

## **Advies verantwoordelijkheden Gynaecoloog vs Klinisch Embryoloog**

### **Aanleiding**

De vereniging van Klinisch Embryologen (KLEM) heeft de afgelopen jaren, mede op aangeven van de overheid, kwaliteitscriteria en een opleiding tot klinisch embryoloog opgesteld. De klinische embryologie heeft hiermee de status van een aparte beroepsgroep verkregen. Een ontbrekende schakel in het geheel vormt echter, naar mening van de KLEM, de beschrijving en vastlegging van de verantwoordelijkheden van de klinisch embryoloog ten opzichte van de gynaecoloog. Dit is belangrijk omdat beide beroepsbeoefenaren zeer intensief met elkaar samenwerken in geassisteerde voortplanting procedures.

In de sectie IVF van de werkgroep Voortplanting, Endocrinologie en Fertiliteit (VEF) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is op 23 april 2002 besloten om een commissie te formeren met als taak de verantwoordelijkheden van gynaecoloog en klinisch embryoloog ten opzichte van elkaar af te bakenen.

### **Uitvoering**

Bovengenoemde commissie, bestaande uit Dr Y. van Kasteren (Gynaecoloog, bestuur sectie IVF), Dr P. van Zonneveld (gynaecoloog), Dr M. Curfs (klinisch embryoloog, bestuur KLEM) en Dr A. Wetzels (klinisch embryoloog, bestuur KLEM), is bijeengekomen op 5 juni 2002 te Utrecht. Er werd gesproken aan de hand van twee documenten, te weten het document “werkterrein(en) van IVF laboratoria in Nederland” (opgesteld door de KLEM) en het artikel “Verantwoordelijkheid arts bij kunstmatige voortplanting” (MC 44: 1711 (1989)). Tenslotte kwam de wet “Beroepen in de gezondheidszorg” (BIG) aan de orde, waarin het handelen met geslachtscellen en embryo's als voorbehouden handeling voor de arts wordt omschreven.

### **Definitie verantwoordelijkheid**

Er moet onderscheid gemaakt worden tussen verantwoordelijkheid, eindverantwoordelijkheid en lijnverantwoordelijkheid. De commissie heeft eindverantwoordelijkheid gedefinieerd als “professionele eindverantwoordelijkheid”. In het geval van IVF ligt deze gedeeltelijk bij de gynaecoloog en de klinisch embryoloog. Gezamenlijk zijn dragen zij de eindverantwoordelijkheid voor het gehele IVF proces. In de organisatorische lijn staan gynaecoloog en klinisch embryoloog in principe naast elkaar en beide moeten een rechtstreekse toegang hebben tot de organisatorische lijn (hoofd afdeling, medisch manager, clustermanager, etc.). Met behoud van hun eindverantwoordelijkheden kunnen beide een gedeelte van het werk delegeren naar bijvoorbeeld IVF artsen en analisten, die op hun beurt verantwoordelijk zijn voor een goede uitvoering van de werkzaamheden.

### **Specificatie werkzaamheden en verantwoordelijkheden**

In het MC artikel wordt een korte opsomming gegeven van de werkzaamheden waarvoor respectievelijk de gynaecoloog en de klinisch embryoloog eindverantwoordelijk is. Samenvattend komt het er op neer dat de gynaecoloog de eindverantwoordelijkheid draagt voor het patiëntenpaar (o.m. begeleiding van het paar, indicatiestelling, stimulatie, punctie, ET) en de klinisch embryoloog voor de gameten en het embryo (onder meer feitelijke handelingen, selecties, beoordelingen met/van gameten en embryo's, bewaken kweekcondities, invriezen/ontdooien). De commissie kon zich in deze opdeling van verantwoordelijkheden vinden. Een drietal punten verdienen echter een nadere overdenking, omdat ze op het grensvlak van kliniek en laboratorium liggen: wie is eindverantwoordelijk voor de communicatie naar de patiënt, wie voor het ET beleid en wie voor het indicatiebeleid?

### **Communicatie met patiënt**

De verantwoordelijkheid met betrekking tot de communicatie naar de patiënt werd aan de hand van een aantal voorbeelden besproken:

- *Wie is eindverantwoordelijk voor het geven van voorlichting aan de patiënt over de behandeling?*  
De eindverantwoordelijkheid hiervoor ligt volgens de commissie unaniem bij de gynaecoloog. In

de uitvoering kunnen echter bepaalde taken worden overgedragen naar bijvoorbeeld verpleegkundigen of klinisch embryologen. Afspraken hierover moeten lokaal worden geregeld.

- *Wie is eindverantwoordelijk voor communicatie met betrekking tot het beheer van een cryo-bank voor embryo's of semen?* De klinisch embryoloog is verantwoordelijk voor een adequate opslagmethode (codering, veiligheid, administratie, etc.) en het beheren van het contract. Indien er een patiënt moet worden benaderd (bijvoorbeeld wanneer het contract ontbreekt of de bewaartermijn is verstreken) is het de verantwoordelijkheid van de klinisch embryoloog dit te signaleren en door te geven aan de behandelend arts. De behandelend arts (gynaecoloog of andere specialist) is verantwoordelijk voor het communiceren van het gerezen probleem met de patiënt, het terug-communiceren naar de klinisch embryoloog. Tevens is de behandelend arts verantwoordelijk voor het documenteren van de afspraken en ondernomen acties in de betreffende status.
- *Wie is eindverantwoordelijk voor het communiceren van incidenten op het laboratorium, die een (mogelijk) nadelig gevolg hebben voor de patiënt?* De klinisch embryoloog is verantwoordelijk voor het onderkennen van het probleem en de melding daarvan aan de gynaecoloog, het hoofd van de afdeling en de commissie MIP. De gynaecoloog is verantwoordelijk voor het bespreken van het incident met de patiënt. Bij het voeren van het gesprek kan hij eventueel de hulp van de klinisch embryoloog inroepen.

Voor de communicatie met de IVF-patiënt is dus de gynaecoloog eindverantwoordelijk. De gynaecoloog wordt beschouwd als de “accountmanager” van de patiënt door de zorgketen IVF. Hij kan daarbij de expertise inroepen van specialisten zoals de klinisch embryoloog. Hetzelfde geldt in principe voor uitslagen van semenanalyse en IUI. De klinisch embryoloog is eindverantwoordelijk voor een juiste handelwijze, uitslag en eventueel een toelichting daarop. De gynaecoloog is eindverantwoordelijk voor het inlichten van de patiënt over de uitslag.

### **Verantwoordelijkheid ET-beleid**

De verantwoordelijkheid voor het ET beleid was een tweede discussiepunt voor de commissie. Wie bepaalt het protocollaire (algemene) en specifieke ET beleid? Hierbij wordt teruggevallen op de regel uit de eerste alinea: de gynaecoloog is eindverantwoordelijk voor het paar met kinderwens, de klinisch embryoloog voor gameten en embryo's. De eindverantwoordelijkheid voor een ET protocol ligt dus bij beiden en moet gebaseerd zijn op medische, biologische en ethische gronden. In specifieke gevallen kan de gynaecoloog beslissen van het standaardbeleid af te wijken, bijvoorbeeld als de patiënt een bovengemiddeld medisch risico loopt indien ze zwanger wordt van een tweeling. Ook de klinisch embryoloog kan beslissen om af te wijken van het standaard protocol indien specifieke afwijkingen bij gameten en/of embryo's worden waargenomen.

En passant werd gesproken over de verantwoordelijkheid tijdens de overdracht van materialen na de punctie en tijdens de ET. De commissie was het erover eens dat gynaecoloog en klinisch embryoloog gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor een goede protocollering van de overdracht en de controle daarop (bijvoorbeeld middels aftekenen).

### **Verantwoordelijkheid indicatiebeleid**

Evenals bij het ET-beleid vind de commissie dat de indicatie richtlijn voor IVF gezamenlijk moet worden vastgesteld, weer ieder vanuit de eigen expertise. Voor *indicatiestelling* is echter de gynaecoloog eindverantwoordelijk.

### **Wet BIG**

In de wet BIG is opgenomen dat het handelen met geslachtscellen en embryo's een voorbehouden handeling is voor de arts. De commissie vindt dat hier een nuance moet worden aangebracht, omdat de meeste klinisch embryologen geen arts zijn. De klinisch embryologen vormen een eigen beroepsgroep met eigen expertise, opleiding, kwaliteitscriteria en verantwoordelijkheden. Daarbij past een verlengde arm constructie, zoals die in de wet BIG wordt beschreven, niet. De commissie adviseert de NVOG en de KLEM om gezamenlijk een brief opstellen, gericht aan de minister, ter nuancering van deze voorbehouden handeling. De arts zou hierbij de bevoegdheid moeten krijgen voor de medisch-technische kant en de counseling/begeleiding van de patiënt, de klinisch embryoloog voor de laboratorium-technische kant en voor het embryo *in vitro*. Daarmee ligt het voor de hand dat de

klinisch embryoloog een BIG registratie krijgt. Een dergelijke registratie zou tevens beter aansluiten bij de regelgeving zoals die geformuleerd is in de wet bijzondere medische verrichtingen (WMBV), waarin staat dat het laboratoriumgedeelte van IVF vergunningsplichtig is (artikel 2) en dat de klinisch embryoloog een verplichte discipline is binnen een IVF team (planningsbesluit, ex artikel 5).

**Samenvatting:**

- De gynaecoloog en klinisch embryoloog hebben beiden een professionele eindverantwoordelijkheid. De lijnverantwoordelijkheid ligt (meestal) bij het hoofd van de afdeling.
- De gynaecoloog is eindverantwoordelijk voor de medisch technische kant van IVF en de begeleiding van de patiënt, de klinisch embryoloog voor de laboratorium technische kant en voor het embryo *in vitro*.
- De gynaecoloog en klinisch embryoloog staan in principe naast elkaar in de lijn van de organisatie.
- De voorbehouden handeling aangaande IVF uit de wet BIG moet worden genuanceerd met inachtneming van de hier beschreven verantwoordelijkheden.