



Gezamenlijk standpunt KNOV en NVOG inzake zogenaamde “Verlengde arm” constructie, juni 2007

Aanleiding

In Nederland bestaan veel goed lopende verloskundige samenwerkingsverbanden tussen de eerstelijns verloskundigen en de gynaecologen. Hierin liggen duidelijke afspraken vast over het te voeren beleid en ieders verantwoordelijkheden bij het uitvoeren van dit beleid. De verloskundige zorg is gebaat met een goede overdracht van eerste naar tweede lijn met een heldere afbakening van verantwoordelijkheden.

In sommige samenwerkingsverbanden is de afbakening van deze verantwoordelijk echter minder duidelijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor afspraken over de zogenaamde verlengde arm constructie.

Deze verouderde constructie geeft aanleiding tot discussie in sommige regio's.

Zowel de KNOV als de NVOG hebben hierover een duidelijk standpunt en willen dit standpunt hiermee herbevestigen.

Definitie

Officieel, volgens de wet BIG, bestaat een verlengde arm constructie niet meer. Wel wordt er gesproken over delegatie van taken. Dit kunnen ook voorbehouden handelingen zijn. De mogelijkheid om een voorbehouden handeling te delegeren is vastgelegd in artikel 38 van de wet BIG en is geformuleerd met als uitgangspunt een verbod. Het mag niet tenzij voldaan wordt aan bepaalde criteria.

In het veld wordt algemeen onder de zogenaamde verlengde arm constructie het volgende verstaan: De ‘verlengde arm’ constructie is de situatie waarbij de eerstelijns verloskundige de bevalling begeleidt bij een zwangere met een medische indicatie voor een klinische partus, zoals beschreven in de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL).

De medische indicatie kan reeds in de zwangerschap aanwezig zijn (bijvoorbeeld een sectio caesarea in de anamnese) of tijdens de baring ontstaan (bijvoorbeeld meconiumhoudend vruchtwater, secundaire weeënzwakte, noodzaak tot pijnstilling). De verloskundige verwijst de zwangere naar de tweede lijn en gaat vervolgens zelf door met het verlenen van verloskundige zorg (onder een ‘soort van’ eindverantwoordelijkheid van de gynaecoloog).

Indien deze situatie structureel voorkomt of er zijn afspraken over gemaakt, dan spreekt men van een zogenaamde verlengde arm constructie.

Discussie

In sommige regio's en ziekenhuizen is dit een geaccepteerde manier werken. De argumenten vóór deze constructie zijn dat het vooral cliënt/patiënt vriendelijk zou zijn. Er is immers geen wisseling van zorgverlener. De eerstelijns verloskundige hulpverlener is bekend en vertrouwd voor de patiënt. De continuïteit van zorg is gewaarborgd. Voorts is een argument dat in veel van

deze situaties de kans op complicaties klein zou zijn en dat bij tijdig waarschuwen de specialist op tijd aanwezig kan zijn.

De delegatiecriteria van de wet BIG zijn als volgt:

- Het geven van een opdracht
- De redelijke aanname dat degene aan wie de opdracht wordt gegeven bekwaam is
- Het zonodig geven van aanwijzingen
- Het zo nodig houden van toezicht
- De verzekering van de mogelijkheid tot tussenkomst

In tegenstelling tot de tweedelijns verloskundige is de eerstelijns verloskundige hulpverlener niet specifiek opgeleid en/of heeft onvoldoende ervaring om bevallingen met een medische indicatie te begeleiden. Zij is dus, anders dan bij de fysiologische situaties, niet bekwaam. Hierdoor kan niet worden voldaan aan het tweede delegatiecriterium.

Er is tijdens de bevalling geen directe supervisie van de gynaecoloog of een andere tweedelijns verantwoordelijke professional. Hierdoor wordt het geven van aanwijzingen of het houden van toezicht bemoeilijkt of op zijn minst kan het voor verwarring zorgen. Dit ligt gecompliceerd gezien het derde en vierde delegatiecriterium.

Bovendien ontstaat bij deze zogenoemde verlengde arm constructie een situatie waarbij de verloskundige feitelijk 'naar zichzelf verwijst', terwijl de 'cliënt' intussen 'patiënt' is geworden.

Conclusie

De verantwoordelijkheden zoals hierboven beschreven zijn in de zogenaamde verlengde arm dusdanig diffuus dat de NVOG en de KNOV dit een onwenselijke situatie achten voor alle partijen. Dat wil zeggen voor zowel de cliënt, de gynaecoloog als de eerstelijns verloskundige hulpverlener. Dit wordt mede veroorzaakt doordat niet aan de delegatiecriteria wordt voldaan.

Situaties waarbij sprake is van een medische indicatie voor een klinische bevalling onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog zijn duidelijk omschreven in de VIL welke door alle betrokken beroepsgroepen in 2003 via de beroepsverenigingen is aanvaard. Zowel de NVOG als KNOV wijzen daarom de zogenaamde 'verlengde arm' als werkconstructie af.