intercollegiale toetsing, intercollegiaal overleg en werkoverleg.
  - De verantwoording aan de artsen van de assisterende operatieassistent kan worden afgelegd door middel van interdisciplinaire toetsing.

- De verantwoording aan de werkgever kan worden afgelegd door middel van functioneringsgesprekken en een portfolio en/of persoonlijk ontwikkelingsplan (POP).
- Middels een registratiesysteem kan de competentieontwikkeling kwalitatief en kwantitatief worden vastgelegd.

### Verantwoordelijkheden

- Competentieontwikkeling kan per definitie alleen maar plaatsvinden als de operatieassistent zelf het initiatief en de verantwoordelijkheid hiervoor op zich neemt. Het opvangen van signalen uit de omgeving is van belang om de competentieontwikkeling te sturen. De operatieassistent kan hierop worden aangesproken, bijvoorbeeld tijdens een functioneringsgesprek.
- Leren mag nooit ophouden; er is sprake van een continu proces oftewel *lifetime learning*.

### Complexiteit

- Medische ontwikkelingen worden gepubliceerd op wetenschappelijk niveau. De vertaalslag maken naar het niveau van de operatieassistent kan complex zijn voor de beroepsgroep omdat het vinden en beoordelen van relevante literatuur niet uitgebreid in de beroepsopleiding aan de orde komt. Verder is veel informatie door en voor medici geschreven.
- Het bijhouden van internationale vakliteratuur is onontbeerlijk. Hiervoor is redelijk tot goede kennis van de Engelse taal vereist.
- Parttime werken, functie- en niveaudifferentiatie, en specialiseren versus allround leiden tot verschillende competentieprofielen van medewerkers.
- Ontwikkelingen gaan snel; de halfwaardetijd van nieuwe technieken is vaak kort.
- Voor het op peil houden van eigen deskundigheid is een operatieassistent dikwijls afhankelijk van ondersteuning van de leidinggevende en de mogelijkheden van de organisatie. Dit kan zowel stimulerend als belemmerend werken.

## Betrokkenen

- intern: collega's, artsen, leidinggevendenden;
- extern: scholingsfunctionarissen, industrie, overheid, beroepsvereniging.

## Hulpmiddelen

- vakliteratuur, e-learning, congressen, workshops, trainingen, cursussen en opleidingen, bijscholingsbijeenkomsten, activiteiten voor de beroepsvereniging, refereerbijeenkomsten, werkgroepen;
- reflectiemodellen, intercollegiale en interdisciplinaire toetsingsmodellen, jaorgesprekken, portfolio, persoonlijk ontwikkelingsplan (POP);
- registratiesystemen.

## Keuzes en dilemma's

De operatieassistent kan in deze kerntaak voor de volgende vragen komen te staan:

- Hoe moet ik een afweging maken tussen investering van privé-tijd en werkgeverstijd?
- Hoe ga ik om met beperkte werkgeversfaciliteiten (tijd en financieel) bij de toenemende vraag om competentieontwikkeling?
- Hoe moet ik omgaan met taken waarvoor ik niet competent ben of waarvoor ik geen kans krijg om mijn competenties te ontwikkelen?

## Rol

- professional.

## KERNTAAK 8 *Coachen en onderwijzen van studenten en collega's*

De driejarige inserviceopleiding bestaat voor minder dan een derde deel uit theoretisch onderwijs op school en voor meer dan twee derde uit praktijkleren in het ziekenhuis. Praktijkleren is dus zeer bepalend voor de kwaliteit van de opleiding. Dit praktijkleren wordt meestal begeleid door een ervaren collega volgens het leermeester-gezelprincipe. De koppeling

van theorie en praktijk wordt hierbij bevorderd door een coachende benadering, het stimuleren van verantwoording voor het eigen leerproces, het ask don't tell-principe en het stimuleren van reflectie door de student.

Praktijkleren is meer dan het overdragen van vaardigheden en rituelen. Professioneel handelen dient te allen tijde te worden onderbouwd met theorie. Bij het opleiden van een nieuwe generatie professionals hoort ook het aanvaarden van nieuwe ontwikkelingen door de begeleider. Pas dan kan het beroep van operatieassistent zich blijven ontwikkelen. De begeleider van de student op de werkvloer wordt veelal werkbegeleider genoemd. De coördinatie van en kwaliteitszorg voor opleidingsactiviteiten wordt in de meeste gevallen verricht door een praktijkopleider die verder geschoold is in opleiden.

De opleidingsdichtheid op de operatiekamer is groot. Naast operatieassistenten in opleiding zijn er veel stagiairs van:

- andere disciplines: anesthesiemedewerkers in opleiding, verpleegkundigen in opleiding, stagiairs van verpleegkundige vervolgoopleidingen en andere medisch ondersteunende beroepen, artsen in opleiding;
- andere niveaus: tweede deskundigen operatieassistent, logistiek medewerkers operatieafdeling.

Van een operatieassistent wordt waakzaamheid en aansturing verwacht ten aanzien van alle gebruikers en bezoekers van de operatieafdeling, dikwijls in de vorm van beknopte instructies en korte feedback of verbeteringsuggesties (bijvoorbeeld aan medewerkers van de huishoudelijke dienst).

Ook moet een operatieassistent zijn collega's kunnen onderwijzen in klein of groter verband. De medisch-technische ontwikkelingen op de operatiekamer vragen om een actieve bijdrage aan de zogeheten lerende organisatie. In een lerende organisatie bestaat een constante kennisstroom (Sprengrer 1995). Onderdelen van deze kennisstroom zijn: absorptievermogen (opname van kennis), diffusiecapaciteit (verspreiden van kennis), generatievermogen (ontwikkelen van kennis) en exploitatievermogen (benutten van kennis).

## Taken

- opleiden van studenten die de opleiding tot operatie-assistent volgen:
  - werkbegeleiding geven aan operatieassistenten in opleiding, rekening houdend met leerstijlen, de persoonlijke ontwikkeling van de student en de complexiteit van de handelingen; hierbij de principes van coaching en competentiegericht onderwijs hanteren;
  - bij de werkbegeleiding rekening houden met kaders die bepaald worden door eindtermen/leerdoelen van het opleidingsprogramma en het beroepsprofiel;
  - feedback geven tijdens het werkbegeleidingsproces en achteraf;
  - reflecteren op de eigen rol als begeleider en studenten stimuleren tot reflectie;
  - verantwoordelijkheid dragen voor handelingen die operatieassistenten in opleiding nog niet zelfstandig kunnen beheersen tijdens medisch assisterende handelingen;
  - deelnemen aan introductie-, evaluatie- en beoordelingsgesprekken van operatieassistenten in opleiding;
  - objectief beoordelen van operatieassistenten in opleiding;
  - integer en vertrouwelijk omgaan met de operatieassistenten in opleiding en een veilig leerklimaat scheppen;
- begeleiden van stagiairs en bezoekers van andere beroepsgroepen op allerlei niveaus:
  - bewaken van de veiligheid van de stagiairs;
  - bewaken van de veiligheid en de privacy van de patiënt bij stagiairs;
- kennis delen met collega's, intercollegiaal en interdisciplinair:
  - inwerken van nieuwe collega's;
  - introduceren van nieuwe technieken en methodes in klein verband;
  - geven van theoretische en praktijkgerichte scholing aan collega's en operatieassistenten in opleiding;
  - nemen van maatregelen voor behoud van de *body of knowledge* op de operatiekamer.

## Verantwoordelijkheden

- mede bewaken en bevorderen van de *body of knowledge* van de afdeling volgens de principes van de lerende organisatie;
- integer en vertrouwelijk omgaan met persoonlijke informatie;
- waarborgen van een professioneel en veilig opleidingsklimaat waarin het leerproces van het individu centraal staat;
- wettelijke verantwoordelijkheid dragen voor handelingen van de operatieassistent in opleiding/stagiair totdat deze aangeeft zelfstandig te kunnen handelen en de begeleider hiervan ook overtuigd is (analoog aan bekwaam = bevoegd);
- waarborgen van de patiëntveiligheid en de veiligheid van de omgeving bij stagiairs onder supervisie.

## Complexiteit

- Bij de begeleiding moet rekening worden gehouden met moderne kennis en vaardigheden. De begeleider moet zelf dus ook beschikken over een excellent en up-to-date competentieniveau.
- Het combineren van zorgtaken en opleidingstaken maakt de taakuitvoering complex en doet een beroep op een groot verantwoordelijkheidsgevoel.
- De opleidingsdichtheid op de operatieafdeling is hoog.
- Er bestaan verschillen tussen studenten in leerstijl.

## Betrokkenen

- studenten en stagiairs;
- praktijkkopleiders, opleidingsfunctionarissen;
- docenten opleidingsinstituut;
- leidinggevenden;
- andere leden van het operatieteam.

## Hulpmiddelen

- praktijkopleidingsplan operatieafdeling;
- coachings-, feedback- en reflectietechnieken;
- opleidingsprogramma van de opleiding, einddoelstel-

lingen en beoordelingscriteria;

- klinische lessen, workshops, nieuwsbrieven, handleidingen, checklists, refereerbijeenkomsten, bijscholingsbijeenkomsten;
- kennis- en informatiesystemen (ziekenhuisinformatiesysteem, protocollen).

### Keuzes en dilemma's

De operatieassistent (werkbegeleider) kan in deze kerntaak voor de volgende vragen komen te staan:

- In welke mate kan de student zelfstandig taken uitvoeren zonder kwaliteit en veiligheid van de werkzaamheden in gevaar te brengen?
  - Is het ethisch te verantwoorden als leersituaties extra risico's voor patiënten met zich meebrengen?
  - Moet de patiënt geïnformeerd worden als er leersituaties zijn?
- Doe ik in de dubbelrol van zorgverlener en begeleider niet een van beide partijen tekort?
- Wanneer moet een werkbegeleider ingrijpen om de veiligheid te waarborgen voor de patiënt en tevens de autonomie en opleidingskwaliteit van de student te respecteren (afweging coachingsprincipe versus regisseren)?
- Wanneer en in welke mate moet ik opkomen voor de student als organisatiebelangen het belang van de student overschaduwen?
- Kan bij de hoge opleidingskwantiteit de opleidingskwaliteit gegarandeerd worden?

### Rollen

- coach;
- regisseur;
- professional.

### KERNTAAK 9 *Beroepsinnovatie: bijdragen leveren aan ontwikkeling en professionaliteit van de beroepsgroep*

Niet alleen binnen de zorginstellingen, maar ook regionaal, nationaal en internationaal moet een beroepsgroep die zich

zelf respecteert zich verder ontwikkelen en profileren. Het gaat hierbij om vakinhoudelijke en wetenschappelijke innovatie, maar er moet ook aandacht zijn voor beroepsbelangen, arbeidsvoorwaarden en publieke voorlichting over het beroep aan bijvoorbeeld schoolverlaters. In publieke optredens draagt een operatieassistent zijn vak en het beroepsbeeld representatief en volgens de geldende beroepscode (zie bijlage 2) uit.

Marktwerking in de zorg leidt tot scherpe budgettering en stelt hoge eisen aan continuïteit in de ziekenhuizen. Tegelijkertijd zijn er hoge kwaliteits- en veiligheidsnormen. Operatieassistenten zijn schaars. Het beroep is kwetsbaar, zeker omdat het gaat om een niet wettelijk erkend beroep of een niet wettelijk beschermde opleidingstitel. Door het schaarse aanbod op de arbeidsmarkt en als bezuinigingsmaatregel is er in toenemende mate sprake van inzet van lager gekwalificeerd personeel op de operatieafdelingen.

De wisselwerking tussen kwaliteit, kwantiteit en kosten van personeel veroorzaakt momenteel een spanningsveld. Operatieassistenten moeten blijven aantonen dat ze onmisbaar zijn op de operatieafdeling en dat ze de geclaimde competenties ook kunnen blijven leveren.

### Taken

- actief participeren binnen de beroepsvereniging;
- participeren in besprekingen/projectgroepen over vakinhoud, vakkennis, kwaliteit, veiligheid beroepsbelangen en arbeidsvoorwaarden;
- bijdragen leveren aan beroepsinnovatie in samenwerking met externe partijen (inter- en multidisciplinair, met ziekenhuisorganisaties, overheden en verzekeraars);
- toepassen van beroepsinnovaties tijdens werkzaamheden;
- bijscholingsbijeenkomsten organiseren of hierin participeren in regionaal, nationaal of internationaal verband (onder andere studiedagen, refereerbijeenkomsten, workshops, congressen);
- bijdragen leveren aan vakbladen en/of digitale media;

- representatief en volgens de geldende beroepscode uitdragen van het beroepsbeeld bij publieke optredens.

### Verantwoordelijkheden

- medeverantwoordelijkheid dragen voor de professionele ontwikkeling van het beroep;
- medeverantwoordelijkheid dragen voor het tot stand komen van goede arbeidsvoorwaarden;
- ook buiten de arbeidsverhouding met de werkgever bijdragen leveren aan het beroep (bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk ten behoeve van de beroepsvereniging).

### Complexiteit

- Professionaliseren en ontwikkelen van het beroep is complex omdat hiermee de grenzen van het beroep worden verkend en verlegd. Mogelijk moet hiervoor weerstand vanuit de beroepsgroep of van externe partijen worden overwonnen.
- Veranderingen en innovatie kunnen complex zijn en op weerstand stuiten.

### Betrokkenen

- collega-operatieassistenten;
- eigen en aanpalende beroepsorganisaties;
- vakverenigingen en vakbonden;
- ziekenhuizen en ziekenhuisorganisaties (NFU, NVZ, CZO);
- verzekeraars en kwaliteitsinstituten;
- overheidsorganisaties (IGZ, politieke organisaties).

### Hulpmiddelen

faciliteiten van beroepsorganisaties.

### Keuzes en dilemma's

De operatieassistent kan in deze kerntaak voor de volgende vragen komen te staan:

- Hoe ga ik om met beperkte faciliteiten? Bij de meeste van de genoemde bijdragen gaat het om vrijwilligerswerk.

- Hoe ga ik ermee om dat beroepsontwikkeling en professionalisering niet per definitie door de werkgever gefaciliteerd hoeft te worden? De werkgever mag wel worden aangesproken als de professionele ontwikkeling in gevaar komt door ontbrekende medewerking.
- Hoe ga ik om met tegengestelde belangen van werkgevers en werknemers bij ontwikkelingen en professionaliseringsaspecten van het beroep?
- Hoe ga ik om met weerstand binnen de beroepsgroep jegens professionalisering en beroepsinnovatie?

### Rol

- professional.

### KERNTAAK 10 *Participeren in wetenschappelijk onderzoek*

Een operatieassistent moet wetenschappelijke kennis kunnen toepassen volgens de principes van evidence-based practice (EBP, Cox 2004). Dit is een belangrijke pijler van medisch handelen.

Ook kan het nodig zijn dat de operatieassistent assisteert bij het verzamelen van data of zelfstandig data verzamelt ten behoeve van wetenschappelijke onderzoeken. Op de operatiekamer voeren medici wetenschappelijk onderzoek uit/verzamenen data geïntegreerd met het zorgproces. De noodzaak van operatieassistenten om competent te zijn voor het zelfstandig uitvoeren en toepassen van wetenschappelijk onderzoek zal groeien. Allereerst door de toenemende vraag naar kwaliteitszorg – denk aan richtlijnontwikkeling – maar ook vanwege internationale acceptatie, en participatie in internationale onderzoeksverbanden. Bij richtlijnontwikkeling gaat het vooral om het interpreteren van wetenschappelijk onderzoek.

De operatieassistent maakt tijdens de inserviceopleiding beperkt kennis met wetenschappelijk onderzoek:

- de opleiding is nog niet voldoende gericht op het zelfstandig leren interpreteren of uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek;



- wel maakt de operatieassistent tijdens de opleiding in beperkte mate kennis met databanken met wetenschappelijke publicaties en het beoordelen van wetenschappelijke literatuur;
- ook leert de operatieassistent in samenwerking met geschoolde onderzoekers vakinhoudelijke expertise toe te voegen en zo een bijdrage te leveren aan de toepassing van EBP;
- de operatieassistent leert daarnaast om kritisch te reflecteren op het beroepsmatig handelen en kan van hieruit onderzoeksvragen formuleren bij geschoolde onderzoekers en vervolgens participeren in het onderzoek.

In hbo-bacheloropleidingen is uitgebreid aandacht voor wetenschappelijk onderzoek .

### Taken

- verzamelen van onderzoeksgegevens voor derden, tijdens het zorgproces of daarbuiten;
- formuleren van kritische vragen en probleemstellingen op basis van ervaringen uit de concrete beroepspraktijk; hieruit kunnen in samenwerking met getrainde onderzoekers onderzoeksinitiatieven voortvloeien waarin de operatieassistent eventueel kan participeren;
- zoeken naar antwoorden in de wetenschappelijke literatuur, naar aanleiding van constatering in de concrete beroepspraktijk; hiermee kunnen in samenwerking met getrainde onderzoekers oplossingen worden geformuleerd en vertaald naar toepassingen in de dagelijkse praktijk;
- toepassen van wetenschappelijk onderbouwde standaarden en richtlijnen en een kritische houding aannemen ten aanzien van rituelen.

### Verantwoordelijkheden

- nauwkeurige dataverzameling;
- gewetensvol en respectvol handelen bij het verzamelen van data.

### Complexiteit

- De instructies van onderzoekers moeten nauwkeurig worden opgevolgd en goede samenwerking met de onderzoekers is een vereiste.
- Operatieassistenten moeten voorzichtig zijn met het direct toepassen van wetenschappelijk onderzoek, omdat zij in hun opleiding te geringe ervaring opdoen in het beoordelen van onderzoeksliteratuur.

### Betrokkenen

- collega-operatieassistenten;
- patiënten;
- in- en externe onderzoekers (specialisten, onderzoeksbureaus, kwaliteitsinstellingen);
- verwerkers van data, laboratoriumpersoneel;
- bibliothecaris.

### Hulpmiddelen

- vakliteratuur, wetenschappelijke databanken;
- mediatheken;
- onderzoeksmethoden en meetinstrumenten.

### Keuzes en dilemma's

De operatieassistent kan in deze kerntaak voor de volgende vragen komen te staan:

- Is er bij een combinatie van wetenschappelijk onderzoek en behandeling voldoende aandacht voor de primaire zorg van de patiënt?
- Is er bij een combinatie van wetenschappelijk onderzoek en behandeling voldoende aandacht voor de bedrijfsvoering (houdt het onderzoek het programma niet op)?

### Rol

- professional.

# 5 COMPETENTIE- PROFIEL

# Een competent beroepsbeoefenaar is iemand aan wie met een gerust hart kritische professionele activiteiten kunnen worden overgelaten.

Van het begrip 'competentie' bestaan meerdere definities. Voor dit profiel is gekozen voor de volgende (De Bie 2003): 'een competentie is een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en persoonlijke kenmerken, waarmee in een bepaalde context op adequate wijze resultaten worden behaald'.

Competenties krijgen pas betekenis in een context (mogelijkheden die de omgeving biedt) en kunnen niet los gezien worden van de kerntaken waarvoor de beroepsbeoefenaar staat. Ze moeten in samenhang met elkaar beheerst en ingezet kunnen worden. Een operatieassistent moet dus beschikken over een uitgebreid palet van competenties om zijn kerntaken succesvol te kunnen uitvoeren.

Competenties worden niet automatisch toebedeeld aan iemand die een bepaald beroep uitoefent; de professional moet zelf aantonen dat hij deze competenties bezit.

## 5.1 LVO-standpunt competentieniveaus

### *NIVEAUDIFFERENTIATIE IS MOGELIJK*

Het competentieniveau dat een professional moet kunnen aantonen, is afhankelijk van het niveau van taken die hij moet uitvoeren. Mits er goede taakafbakening is op een operatieafdeling, is de inzet van meerdere competentieniveaus denkbaar en verantwoord.

### *GEACCREDITEERDE HBO-OPLEIDING GEWENST*

Het bestuur van de LVO is van mening dat hbo-werk- en -denkniveau voor een operatieassistent noodzakelijk is om de in hoofdstuk 4 genoemde kerntaken te kunnen uitvoeren op hoogcomplex niveau (zie bijlage 1).

Een operatieassistent bezit beslist ook al een aantal competenties op hbo-werk- en -denkniveau. Daarmee voldoet hij echter nog niet aan de voorwaarden van een

hbo-bachelordiploma. Het competentieprofiel van de operatieassistent dient hiervoor uitgebreid te worden. De sterktes van operatieassistenten liggen momenteel bij de competenties 'vakinhoudelijk handelen', 'communiceren', 'samenwerken' en 'organiseren'. Echter, bij de competenties 'kennis ontwikkelen', 'wetenschappelijk handelen', 'maatschappelijk handelen' en 'professionaliseren' zijn nog hiaten met betrekking tot hbo-competenties. Daarnaast zijn er wettelijke eisen aan hbo-bacheloropleidingen. Deze ressorteren onder het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Alle hbo-bacheloropleidingen in Nederland hebben een studielast van vier jaar of 240 studiepunten. Verder moet de opleiding inhoudelijk voldoen aan de internationaal vastgestelde Dublin-descriptoren (zie bijlage 3). De LVO is van mening dat het huidige hbo-werk- en -denkniveau dient te worden gehandhaafd en verder kan worden verbreed en verdiept. Uiteindelijk moet dit volgens het bestuur leiden tot de ontwikkeling van een geaccrediteerde hbo-bacheloropleiding.

Argumenten hiervoor zijn:

1. zo blijft het beroep aantrekkelijk voor middelbare-schoolverlaters; het totale aanbod van middelbare schoolverlaters voor alle sectoren is dalende;
2. dit zou recht doen aan het instroomniveau van de insertieopleiding: havo of mbo 4, het instroomniveau voor erkende hbo-opleidingen;
3. zo blijft de kwaliteit van de professionele beroepsuitoefening op de operatieafdeling gehandhaafd;
4. op operatieafdelingen is behoefte aan professionals die het volledige palet aan hbo-competenties kunnen inzetten; daarnaast is wel plaats voor andere competentieniveaus;

5. dit zou de doorstroom- en carrièremogelijkheden voor operatieassistenten vergroten;
6. dit zou internationale erkenning en herkenning geven.

Om het hbo-bachelorniveau in de toekomst te kunnen rechtvaardigen, is binnen de beroepsuitoefening en de opleiding doorgroei nodig naar:

- bredere inzetbaarheid, bijvoorbeeld uitbreiding van het assiserende karakter, uitbreiding naar taken buiten de operatieafdeling, het uitvoeren van kleine operaties;
- een hoger niveau van projectmatige aanpak en wetenschappelijke onderbouwing van vraagstukken;
- een hoger niveau van autonomie bij doorontwikkelen en borging van persoonlijke competenties;
- een hoger niveau van zelfstandigheid bij organisatorische en managementtaken;
- versterking van de internationale professionaliteit.

### 5.2 Competenties

In het onderstaande competentieoverzicht staat het volledige overzicht van competenties voor de operatieassistent op het eerste competentieniveau. Ze zijn tot stand gekomen op basis van de in hoofdstuk 4 beschreven rollen en kerntaken. Door weglatingen zijn aan de hand van dit overzicht ook andere competentieniveaus te beschrijven.

De indeling is gemaakt op basis van de CanMEDS-systeematiek. De CanMEDS-competentiegebieden zijn ontwikkeld in Canada en overgenomen door de medici in Nederland. Het CZO, opleidingsverantwoordelijke instantie voor diverse opleidingen in ziekenhuizen, heeft deze competentiegebieden geïntegreerd in de eindtermen voor de opleidingen tot operatieassistent en anesthesiemedewerker (CZO 2007).

De volgende competentiegebieden worden momenteel in het medisch onderwijs in Nederland gebruikt:

- vakinhoudelijk handelen;
- communicatie;
- samenwerking;
- kennis en wetenschap;
- maatschappelijk handelen;
- organisatieidmaatschap;
- professionaliseren.

### COMPETENTIE 1 *Vakinhoudelijk handelen*

De operatieassistent biedt op systematische en methodische wijze professioneel verantwoorde zorg en hulp. Hij handelt daarbij planmatig, doelgericht en conform de professionele standaarden.

De operatieassistent overziet het voor het eigen denken en handelen relevante kennisdomein en kan snel en doelmatig informatie vinden. Hij beheerst de noodzakelijke beroepstechnische vaardigheden, alsmede de vaardigheden noodzakelijk voor de deelrollen als omloop, assiserende en instrumenterende. De operatieassistent maakt waar nodig passend gebruik van medische technologie en is zich daarbij bewust van de voor- en nadelen die zijn verbonden aan specifieke interventies. Dit alles met respect voor de wensen van de patiënt, zijn naasten en eventuele begeleiders. Daarbij dient de operatieassistent zich bewust te zijn van zijn eigen regiefunctie en de regie van de arts in het medisch beleid. Hij dient steeds de balans te vinden tussen zelfstandigheid, assiserende taken en teamwork.

Deze competentie heeft betrekking op de rollen van beheerder, regisseur en zorgverlener (assiserende, instrumenterende, omloop) en de kerntaken 1, 2 en 4.

Attentie bij het lezen: de cursief gezette tekst betreft deelcompetenties op hbo-bachelorniveau die tijdens de inserviceopleiding nog niet worden behaald op het vereiste niveau 'does' (Miller 1990/Ten Cate 2005).

## Deelcompetenties

De operatieassistent:

- 1.1 coördineert, organiseert en evalueert de totale operatieve zorg;
- 1.2 inventariseert, analyseert en interpreteert op systematische wijze de gegevens over de gezondheids- en goedstoestand van de patiënt;
- 1.3 stelt op methodische wijze een zorg-, en werkplan op;
- 1.4 voert adequaat medisch ondersteunende werkzaamheden uit volgens professionele standaarden, ethische normen en het best verkregen bewijs (evidence-based practice);
- 1.5 levert effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg als lid van het multidisciplinaire operatieteam;
- 1.6 kan *zelfstandig* complexe probleemsituaties in de beroepspraktijk definiëren en analyseren, op basis van relevante kennis, en kan *theoretische inzichten, nieuwe oplossingsstrategieën ontwikkelen en toepassen en de effectiviteit van nieuwe oplossingen beoordelen*.

## COMPETENTIE 2 *Communiceren met de patiënt*

De operatieassistent verschaft in juiste, begrijpelijke en empathische bewoordingen de noodzakelijke en gewenste informatie aan de patiënt, diens naasten en eventuele begeleiders. Daarbij dient hij rekening te houden met de specifieke verminderde attentie van patiënten als gevolg van premedicatie en narcose. Hij begeleidt de patiënt en eventuele begeleiders tijdens het verlenen van zorg in samenwerking met de anesthesiemedewerker.

Deze competentie heeft betrekking op de rollen van zorgverlener en begeleider en op kerntaak 3.

## Deelcompetenties

De operatieassistent:

- 2.1 vergaart methodisch, effectief en doelmatig relevante patiënteninformatie;
- 2.2 observeert en signaleert het psychosociale welzijn van

- de patiënt, diens naasten en eventuele begeleiders;
- 2.3 communiceert zorgvuldig en systematisch met de patiënten, diens naasten en eventuele begeleiders, waarbij het patiëntenbelang centraal staat;
- 2.4 begeleidt de patiënt, diens naasten en eventuele begeleiders rekening houdende met culturele en levensbeschouwelijke normen en waarden en ziektebeleving;
- 2.5 draagt relevante patiëntinformatie methodisch, effectief en doelmatig over;
- 2.6 is zich bij communicatie bewust van zijn eigen rol in het operatieteam;
- 2.7 *heeft een groot bewustzijn van zijn rol in de ketenzorg.*

## COMPETENTIE 3 *Samenwerken*

De operatieassistent heeft inzicht in de consequenties van het eigen handelen voor andere betrokken professionals rond de zorg van de patiënt en functioneert op professionele wijze in een multidisciplinair team. De operatieassistent voert doelmatig overleg met collega's in een blijvende sfeer van persoonlijke betrokkenheid en aanvaarde verantwoordelijkheid.

Deze competentie is van toepassing op de rollen van zorgverlener, beheerder, regisseur en coach en op kerntaak 5.

## Deelcompetenties

De operatieassistent:

- 3.1 overlegt doelmatig met collega's en andere zorgverleners;
- 3.2 werkt effectief samen in steeds opnieuw samengestelde multidisciplinaire teams en stemt zijn bijdrage zodanig af dat optimale zorg wordt verleend;
- 3.3 levert effectief intercollegiaal consult;
- 3.4 draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg;
- 3.5 gaat op professionele wijze om met verschillen in deskundigheid, rollen en taken in een multidisciplinair team;

- 3.6 communiceert en werkt samen in een multiculturele, internationale en multidisciplinaire omgeving.

#### COMPETENTIE 4 *Kennis ontwikkelen en wetenschappelijk handelen*

De operatieassistent kan de vele wetenschappelijke aspecten zoals die zijn verweven met zijn beroepsuitoefening onderkennen en kritisch beschouwen. Waar mogelijk kan een operatieassistent op basis van eigen waarneming en ervaring komen tot vragen voor wetenschappelijk onderzoek. De operatieassistent doet aan bij- en nascholing van zichzelf en anderen, conform hedendaagse opvattingen betreffende educatie, kwaliteitszorg en (continue) professionele ontwikkeling. De operatieassistent levert een bijdrage aan de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen.

Deze competentie heeft betrekking op de rollen van regisseur, coach en professional en op de kerntaken 6, 7, 8, 9 en 10.

##### Deelcompetenties

De operatieassistent:

- 4.1 bevordert de verbreding van vakkennis en ontwikkelt nieuwe vakkennis;
- 4.2 toetst bestaande werkwijzen kritisch aan de hand van relevante wetenschappelijke, maatschappelijke en ethische aspecten;
- 4.3 *beoordeelt nieuwe informatie en werkwijzen kritisch en toetst deze aan de hand van relevante wetenschappelijke, maatschappelijke en ethische aspecten;*
- 4.4 draagt bij aan het opstellen van nieuwe protocollen en richtlijnen en is medebewaker van de wetenschappelijke, maatschappelijke en ethische aspecten;
- 4.5 *werkt mee aan de projectmatige implementatie van nieuwe methodieken en bewaakt hierbij de wetenschappelijke, maatschappelijke en ethische aspecten;*
- 4.6 *formuleert vragen voor (wetenschappelijk) onderzoek ter verbetering van huidig professioneel handelen;*

- 4.7 *werkt mee aan (wetenschappelijk) onderzoek ter verbetering van huidig professioneel handelen;*
- 4.8 *verzamelt gegevens via onderzoek en wendt deze aan voor aanbevelingen en adviezen;*
- 4.9 verantwoordt zijn beroepsmatig handelen met het best verkregen bewijs (evidence-based practice);
- 4.10 ontwikkelt zichzelf systematisch op vakinhoudelijk en beroepsinhoudelijk gebied;
- 4.11 reflecteert op de eigen competenties *en geeft zelfstandig vorm aan de eigen professionalisering;*
- 4.12 *heeft autonome leervaardigheden van hoog niveau;*
- 4.13 ondersteunt en bevordert de deskundigheid van studenten, collega's en anderen die bij de gezondheidszorg zijn betrokken;
- 4.14 leidt studenten op tot eindniveau;
- 4.15 draagt bij aan de ontwikkeling en verspreiding van professionele kennis op nationaal *en internationaal niveau.*

#### COMPETENTIE 5 *Maatschappelijk handelen*

De operatieassistent moet zich naast zijn rol in de gezondheidszorg ook bewust zijn van zijn rol in de maatschappij. Hiertoe behoort hij niet alleen in te spelen op maatschappelijke veranderingen, maar ook individueel en collectief te reageren op de invloeden van volksgezondheid en het beleid.

Deze competentie is van toepassing op de rollen regisseur en professional en op de kerntaken 3, 6 en 8.

##### Deelcompetenties

De operatieassistent:

- 5.1 *neemt een standpunt in met betrekking tot sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op zijn beroepsmatig handelen;*
- 5.2 handelt binnen de grenzen van de relevante wetgeving, kwaliteitsnormen en professionele richtlijnen;
- 5.3 handelt volgens de in de beroepscode gestelde normen en waarden;

- 5.4 treedt adequaat op bij incidenten in de zorg;
- 5.5 geeft op methodische wijze voorlichting, advies en instructie; moet in staat zijn deze informatie over te dragen aan zowel professionals als leken.

### COMPETENTIE 6 *Organiseren en beheren*

Operatieassistenten functioneren samen met anesthesie-medewerkers als vaste staf van de operatieafdeling. Ze zijn nauw betrokken bij de organisatie en coördinatie van taken, beleid, medewerkers en middelen en zijn verantwoordelijk voor de logistiek van in te zetten ruimten, materialen, middelen en personeel.

Daartoe stelt de operatieassistent prioriteiten, voert taken doelmatig uit in teamverband met collega's en neemt rationele beslissingen bij de inzet van beperkte middelen.

Operatieassistenten zijn beschikbaar voor de positie van leider binnen de operatieafdeling. De operatieassistent overziet in deze positie de bijkomende belangen en aspecten die hier spelen (zoals administratieve, financieel-economische en beheersmatige) en weet hiermee op ethisch, juridisch en economisch verantwoorde wijze om te gaan.

Deze competentie heeft betrekking op de rollen van beheerder, zorgverlener en regisseur en op de kerntaken 1, 2, 4 en 6.

#### Deelcompetenties

De operatieassistent:

- 6.1 organiseert het werk zodanig dat er sprake is van een balans tussen patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling;
- 6.2 werkt effectief en doelmatig binnen de doelstellingen van de zorgorganisatie;
- 6.3 stelt eigen competenties in dienst van het rendement en resultaat van zijn organisatie;
- 6.4 bewaakt, waarborgt en verbetert de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg;

- 6.5 participeert in beleid, beheer en kwaliteitszorg van zijn organisatie;
- 6.6 zorgt voor optimale inzet van zichzelf, collega's, ruimten, materialen en middelen;
- 6.7 zorgt voor een verantwoorde inzet en besteding van de beschikbare middelen voor de patiëntenzorg;
- 6.8 kan basale en eenvoudige managementtaken uitvoeren;
- 6.9 bewaakt de efficiëntie en effectiviteit van geplande en uitgevoerde zorg- en hulpverlening.

### COMPETENTIE 7 *Professionaliseren*

De operatieassistent streeft de hoogst mogelijke normen na in klinische zorg en ethisch gedrag en streeft er tevens naar zijn vakkennis continu te perfectioneren. Hij kan zich voor het goede verstaan van de patiënt inleven in diens vragen, cultuur en levensomstandigheden, maar weet de eigen gevoelens en waarden te onderkennen en deze te scheiden van die van de patiënt. Hij reflecteert kritisch op de eigen competenties en professionaliteit.

Deze competentie heeft betrekking op de rollen van beheerder, zorgverlener, regisseur en professional en op de kerntaken 1, 2, 6, 9.

#### Deelcompetenties

De operatieassistent:

- 7.1 reflecteert op zijn eigen handelen en gedrag en brengt deze in overeenstemming met de eisen die aan het beroep zijn gesteld;
- 7.2 levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze;
- 7.3 vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag;
- 7.4 handelt binnen de grenzen van zijn eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid;
- 7.5 herkent ethische vraagstukken en morele dilemma's en handelt hierbij volgens de ethische normen van het beroep.

## Bronnen

- Bekker JMA, Eliens AM, Haan JH de, Schouten LMT, Wigboldus ME. Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid. Dwingelo: Kavanah; 2010.
- Bie D de, red. Morgen doen we het beter. Handboek voor de competente vernieuwer. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2003.
- Cate ThJ et al. Opleiden van medisch specialisten. Achtergronden en praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Gezondheid en zorg in cijfers 2010. 2011.
- Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap KU Leuven. Naar een nieuwe blauwdruk voor verpleegkunde. 2009.
- College Zorg Opleidingen (CZO). Regeling CZO ziekenhuisopleidingen: Deskundigheidsgebieden en eindtermen. 2007.
- College Zorg Opleidingen (CZO). Regeling Opleidingen Operatieassistent en Anesthesiemedewerker. 2010.
- Colo. Format beroepscompetentieprofiel. Handleiding voor het opstellen van een beroepscompetentieprofiel. 2003.
- Cox K, Louw D de, Verhoef J, Kuiper C. Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Utrecht: Lemma BV; 2004.
- Davies JM. Team communication in the operating room. Acta Anaesthesiol Scand 2005; 49:898-901.
- Ebert A, Peters C, Spanjers A. Nederlands-Duitse OK-opleiding: goed idee? OK Operationeel 2010; 5:12-15.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming. 2007.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Risico's van medische technologie Onderschat. 2008.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Staat van de gezondheidszorg. 2009.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Peroperatief proces uiteindelijk veiliger. 2010.
- Landelijke Vereniging van Operatieassistenten. Richtlijn onbedoeld achterblijven operatiemateriaal. 2009.
- MediRisk. OK-project. Schadecategorieën en vangnetcriteria voor de operatieafdeling. 2007.
- Meijssen P. De fysieke belasting van operatieassistenten. Dissertatie voor de opleiding Master of Arts in Health. Eindhoven: Fontys Hogescholen; 2004.
- Menzis. Nationale Enquête Werken in de Zorg. 2010.
- Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990; 65:63-67.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector; maart 2011.
- Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Kwaliteitsnorm Zorginstelling. 2011.
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). Normering chirurgische behandelingen. 2011.
- NIVEL/EMGO. Monitor Zorggerelateerde Schade 2008. 2010.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg. 2011.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Deeltijd in Nederland in hoofdlijnen. 2009.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). Actuele maatschappelijke ontwikkelingen 2010. 2011.
- Sprenger CC, Eijdsen CH, Have S ten, Ossel F. Vier competenties van de lerende organisatie. Den Haag: Delwel Uitgeverij BV; 1995.
- Staatsblad, Wet BIG, 1993.
- TNO. Het grote gevaar van de zorg. Hoofddorp. 2008.
- UWV Werkbedrijf. Vergrijzing en krapte op de arbeidsmarkt. 2011.
- Windt W van der, Velde F van der, Kwartel A van der. Arbeid in Zorg en Welzijn 2009. Utrecht: Prismant; 2009.



- [www.eerstekamer.nl](http://www.eerstekamer.nl)
- [www.menzis.nl](http://www.menzis.nl)
- [www.napa.artsennet.nl](http://www.napa.artsennet.nl)
- [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)
- [www.nursing.nl](http://www.nursing.nl)
- [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)
- [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)
- [www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl)



Op een operatieafdeling kan de situatie voor iedere patiënt een andere moeilijkheidsgraad hebben. Meestal worden drie complexiteitsniveaus onderscheiden: laagcomplex, middelcomplex en hoogcomplex.

Het is belangrijk vooraf de complexiteit van een situatie te kunnen bepalen. Voor iedere situatie (lees: het totale operatieve zorgtraject van een patiënt) dient namelijk personeel te worden ingezet dat competent is voor de complexiteit van die situatie.

In dit hoofdstuk wordt een methode beschreven om de complexiteit van een situatie vast te stellen voor vier onderdelen van het zorgtraject:

- de complexiteit van de patiënt, bepaald door de algemene, lichamelijke en psychosociale toestand van de patiënt;
- de complexiteit van de omgeving, bepaald door het aantal aanwezigen, het stressniveau en de kans op onverwachte complicaties;
- de complexiteit van de chirurgische techniek, bepaald door de moeilijkheidsgraad van de operatie, de apparatuur en het instrumentarium;
- de complexiteit van de anesthesiologische techniek, bepaald door de moeilijkheidsgraad van de anesthesiologische zorg en de bedreiging van vitale functies.

Opleiders gebruiken complexiteitsniveaus ook. Ze kunnen hiermee vorderingen van studenten volgen. Gedurende de

opleiding wordt regelmatig bepaald voor welk complexiteitsniveau een student al kan worden ingezet. Complexiteitsniveaus kunnen ook gebruikt worden om het eindniveau van een opleiding objectief te omschrijven. Zo wordt bijvoorbeeld bij opleidingen van het tweede competentieniveau vaak bepaald dat afgestudeerden ingezet kunnen worden voor voor laag- en middelcomplex situaties.

Het is mogelijk dat bij een situatie de complexiteit niet voor alle vier de onderdelen hetzelfde is. Zo kan het voorkomen dat een laagcomplex chirurgische techniek plaatsvindt bij een patiënt die door comorbiditeit een hoogcomplex zorgniveau behoeft. In dit geval zullen de betrokken zorgverleners competent moeten zijn om deze hoogcomplex situatie te kunnen beheersen.

Deze bijlage is een hulpmiddel om de complexiteit zo objectief mogelijk te beschrijven. Het bepalen van de complexiteit is geen waterdicht proces, maar mag ook geen nattevingerwerk zijn. In de beschrijvingen wordt per complexiteitsniveau steeds een aantal indicatoren benoemd om de complexiteit van de situatie te kunnen inschatten. Steeds moet gekeken worden welke indicatoren het best bij de situatie passen. Het gaat soms meer om afwegingen dan om absolute grenzen.

*Hoe wordt bijvoorbeeld de complexiteit bepaald van een situatie waarin een gezond kind van vijf jaar wordt geopereerd*

voor een lateraal halsfisteltje?

- Het laagste complexiteitsniveau wordt vergeleken met het daaropvolgende niveau voor de best passende omschrijving.
- Bij de patiëntkenmerken van laagcomplexen patiënten blijken dan alleen volwassenen te staan. Er wordt hier een kind geopereerd, dus er moet verder worden gezocht. Verder kijkend blijkt dat bij kinderen minimaal sprake is van middelcomplex niveau.
- De behandeling is een enkelvoudige techniek, namelijk een extirpatie, wat past bij een laagcomplex niveau. Men zou hierover kunnen twijfelen, omdat een extirpatie van een halsfistel niet erg frequent voorkomt.
- Conclusie: om de complete situatie te kunnen beheersen, dient de operatieassistent competenties te hebben voor het middelcomplex niveau.

### 1.1 Laagcomplexen situaties

#### DE PATIËNT

- Individuele kenmerken: geen bijzonderheden.
- Lichamelijke toestand:
  - het gaat om een volwassen persoon;
  - lengte, gewicht: normaal in relatie tot leeftijd, lichaamsbouw en geslacht;
  - voorgeschiedenis: geen eerder ondergane ingrepen die invloed kunnen hebben;
  - huidige toestand besproken bij time-out: geen bijzonderheden, geen comorbiditeit die invloed heeft op de complexiteit;
  - ASA-classificatie 1 en 2.
- Psychosociale toestand:
  - de patiënt spreekt goed Nederlands;
  - er hoeft geen rekening gehouden te worden met gedrag passend bij een andere cultuur;
  - de patiënt kan de eigen hulpvraag formuleren en eigen keuzes te maken;
  - de emotionele toestand van de patiënt is stabiel;
  - de patiënt ervaart de omgeving hooguit enigszins als onbetrouwbaar en onveilig.

#### DE OMGEVING

- Er is normale aandacht vereist voor coördinatie en continuïteit van zorg.
- Er is geen personeel van andere afdelingen op de operatiekamer aanwezig.
- De situatie is (redelijk) stabiel:
  - alle hulpmiddelen zijn voortdurend aanwezig;
  - op onverwachte gebeurtenissen moet basaal ingespeeld kunnen worden.
- Er zijn geen begeleiders aanwezig.

#### DE CHIRURGISCHE TECHNIEK

- Operatieverloop: er worden bij de basisspecialismen enkelvoudige operatietechnieken uitgevoerd:
  - tomie/drainage;
  - scopie/diagnose;
  - plastieken/correcties;
  - extirpatie/amputatie/resectie.
- Er wordt basisinstrumentarium gebruikt.
- Algemene chirurgische complicaties zijn te verwachten.
- De ingreep komt frequent voor.

#### DE ANESTHESIETECHNIEK

Lokale, regionale of algehele anesthesie.

### 1.2 Middelcomplexen situaties

#### DE PATIËNT

Eén of meer van de volgende kenmerken zijn van toepassing:

- Individuele kenmerken:
  - het betreft een oncologische patiënt;
  - het betreft een ongevalspatiënt met fracturen;
  - het betreft een patiënt voor ingrijpende cosmetische chirurgie;
  - het betreft een patiënt na partus of met specifieke vrouwelijke aandoeningen.
- Lichamelijke toestand:

- het betreft een kind;
- huidige toestand besproken bij time-out: beheersbare bijzonderheden.
- Psychosociale toestand:
  - de patiënt is niet in staat de eigen hulpvraag te formuleren;
  - de patiënt is niet in staat keuzes te maken;
  - de patiënt beleeft de situatie emotioneel;
  - de patiënt beschouwt de situatie als onbetrouwbaar en onveilig, door de aard van de ingreep of het onverwachte karakter ervan.

#### DE OMGEVING

Eén of meer van de volgende kenmerken zijn van toepassing:

- Er is in enige extra aandacht vereist voor coördinatie en continuïteit omdat andere disciplines aanwezig zijn: EH-verpleegkundigen, verloskamerverpleegkundigen, radiologisch laboranten.
- De situatie is voor de operatieassistent stresserend, instabiel en sterk wisselend, door de aard van de aandoening of het ongeval en omdat op onverwachte complicaties snel moet kunnen worden ingespeeld.
- Er is een begeleider aanwezig die een geringe mate van opvang nodig heeft.

#### DE CHIRURGISCHE TECHNIEK

- Het betreft frequent voorkomende ingrepen.
- Eén of meer van de volgende kenmerken zijn van toepassing:
  - Operatieverloop: er worden tweevoudige technieken uitgevoerd bij de basisspecialismen. Dit betekent een combinatie van twee van de onderstaande technieken (bijvoorbeeld bij een laparoscopische galblaasoperatie: een combinatie van een scopie en een extirpatie):
    - tomie/drainage;
    - scopie/diagnose;
    - plastieken/correcties;

- extirpatie/amputatie/resectie;
- anastomose/implantaten.
- Er wordt naast basisinstrumentarium ook specialistisch instrumentarium gebruikt. Denk aan:
  - neuschirurgie (KNO);
  - osteosynthese;
  - endoscopisch therapeutisch instrumentarium.
- Er worden meerdere apparaten tegelijkertijd gebruikt en specialistische apparatuur. Denk aan:
  - CO<sub>2</sub>-insufflator;
  - boor- en zaagapparatuur.
- Er worden specialistische materialen gebruikt. Denk aan:
  - osteosynthesemateriaal;
  - mechanisch en endoscopisch hechtmateriaal;
  - implantaten, bijvoorbeeld mammaprothesen en versterkingsmesh.
- Basale chirurgische complicaties zijn te verwachten.
- Bij implantaten en anastomoses is extra aandacht vereist voor steriliteit; bij carcinomen is preparaatverzorging en voorkoming van verspreiding van tumorweefsel van belang; bij minimaal invasieve technieken kan conversie naar open chirurgie nodig zijn.
- De gezondheidstoestand van de patiënt kan door de ingreep worden bedreigd.

#### DE ANESTHESIETECHNIEK

- Lokale, regionale of algehele anesthesie of een combinatie van deze technieken.
- Eén of twee van de volgende kenmerken zijn van toepassing:
  - Het operatieteam dient rekening te houden met specifieke anesthesiologische protocollen. Denk hierbij aan chirurgie in het hoofd-halsgebied en opvang van acute patiënten.
  - Er zijn specifieke complicaties te verwachten met gevolgen voor de algemene toestand van de patiënt. Denk bijvoorbeeld aan het TUR-syndroom en shock.

### 1.3 Hoogcomplexe situaties

Meer en meer is sprake van hoogcomplexere situaties. De operaties betreffen meervoudige technieken, bij zorgintensieve patiënten, in een omgeving die niet altijd stabiel kan zijn. Operatieassistenten – in de rol van assisterende, instrumenterende én omloop – dienen hierop voorbereid te zijn. Studenten verwerven de benodigde competenties hiervoor in het laatste jaar van de opleiding op het eerste competentieniveau. Na diplomering breiden ze hun competenties nog verder uit; het is ook een kwestie van ervaring uitbreiden. In 1.3.1 worden de kenmerken van reguliere hoogcomplexere operaties genoemd. Paragraaf 1.3.2 betreft hoogcomplexere situaties die niet in ieder ziekenhuis voorkomen en ook niet altijd bij de basisopleiding aan studenten worden aangeboden.

#### 1.3.1 Reguliere hoogcomplexere situaties

Het betreft hier frequente en minder frequente hoogcomplexere situaties die in elk ziekenhuis voorkomen.

##### DE PATIËNT

Eén of meer van de volgende kenmerken zijn van toepassing:

- Individuele kenmerken:
  - het betreft een patiënt die onverwacht behandeld wordt (traumapatiënten, sectio); een dergelijke patiënt behoeft een specifieke eigen opvang, veelal gerealiseerd door de anesthesiemedewerker met hulp en aanvulling van de operatieassistent.
- Lichamelijke toestand:
  - zuigelingen of hoogbejaarden;
  - lengte, gewicht: afwijkend in relatie tot leeftijd, lichamelijke bouw en geslacht;
  - voorgeschiedenis: er dient terdege rekening te worden gehouden met eerder ondergane ingrepen en comorbiditeit;
  - ASA-classificatie 3 of hoger.

- Psychosociale toestand:
  - er dient rekening gehouden te worden met gedrag passend bij andere culturen.

##### DE OMGEVING

- Mogelijk is intensieve opvang vereist van aanwezige begeleiders.
- Er is extra aandacht nodig voor coördinatie en continuïteit, omdat goed moet worden geanticipeerd en intensief moet worden samengewerkt vanwege:
  - een onverwachte wending tijdens een ingreep;
  - een spoedeisende ingreep.
- De situatie is voor de operatieassistent stresserend, instabiel en sterk wisselend omdat één of meer van de volgende kenmerken van toepassing zijn:
  - het gaat om een zeer ernstige aandoening en aangrijpende situaties;
  - het gaat om een spoedeisende situatie, waarin niet direct alle hulpmiddelen aanwezig zijn;
  - het gaat om een onverwachte situatie, waarop snel moet worden ingespeeld.

##### DE CHIRURGISCHE TECHNIEK

- Het betreft ingrepen die de gezondheidstoestand van de patiënt kunnen bedreigen c.q. levensreddend kunnen zijn.
- Er zijn complicaties te verwachten vanwege de toestand van de patiënt en de ingreep.
- Eén of meer van de volgende kenmerken zijn van toepassing:
  - Operatieverloop: er worden meervoudige technieken uitgevoerd bij de basisspecialismen. Dit betekent een combinatie van twee of meer van de onderstaande technieken (een totale heupvervangings is bijvoorbeeld een combinatie van een tomie, een resectie en een plastiek):
    - tomie/drainage;
    - scopie/diagnose;

- plastieken/correcties;
- extirpatie/amputatie/resectie;
- anastomose/implantaten.
- Specialistisch instrumentarium wordt gebruikt. Denk aan:
  - microchirurgisch instrumentarium;
  - instrumentarium voor behandeling van complexe fracturen;
  - endoscopisch chirurgisch instrumentarium;
  - instrumentarium voor grote buikchirurgie;
  - vaatinstrumentarium.
- Specialistische apparatuur wordt gebruikt. Denk aan:
  - operatiemicroscop;
  - doorlichtings- en röntgenapparatuur;
  - specifieke operatietafel en accessoires;
  - specifieke weefselscheidende apparatuur: CUSA, laser, cryoapparatuur.
- Specialistische materialen worden gebruikt. Denk aan:
  - microchirurgisch hechtmateriaal;
  - gewrichtsimplantaten en vaatprotheses;
  - botcement, isotopen, cytostatica;
  - specifiek wondverzorgingsmateriaal: brandwonden, stomamateriaal.

#### *DE ANESTHESIETECHNIEK*

- Uitgebreide bewaking is nodig.
- Speciale aandacht voor bijvoorbeeld ligging is nodig.
- Er zijn complicaties te verwachten als gevolg van de anesthesiologische techniek.

#### **1.3.2 Specifiek-specialistische hoogcomplexere situaties**

Het betreft hier hoogcomplexere situaties die niet in ieder ziekenhuis voorkomen en ook niet altijd bij de basisopleiding aan studenten aangeboden worden. Het betreft ook situaties in topklinische en academische centra of voor dedicated teams.

#### *DE PATIËNT*

- Individuele kenmerken:
  - het betreft een ernstige-traumapatiënt, geestelijk gehandicapte of patiënt voor orgaantransplantatie; een dergelijke patiënt heeft specifieke eigen opvang, veelal gerealiseerd door de anesthesiemedewerker met hulp en aanvulling van de operatieassistent.
- Lichamelijke toestand:
  - zie '1.3.1 Reguliere situaties'.
- Psychosociale toestand:
  - zie '1.3.1 Reguliere situaties'.

#### *DE OMGEVING*

- Er is extra aandacht nodig voor coördinatie en continuïteit omdat goed moet worden geanticipeerd en intensief moet worden samengewerkt vanwege:
  - complicaties tijdens specialistische chirurgische technieken die snel ingrijpen vereisen;
  - de aanwezigheid van Eurotransplant-medewerkers.

#### *DE CHIRURGISCHE TECHNIEK*

- Het betreft niet-frequent voorkomende ingrepen, zodat alleen een vast behandelteam voldoende ervaring kan krijgen.
- Het betreft ingrepen ter verbetering van de gezondheidstoestand of ter verzachting van lijden. Tevens is het mogelijk dat de patiënt tijdens de ingreep overlijdt (orgaantransplantatie).
- Eén of meer van de volgende kenmerken zijn van toepassing:
  - Operatieverloop: er worden meervoudige en/of specialistische operatietechnieken uitgevoerd bij de volgende specialismen:
    - cardiopulmonale chirurgie;
    - endovasculaire en hybride vaatchirurgie;
    - oogheelkunde (glasvocht-, retina-, glaucoomchirurgie);
    - oorchirurgie (cochleaire implantaten);

- kaakchirurgie;
- neurochirurgie;
- orgaantransplantatie.
- Specialistisch instrumentarium wordt gebruikt. Denk aan:
  - thoraxinstrumentarium;
  - vaatinstrumentarium;
  - ooginstrumentarium;
  - oorinstrumentarium;
  - kaakinstrumentarium;
  - wervelkolom- en neurochirurgisch instrumentarium.
- Specialistische apparatuur wordt gebruikt. Denk aan:
  - navigatieapparatuur;
  - operatierobot.
- Specialistische materialen worden gebruikt. Denk aan:
  - osteosynthesemateriaal kaak, knie, rug;
  - conserveringsmateriaal voor orgaandonatie.

#### *DE ANESTHESIETECHNIEK*

- Het operatieteam dient rekening te houden met specifieke anesthesiologische protocollen.
- Er zijn complicaties te verwachten als gevolg van de anesthesiologische techniek.

# BEROEPSCODE VAN DE OPERATIEASSISTENT

BIJLAGE

# 2

Een beroepscode beschrijft de regels waaraan mensen binnen een bepaalde beroepsgroep zich dienen te houden. In dit geval de operatieassistenten.

De beroepscode is in eerste instantie voor de beroepsgroep zelf, maar omdat de beroepscode duidelijk maakt wat er van de beroepsbeoefenaar verwacht wordt, biedt ze ook houvast aan patiënten en andere disciplines.

De beroepscode is ontleend aan de code die de Nationale Raad voor de Volksgezondheid hanteert voor werkers in de gezondheidszorg.

De operatieassistent die zich aanmeldt voor opname in het KABIZ Kwaliteitsregister Operatieassistenten, verklaart daarmee de opgestelde beroepscode te onderschrijven.

We onderscheiden vier categorieën van beroepsmatig handelen.

## ***I De operatieassistent in relatie tot de beroepsuitoefening.***

- De operatieassistent is persoonlijk verantwoordelijk voor zijn handelen.
- De operatieassistent houdt zijn kennis en vaardigheden op peil.
- De operatieassistent verricht alleen handelingen waarvoor hij competent is.
- De operatieassistent begeleidt studenten en stagiairs.
- De operatieassistent werkt mee aan de bevordering van de kwaliteit van zorg.

- De operatieassistent levert een bijdrage aan veilige zorgverlening.
- De operatieassistent initieert en ondersteunt activiteiten ter bevordering van de ontwikkeling van het beroep.
- De operatieassistent is verantwoordelijk voor het beheer van te gebruiken materialen.
- De operatieassistent heeft een geheimhoudingsplicht.
- De operatieassistent maakt melding van fouten en/of bijna-fouten aan de door de instelling ingestelde meldingscommissie.
- De operatieassistent brengt zijn beroep niet in diskrediet.

## ***II De operatieassistent in relatie tot de patiënt.***

- De operatieassistent stelt het patiëntenbelang op de eerste plaats.
- De operatieassistent verleent zorg aan een patiënt zonder aanzien des persoons.
- De operatieassistent verstrekt de nodige informatie aan patiënt en/of begeleider.
- De operatieassistent behartigt de belangen van de patiënt.
- De operatieassistent respecteert en beschermt de privacy van de patiënt.
- De operatieassistent die uit levensovertuiging bezwaren heeft om mee te werken aan bepaalde handelingen bij de patiënt, draagt de zorg voor de patiënt over aan een collega.



- De operatieassistent neemt geen persoonlijke giften aan.
- De operatieassistent die bij een collega of andere hulpverlener gedrag bemerkt waarmee de patiënt schade zou kunnen worden toegebracht, neemt maatregelen ter bescherming van de patiënt .

### ***III De operatieassistent in relatie tot andere zorgverleners.***

- De operatieassistent streeft naar een goede samenwerking met collegae en andere hulpverleners op het terrein van de gezondheidszorg.
- De operatieassistent steunt de collega die nadelige gevolgen ondervindt doordat hij zich overeenkomstig de beroepscode gedraagt.
- De operatieassistent bekritiseert geen collegae in het openbaar of ten overstaan van de patiënt.
- De operatieassistent biedt collegae en andere hulpverleners alle hulp die hij vanuit zijn kennis, deskundigheid en bevoegdheid kan bieden.
- De operatieassistent respecteert collegae die op grond van hun levensovertuiging bezwaar hebben tegen het verlenen van medewerking aan bepaalde ingrepen bij de patiënt.

### ***IV De operatieassistent in relatie tot de samenleving.***

- De operatieassistent ontplooit initiatieven en ondersteunt de activiteiten van de beroepsgroep om voorwaarden te scheppen voor een goede beroepsuitoefening.
- De operatieassistent draagt bij aan een duidelijke profilering van zijn beroep.
- De operatieassistent werkt mee aan wetenschappelijk onderzoek, gericht op de verbetering van de volksgezondheid en de individuele zorg voor de patiënten.

- De operatieassistent zet zich in voor een rechtvaardige verdeling van en verantwoorde omgang met beschikbare middelen.
- De operatieassistent draagt bij aan de bescherming van het milieu binnen het domein van de zorg.
- De operatieassistent draagt bij aan het tot stand brengen en handhaven van rechtvaardige arbeidsvoorwaarden.

# DUBLIN-DESCRIPTOREN VERTAALD NAAR HBO-KENMERKEN

NAAR NQA (NETHERLANDS QUALITY AGENCY) JUNI 2003

BIJLAGE

# 3

De omschrijvingen van de hbo-kenmerken gaan op sommige punten verder dan de Dublin-descriptoren. Dit is geen bezwaar, omdat de Dublin-descriptoren een internationale beschrijving geven van de competenties waarover

een afgestudeerde bachelor minimaal zou moeten beschikken. Daarbij is uitdrukkelijk gesteld dat een nadere invulling afhankelijk is van de nationale context.

**Europese descriptoren bachelor**  
**Bachelor's degrees are awarded to students who:**

**Knowledge and understanding:**  
have demonstrated knowledge and understanding in a field of study that builds upon and supersedes their general secondary education, and is typically at a level that, whilst supported by advanced textbooks, includes some aspects that will be informed by knowledge of the forefront of their field of study.

**Applying knowledge and understanding:**  
can apply their knowledge and understanding in a manner that indicates a professional approach to their work or vocation, and have competences typically demonstrated through devising and sustaining arguments and solving problems within their field of study.

**Vertaling naar hbo-kenmerken.**

**Brede, multidisciplinaire basis:**  
de afgestudeerde is toegerust met actuele en multidisciplinaire kennis, inzichten, houdingen en vaardigheden teneinde de taken van een beginnend beroepsbeoefenaar zelfstandig te kunnen uitvoeren.

**Probleemgericht werken:**  
de afgestudeerde kan relevante (wetenschappelijke) kennis, inzichten, houdingen en vaardigheden toepassen bij het definiëren, analyseren en oplossen van complexe problemen in de beroepspraktijk.

**Aanhakend bij hbo-kenmerken in rapport commissie-Franssen.**

- Brede professionalisering.
- Multidisciplinaire integratie.
  
- Probleemgericht werken.
- (wetenschappelijke) toepassing.
- Creativiteit en complexiteit in handelen.

**Making judgements:**

have the ability to gather and interpret relevant data (usually within their field of study) to inform judgements that include reflection on relevant social, scientific or ethical issues.

**Communication:**

can communicate information, ideas, problems and solutions to both specialist and non-specialist audiences.

**Learning skills:**

have developed those learning skills that are necessary for them to continue to undertake further study with a high degree of autonomy.

**Methodisch en reflectief denken en handelen:**

de afgestudeerde is in staat relevante informatie te verzamelen en analyseren teneinde projectmatig te werken en te reflecteren op het beroepsmatig handelen, mede vanuit ethische en maatschappelijke vragen.

**Sociaalcommunicatieve bekwaamheid:**

de afgestudeerde kan intern en extern communiceren, teamgericht samenwerken, en leiding geven aan projecten in een multidisciplinaire, multiculturele en internationale arbeidsomgeving.

**Professionalisering:**

de afgestudeerde heeft de cognitieve vermogens ontwikkeld die hem/haar in staat stellen tot voortdurend professionaliseren van de eigen beroepsuitoefening en tot functioneren in uiteenlopende beroepssituaties.

- Methodisch en reflectief denken en handelen.
- Besef van maatschappelijke verantwoordelijkheid.

- Sociaalcommunicatieve bekwaamheid.
- Basiskwalificering voor managementfuncties.

- Transfer en brede inzetbaarheid.
- Brede professionalisering.

# LEDEN WERKGROEP BEROEPSPROFIEL

BIJLAGE

# 4

- Nicole Dreessen, voorzitter LVO-werkgroep Beroepsprofiel; bestuurslid Beroepsbelangen LVO; operatieassistent en terreindeskundige urologie en plastische chirurgie operatiekamers, Orbis Medisch Centrum, Sittard
- Quirina Gedrojc-Koehler, operatieassistent en terreindeskundige neurochirurgie; arbocontactpersoon operatiekamers, Medisch Centrum Haaglanden; commissielid Beroepsbelangen, LVO
- Mary Herboldt-Soudant, senior opleider en onderwijskundig adviseur, EXPOSZ opleidings-, advies- en onderzoekscentrum voor Sport en Zorg, faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam
- Paul Meijsen, operatieassistent Catherina-ziekenhuis, Eindhoven; coördinator en docent Fontys Hogeschool, Eindhoven
- Jeanine Stuart, operatieassistent en praktijkcoördinator operatiekamers, BovenIJ Ziekenhuis, Amsterdam; secretaris en bestuurslid Onderwijs LVO

- R. van den Berg, strategisch adviseur Zorg, Calibris
- F. Bijnen, hoofd opleiding Operatieassistent en Anesthesiemedewerker, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- A. Cremers, beleidsmedewerker, NU'91
- J. Deggens, College Opleidingen en Zorg, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- M. van de Flier, opleider OA/AM, Erasmus MC
- H. Folkertsma, operatieassistent-praktijkopleider, Medisch Centrum Leeuwarden
- M. Geuzenbroek, opleider operatieassistenten, VU medisch centrum, Amstel Academie
- J.H. Houtstra, opleider OA/AM, Erasmus MC
- prof. dr. F.W. Jansen, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Endoscopische Chirurgie
- J. Kleinrouweler-Wissink, praktijkopleider OKC en operatieassistent, ziekenhuis Rijnstate Arnhem
- E. Monteban, voorzitter Nederlandse Vereniging Leidinggevenden Operatiekamer
- A. Nutma, senior beleidsadviseur Kwaliteit, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- T.E. Otto, chirurg, BovenIJ Ziekenhuis, Amsterdam
- dr. M. Pols, senior adviseur, afdeling Ondersteuning Professionele Kwaliteit, Orde van Medisch Specialisten
- prof. dr. F. Scheele, gynaecoloog, hoogleraar Verloskunde en gynaecologie in het bijzonder voor onderwijs en opleiding
- E. Schoemaker, inspecteur IGZ
- J. Scholten, beleidsadviseur Kwaliteit & Arbeid, NVZ vereniging van ziekenhuizen
- C. Vermeulen, beleidsadviseur College Zorg Opleidingen
- S. van 't Wout, praktijkopleider, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis





Dit is een uitgave van Y-Publicaties i.s.m. de LVO.



Tekst: leden van de werkgroep Beroepsprofiel, Nicole Dreessen en Marloes van Hoorn

Foto's: Edwin Wiekens

Uitgever: Ralf Beekveldt

Coördinatie: Nicole Dreessen en Marloes van Hoorn

Eindredactie: Marloes van Hoorn

Tekstcorrectie: Marijn Mostart

Lay-out: Hans Jansens

Druk: Balmedia

© 2012 Y-Publicaties, Amsterdam

Behoudens de door de wet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.