



# Handreiking

Implementatie  
richtlijn Sedatie  
en/of  
analgesie (PSA)  
op locaties  
buiten de OK





## FAQ's – frequently asked questions - implementatie richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de OK

De afgelopen drie jaar heeft de NVA verschillende vragen ontvangen met betrekking tot de richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de OK. Omdat deze vragen nog altijd actueel zijn, heeft een projectgroep bestaande uit vijf NVA-leden deze vragen verzameld en beantwoord. Ook heeft zij op basis van eigen ervaringen een aantal vragen toegevoegd. De FAQ's zijn ingedeeld in drie onderwerpen: opleiding, lokale inrichting PSA en financiën.

Bij het beantwoorden van de FAQ's merkte de projectgroep dat de ruimte die de landelijke richtlijn biedt voor lokale invulling soms gepaard gaat met een gevoel van onzekerheid en angst voor 'onjuiste' lokale PSA-organisatie. Zij wil u daarom sterken in uw positie. De ruimte voor lokale invulling geeft u juist de vrijheid en mogelijkheid om als deskundige op te treden en het initiatief te nemen om met uw lokale sedatiesommissie en betrokken specialisten de PSA voor uw eigen ziekenhuis in te richten.

Wordt uw vraag niet beantwoord, dan kunt u uw vraag sturen naar: [nva@anesthesiologie.nl](mailto:nva@anesthesiologie.nl)

### Samenstelling van de projectgroep:

mw. O.H.M. Beenen,  
mw. J. Bezstarosti-van Eeden,  
mw. B.M.J.B. van den Brom,  
dhr. M.L. Bolt,  
mw. D.H. Thöne.

### DISCLAIMER

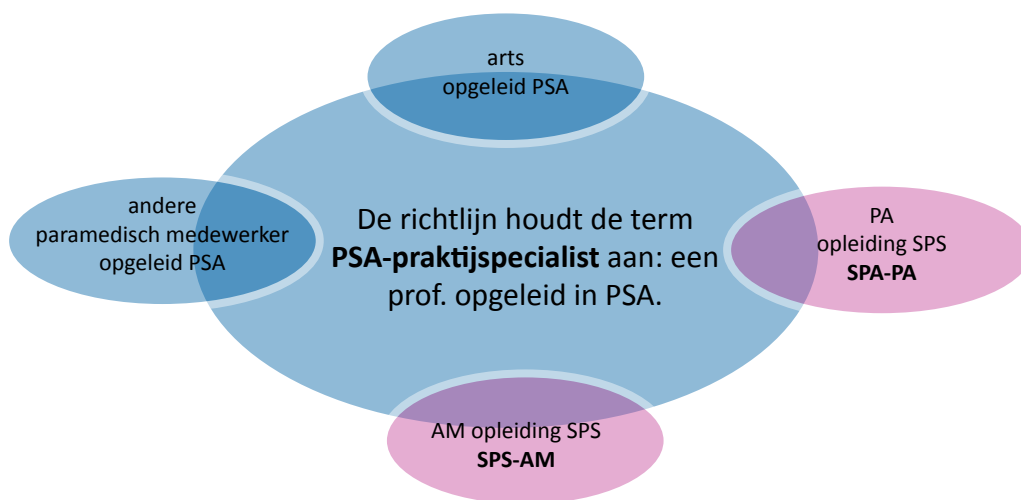
Protocollen geven aan hoe lokaal uitvoering wordt gegeven aan beroepskaders, -normen, standpunten en richtlijnen. Protocollen worden lokaal/plaatselijk vastgesteld, rekening houdend met de typische omstandigheden van de eigen praktijk en het ziekenhuis. Het opstellen van protocollen is een eigen verantwoordelijkheid van afdelingen en maatschappen anesthesiologie. Deze 'Handreiking - implementatie richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de OK', biedt ondersteuning bij de vertaalslag van de richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de OK naar lokale protocollen en afspraken. Er kunnen geen rechten worden ontleend aan deze handreiking of haar auteurs.

## opleiding

### 1 Wie is de PSA-praktijkspecialist en wie is de sedatiepraktijkspecialist (SPS)?

In de richtlijn wordt de term PSA-praktijkspecialist gebruikt. Volgens de richtlijn is dit een professional die is opgeleid voor het verrichten van PSA volgens de aanbevelingen van de richtlijn. De professional kan een arts, een anesthesiemedewerker, een physician assistant of een andere paramedisch medewerker zijn, die aantoonbaar over de PSA vereiste kennis beschikt en de voor PSA vereiste vaardigheids- en overige competenties beheerst.

In de praktijk is een PSA-praktijkspecialist vaak een anesthesiemedewerker (AM) of een physician assistant-anesthesiologie (PA) met afgeronde opleiding Sedatiepraktijkspecialist. Deze professional wordt sedatiepraktijkspecialist genoemd, afgekort tot SPS. In deze FAQ's wordt daarom de term SPS aangehouden. Als het specifiek de AM of PA betreft wordt SPS-AM of de SPS-PA gebruikt. Zie ook het figuur hieronder.



### 2 Wie kan de opleiding tot Sedatiepraktijkspecialist (SPS) volgen?

De lokale opleidingscommissie kan de ingangseisen aan deze opleiding zelf stellen. Op dit moment richten de meeste opleidingen tot Sedatiepraktijkspecialist (SPS) zich op de anesthesiemedewerker en PA-anesthesiologie met een aantal jaren werkervaring.

De opleiding SPS is (nog) niet officieel landelijk erkend. Anesthesiemedewerkers en PA'ers-anesthesiologie die de opleiding SPS hebben afgerond, ontvangen een certificaat van de instelling waar zij de opleiding hebben gevolgd. Momenteel vindt overleg plaats met het College Zorg Opleidingen (CZO) om de opleiding SPS landelijk te erkennen. Zie ook Opleidingsblauwdruk SPS.

### 3 Mag een arts niet-anesthesioloog PSA uitvoeren?

Een arts niet-anesthesioloog mag PSA uitvoeren, indien de arts hiervoor aantoonbaar bekwaam en bevoegd is. Zonder opleiding in PSA mag een arts niet-anesthesioloog geen PSA uitvoeren, ook geen lichte PSA. Voor zover op dit moment bekend is er alleen in de opleiding tot SEH arts een module PSA opgenomen. Het is aan de lokale sedatiecommissie om kwaliteitseisen aan onderwijs-/opleidingsmodules te stellen. Hierbij is het belangrijk om onderscheid te maken voor lichte of matige tot diepe PSA. In de richtlijn staan kennis- en vaardigheidseisen beschreven waarover een arts moet beschikken voor de uitvoering van matige tot diepe PSA.

Een anesthesioloog is door zijn opleiding voldoende deskundig voor het geven van lichte en matige tot diepe PSA bij volwassenen.

Zie ook Richtlijn PSA (hoofdstuk 5) en Opleidingsblauwdruk SPS.

#### 4 Aan welke opleidingseisen moet een arts niet-anesthesioloog voldoen om lichte PSA te mogen uitvoeren?

Het is aan de lokale sedatiecommissie om de minimale opleidingseisen op te stellen. Zij kunnen hiervoor gebruik maken van:

- ALS / BLS scholing (minimaal);
- De opleidingsblauwdruk SPS;
- E-learning gebaseerd op de richtlijn (<http://www.expertcollege.com/>).

#### 5 Is het mogelijk om een opleiding PSA bij kinderen volgen?

Er is geen landelijk erkende opleiding PSA bij kinderen. Wel worden in de praktijk zorgverleners getraind voor PSA bij kinderen. Er zijn bijvoorbeeld enkele physician assistants-anesthesiologie met specialisatie anesthesiologie en kinderen die ook de opleiding SPS hebben afgerond en vanuit die ervaringen PSA bij kinderen toepassen.

#### 6 In mijn ziekenhuis willen een aantal artsen niet-anesthesiologen de PSA-scholing niet volgen. Wat kan ik doen om hen duidelijk te maken dat PSA-scholing noodzakelijk is?

Dit is een taak voor de lokale sedatiecommissie, zij kunnen in gesprek gaan met de betreffende artsen. Het is in ieder geval belangrijk dat op ziekenhuisniveau afspraken worden gemaakt. In deze afspraken dient minimaal vastgelegd te worden wie, wanneer de competentie bezit om lichte en matige tot diepe PSA te mogen uitvoeren.

Zie ook Richtlijn PSA (hoofdstuk 5) en Toetsingskader IGZ PSA

### lokale afspraken

#### 1 In ons ziekenhuis is de vraag naar PSA groter dan de afdeling anesthesiologie kan leveren. Hoe kan de afdeling daar het beste mee omgaan?

Vaak is in een ziekenhuis meer vraag naar ingrepen onder PSA, dan dat de vakgroep anesthesiologie kan uitvoeren. Volgens de richtlijn kunnen ook artsen niet-anesthesiologen en niet-artsen onder bepaalde voorwaarden PSA uitvoeren. Maak daarom als afdeling anesthesiologie afspraken met de betreffende specialismen over wie, bij welke patiënten PSA uitvoeren.

Bijvoorbeeld: Lichte PSA bij ASA 1 & 2 patiënten kan uitgevoerd worden door het behandelend specialisme. PSA bij ASA 3 & 4 patiënten wordt uitgevoerd door de SPS met back-up van de vakgroep anesthesiologie. Voor wat betreft de screening van de patiënt, geldt hetzelfde als voor het uitvoeren van de PSA. Een arts niet-anesthesioloog mag de screening uitvoeren na adequate opleiding en mogelijkheid voor laagdrempelige consultatie bij een anesthesioloog. Ook voor wat betreft de screening is het advies om afspraken vast te leggen in het lokale protocol. Tenslotte moeten de omstandigheden altijd voldoen aan de richtlijn: zoals adequate bewaking, verslaglegging en scholing van specialisten en medewerkers.

#### 2 De aanvrager van de PSA (arts niet-anesthesioloog) wil liever de PSA laten uitvoeren door een anesthesioloog dan door een SPS'er. Hoe kunt u hiermee omgaan?

Dit is mogelijk een vertrouwenskwestie. U kunt zelf actief bijdragen in het opbouwen van vertrouwen in het uitvoeren van PSA door de SPS. Door bijvoorbeeld te starten met een PSA-kamer op de afdeling van het specialisme dat graag de PSA laat uitvoeren. Bijvoorbeeld: de afdeling anesthesiologie verzorgt twee dagen per week ondersteuning op de PSA-kamers van de afdeling radiologie. Deze ondersteuning door de afdeling anesthesiologie kan geleidelijk overgedragen worden naar back-up afspraken.

### 3 Wie is er verantwoordelijk als een SPS de PSA uitvoert?

Het begrip eindverantwoordelijkheid hangt Afhankelijk van of er sprake is van taakverschuiving (taakdelegatie) of taakherschikking wordt duidelijk wie verantwoordelijk is bij de uitvoering van PSA. In de praktijk betekent taakverschuiving dat de SPS-AM altijd onder supervisie van een anesthesioloog binnen een anesthesieteam werkt. Taakherschikking betekent dat de SPS-PA samenwerkt met een anesthesioloog voor consultatie. Voor beide geldt dat het belangrijk is dat er duidelijke lokale afspraken zijn over verantwoordelijkheden tussen specialisten en medisch management van de instelling als ingrepen buiten een operatiecomplex plaatsvinden.

Taakverschuiving: staat in de richtlijn PSA hoofdstuk 6 uitgebreid beschreven. Taakherschikking: gaat verder dan taakverschuiving en betekent in het kader van PSA dat verantwoordelijkheden kunnen worden herverdeeld van arts naar physician assistant. Taakherschikking staat uitgebreid beschreven in het Beroepskader Taakherschikking.

PSA uitgevoerd door een SPS met vooropleiding Anesthesiemedewerker valt in de categorie taakverschuiving. Dezelfde PSA uitgevoerd door een SPS met vooropleiding PA-Anesthesiologie valt in principe onder taakherschikking, omdat de PA een zelfstandige behandelbevoegdheid heeft.

NB. Regelmatig worden de begrippen verantwoordelijkheid en eindverantwoordelijkheid door elkaar gebruikt. Het is belangrijk te realiseren dat deze begrippen niet dezelfde betekenis hebben. Het begrip eindverantwoordelijkheid hangt samen met de interne organisatiestructuur en heeft als zodanig geen juridische betekenis. Duidelijk moet zijn wie in de organisatie aanspreekbaar is op de aanwezigheid en evaluatie van goede protocollen en samenwerkingsafspraken. Zo is bijvoorbeeld het ziekenhuis organisatorisch eindverantwoordelijk voor het hebben van een lokale sedatiecommissie en een lokale sedatiecommissie voor het vastleggen van afspraken in protocollen. Het begrip verantwoordelijkheid heeft wel juridische betekenis. De Wet BIG is leidend in de vraag wie er zelfstandig bevoegd, verantwoordelijk en in juridische (tuchtrechtelijke) zin aanspreekbaar is op het uitvoeren van medische handelingen.

Zie ook Richtlijn PSA (hoofdstuk 6) en Beroepskader Taakherschikking.

### 4 Bij welke patiëntencategorieën mag een arts niet-anesthesioloog zelf PSA uitvoeren? En wanneer is het nodig dat een SPS dit doet?

Deze vraag raakt aan de wet BIG en daarom lichten we deze kort toe. De wet BIG geeft een opsomming van een aantal categorieën voorbehouden handelingen. Voorbehouden handelingen mogen alleen worden uitgevoerd door de in de Wet BIG aangewezen beroepsbeoefenaren. Uitgangspunt is dat deze beroepsbeoefenaren bevoegd zijn voor het uitvoeren van deze handelingen mits zij beschikken over voldoende bekwaamheid.

PSA is geen wettelijk vastgelegde voorbehouden handeling, maar wordt wel beschouwd als risicovolle handeling. De uitvoerend arts dient daarom ten alle tijde bevoegd, mits bekwaam te zijn voor uitvoering van PSA. De arts niet-anesthesioloog die een PSA uitvoert en bekwaam wordt geacht, zal een basisopleiding moeten hebben gevolgd waarin belangrijke algemene competenties moeten worden aangeleerd. Daarnaast zullen zij veelal hetzij een aanvullende opleiding moeten volgen voor het specifieke terrein waarop zij PSA gaan toepassen, hetzij aanvullende ervaring moeten opdoen in dat specifieke segment.

Bijvoorbeeld, kan het volgende worden afgesproken binnen het ziekenhuis. Mits voldoende opgeleid en bekwaam geacht mag een arts niet-anesthesioloog lichte PSA uitvoeren zonder SPS of anesthesioloog. Het is aan te bevelen dat matige tot diepe PSA door een SPS wordt gegeven. ASA 3 en 4 patiënten zijn, onafhankelijk of het lichte of matige tot diepte PSA betreft, voor de SPS dan wel de anesthesioloog. Soms zijn deze afspraken vanwege het grote aantal patiënten (nog) niet haalbaar. In veel klinieken is daarom de afspraak gemaakt dat matige PSA bij ASA 1 en 2 patiënten ook door de arts niet-anesthesioloog uitgevoerd kan worden. Vanzelfsprekend moeten wel de voorwaarden zoals gesteld in de richtlijn



gevolgd worden, zoals screening, adequate bewaking tijdens en na de procedure, opleiding van de uitvoerder en mogen geen andere taken hierbij worden uitgevoerd. Als bij ASA 1 & 2 patiënten van te voren wordt verwacht dat de PSA niet succesvol zal verlopen, is het logisch dat de SPS of anesthesioloog de PSA uitvoert.

Ook hier geldt: maak hierover afspraken met de betreffende afdelingen en leg deze vast. Laat de betreffende afdelingen een gedetailleerd protocol maken over hun eigen werkwijze. Dit protocol dient ter goedkeuring voorgelegd te worden aan de lokale sedatiecommissie.

Tenslotte, in het Toetsingskader IGZ staat uitdrukkelijk vermeld dat propofol sedatie matige tot diepe sedatie is en dus voorbehouden aan de SPS en anesthesioloog. Zie ook Toetsingskader IGZ.

## 5 Wanneer is er sprake van lichte PSA en wanneer van matige tot diepe PSA?

In de richtlijn staan de definities beschreven van lichte en matige tot diepe sedatie. Deze definities betekenen in de praktijk dat bij lichte PSA de patiënt in staat is gericht antwoord te geven op vragen én er geen enkele beperking met betrekking tot de luchtweg is, dit in tegenstelling tot matige tot diepe PSA. Het belangrijkste uitgangspunt is dat de diepte van de PSA wordt gemeten aan het effect van (een) middel(len) op de patiënt, en niet aan het soort middel of de hoeveelheid van het middel. Met andere woorden; wat gebeurt er met de patiënt en hoe reageert de patiënt?

## 6 Hoe moeten verkoeverfaciliteiten voor PSA patiënten worden ingericht?

In de richtlijn PSA in hoofdstuk 9 "Ontslagcriteria na PSA" staan de benodigde verkoeverfaciliteiten beschreven. Tevens kan het volgende aangehouden worden met betrekking tot bewaking en personele capaciteit tijdens de recoveryfase.

### Bewaking:

In de recoveryfase, direct volgend op de PSA, dient de patiënt op dezelfde wijze (voortdurend persoonlijk en met instrumentele bewaking) te worden bewaakt als tijdens de PSA-procedure. Dat betekent bijvoorbeeld dat patiënten die lichte PSA hebben ondergaan door middel van verbale communicatie kunnen worden bewaakt, en patiënten die matige tot diepe PSA hebben ondergaan aan de monitor liggen.

### Personele capaciteit:

In de richtlijn is niet vastgelegd hoeveel verpleegkundigen per sedatiebed beschikbaar moet zijn. Het is aan de lokale sedatiecommissie om hier afspraken over maken die aansluiten bij de organisatie van het ziekenhuis. Hierbij kan de richtlijn van verpleegkundigen richting gevend zijn. Deze richtlijn stelt dat op een kamer met 12 sedatiebedden, minimaal 3 verpleegkundigen staan.

## 7 Hoe moet de screening voor PSA patiënten worden ingericht?

De richtlijn laat ruimte voor lokale invulling. De lokale sedatiecommissie dient daarom afspraken te maken betreffende de PSA screening. Uitgangspunt is dat alle patiënten voor de PSA beoordeeld zijn, geschikt bevonden zijn en gedocumenteerd zijn. Er kan bijvoorbeeld met behulp van een papieren screening gefilterd worden tussen ASA 1-2 en hogere ASA klassen. Deze papieren screening kan worden uitgevoerd door de personeelsgroep die ook de PSA uitvoert. De ASA 1 & 2 patiënten kunnen vervolgens fysiek beoordeeld worden op de dag van de procedure. Dan moet de patiënt wel worden geïnformeerd dat het risico bestaat dat de procedure niet door gaat als er bij de fysieke screening iets blijkt te zijn. De ASA 3 & 4 patiënten dienen op een eerder moment gezien te worden door de anesthesioloog of SPS-er, om zo nodig beleid ten aanzien van comorbiditeit te kunnen aanpassen

## 8 Mag een anesthesioloog PSA bij kinderen uitvoeren?

Ja, mits de richtlijn "PSA deel III bij kinderen" wordt gevolgd. Dat betekent onder andere dat de anesthesioloog bevoegd en bekwaam moet zijn. Een anesthesioloog is vanuit zijn/haar opleiding niet automatisch bevoegd en bekwaam voor het uitvoeren van PSA bij kinderen.

Zie ook FAQ 5 bij Opleiding.

## 9 Welke eisen worden er gesteld aan de oproepbaarheid van de anesthesioloog tijdens PSA-sessies?

Belangrijk is dat lokaal een afspraak gemaakt wordt over wie van de anesthesiologen het aanspreekpunt is tijdens PSA sessies. Deze anesthesioloog moet binnen enkele minuten ter plaatse kunnen zijn. Bij voorkeur heeft deze anesthesioloog werkzaamheden die hij/zij acuut kan onderbreken. In de praktijk vertaalt dit zich bijvoorbeeld naar een anesthesioloog van de preoperatieve screening.

## 10 Hoe moet PSA op bijzondere locaties georganiseerd worden?

PSA op bijzondere locaties, zoals tandartsklinieken of abortusklinieken, dient ook volgens de richtlijn PSA georganiseerd te worden. Veel van de bijzondere locaties zijn kleine klinieken en dan geldt ook het NVA verenigingsstandpunt Electieve ingrepen in Kleine Locaties. Zie ook Richtlijn PSA en NVA verenigingsstandpunten [www.anesthesiologie.nl](http://www.anesthesiologie.nl).

## 12 Welke onderdelen moet de verslaglegging-PSA minimaal bevatten?

In de verslaglegging dienen alle toegediende medicamenten en alle vitale parameters continu vastgelegd te worden. Zowel tijdens de procedure als tijdens de recoveryfase. De verslaglegging sluit af met een lijst waarop het ontslag van de patiënt is gebaseerd (ontslagcriteria), eventuele vervolgspraken en hoe de patiënt naar huis gaat (wel of niet onder begeleiding, met welk vervoersmiddel, etc.). Om eenduidigheid in de verslaglegging te bevorderen, is het aan te raden dat de lokale sedatiecommissie een blauwdruk maakt voor verslaglegging-PSA voor alle specialismen die dit nodig hebben.

## 13 Waarop baseer ik (minimaal) mijn beoordeling om PSA of algehele anesthesie in te zetten?

Dit hangt van de lichamelijke en geestelijke conditie van de individuele patiënt, de ervaring van de betrokken medewerkers, de inrichting van de ruimte waar de PSA gegeven wordt, de aard van de ingreep, het tijdstip van de ingreep (overdag of in diensturen), de snelheid waarmee ingegrepen moet worden (spoed- of electief) en het daarmee samenhangende nuchterbeleid. Hierover dienen zoveel mogelijk door de lokale sedatiecommissie afspraken gemaakt te worden.

## 14 De Raad van Bestuur (RvB) en/of andere specialismen binnen ons ziekenhuis vinden invoering van de richtlijn PSA niet noodzakelijk. Hoe maken we die noodzaak zichtbaar?

Afhankelijk van de reden van de weerstand kunt u argumenten verzamelen waarom het belangrijk is om PSA volgens de richtlijn uit te voeren. In de richtlijn staat de aanleiding voor ontwikkeling van de richtlijn beschreven (zie de Inleiding), ook wordt in de richtlijn verwezen naar enkele incidenten als gevolg van PSA. Daarnaast controleert de Inspectie (IGZ) op uitvoering van PSA volgens de richtlijn. Het kan helpen om het lid van RvB met kwaliteit in portefeuille deelgenoot te maken van de lokale sedatiecommissie.

## 15 Kan propofol veilig worden gebruikt door niet-anesthesiologen bij PSA?

Alleen als de arts bekwaam is en dus hiervoor een specifieke opleiding heeft gevolgd (bijvoorbeeld een SEH arts of intensivist). Op dit moment voorzien opleidingen in curricula van niet-anesthesiologen niet in matig tot diepe PSA met gebruik van propofol. Daarom is bij matig tot diepe PSA het gebruik van propofol voorbehouden aan anesthesiologen en sedatiepraktijkspecialisten (SPS'ers).

Zie Toetsingskader IGZ en brief van IGZ-aan-NVZ juli 2014.

## financiën

### 1 Onze vakgroep komt financiële middelen te kort om de organisatie rondom PSA in het ziekenhuis volledig in te richten volgens de richtlijn. Hoe kunnen we deze financiële middelen wel verkrijgen?

De kwaliteitswet zorginstellingen verplicht zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet eist onder andere van zorginstellingen: verantwoorde zorg, op kwaliteit gericht beleid en een kwaliteitssysteem. Richtlijnen maken onderdeel uit van beleid van zorginstellingen. Als daarom een zorginstelling kiest PSA uit te voeren, dient dit volgens de richtlijn te gebeuren. Het ter beschikking stellen van financiële middelen voor de juiste uitvoering van PSA is daarmee de taak van de raad van bestuur. Als professional kunt u de raad van bestuur helpen bij het nemen van financiële beslissingen door inzichtelijk te maken wat de behoefte aan PSA is, welke middelen in huis zijn en welke middelen nog nodig zijn. Het opstellen van een business case kan helpen om met de raad van bestuur in gesprek te gaan. De business case kan ook gebruikt worden voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraar.

In opdracht van de NVZ en de NVA is eerder een Budget Impact Analyse (BIA) uitgevoerd. Deze kunt u als blauwdruk/voorbeeld gebruiken. Klik hier voor het document. <http://www.anesthesiologie.nl/actueel/nieuws/nva-pleit-voor-meer-aandacht-voor-baten-patient-bij-sedatie>

### 2 Bestaat er een verrichtingencode voor declaratie en registratie van PSA buiten de OK?

Voor PSA buiten de OK kan code 039132 worden gebruikt. Let op: anesthesiologen moeten dit zelf registreren of hierover lokaal afspraken maken. De code is met name geschikt om PSA te registreren en zichtbaar te maken wat u doet. Aan deze code hangt niet (automatisch) een financieel tarief of een financiële tegemoetkoming. Dat is wel mogelijk, maar is afhankelijk van lokale afspraken.

---

## Handreiking Implementatie richtlijn Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de OK

Informatie/vragen:  
Nederlandse Vereniging  
voor Anesthesiologie  
T 030 282 3 385  
E [nva@anesthesiologie.nl](mailto:nva@anesthesiologie.nl)  
[www.anesthesiologie.nl](http://www.anesthesiologie.nl)

