

Modelprotocol 'Medisch handelen bij beëindigen van de zwangerschap op maternale indicatie'

| | |
|-------------------|---|
| Datum Goedkeuring | 19 december 2017 |
| Methodiek | Consensus based |
| Discipline | Monodisciplinair |
| Auteurs: | L. van Eerden, gynaecoloog Maasstad Ziekenhuis, E. Pajkrt, gynaecoloog-perinatoloog AMC, A.C. Bolte, gynaecoloog-perinatoloog RadboudUMC, C.J.M. de Groot, gynaecoloog-perinatoloog VU Medisch Centrum, G.C.L.M. Page-Christitaens, gynaecoloog-perinatoloog n.p., G.G. Zeeman, gynaecoloog-perinatoloog Tjongerschans Heerenveen, T.P. Schaap, gynaecoloog UMC Utrecht |
| Verantwoording | NVOG |

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|---|
| 1. Inleiding | 3 |
| 2. Protocol | 3 |
| 1. Algemeen | 3 |
| 2. De diagnose | 4 |
| 3. De prognose | 4 |
| 4. De wens van de ouders | 4 |
| 5. Besluitvorming | 5 |
| i. Samenstelling van het overlegteam | 5 |
| ii. Taak van het overlegteam | 5 |
| iii. Overleg met de ouders | 5 |
| 6. De uitvoering | 6 |
| i. Voorbereiding | 6 |
| ii. Methode | 6 |
| 7. Na de bevalling | 6 |
| 8. Informatie aan derden | 6 |
| 9. Nazorg | 7 |
| 10. Verslaglegging | 7 |
| 3. Registratie door NethOSS ten behoeve van het bijhouden van een landelijke registratie (zie 'Registratieprotocol NethOSS') | 7 |
| 1. Inleiding | 7 |
| 2. Procedure | 8 |
| 4. Referenties | 9 |
| Colofon, Disclaimer | 9 |

Definitie: “Beëindigen van de zwangerschap met als doel het leven en/of de gezondheid van de moeder te beschermen, waarbij de kans op neonatale overleving dusdanig klein wordt geacht dat er geen interventies worden gedaan op foetale indicatie, ongeacht de zwangerschapsduur.”

1. Inleiding

Enkele keren per jaar ontstaat er in of door de zwangerschap een dermate gevaarlijke situatie voor de moeder, dat er een reden is om de zwangerschap voortijdig te beëindigen op maternale indicatie om ernstige morbiditeit te reduceren of maternale sterfte te voorkomen¹.

Men spreekt van *het beëindigen van de zwangerschap op maternale indicatie* indien besloten is tot beëindiging van de zwangerschap, met als doel het leven en/of de gezondheid van de moeder te beschermen, waarbij er geen interventies worden gedaan op foetale indicatie, ongeacht de zwangerschapsduur. Interventies op foetale indicatie worden achterwege gelaten omdat de prognose van de ongeboren vrucht (door bijvoorbeeld termijn en/of foetale conditie) als ongunstig wordt verondersteld. Dit terwijl de mogelijke maternale nadelen van een op foetale overleving gerichte interventie, deze interventie niet rechtvaardigt. De maternale indicaties kunnen zowel een direct gevolg zijn van de zwangerschap (bijv. ernstige pre-eclampsie of levensbedreigend bloedverlies bij een placenta praevia) of een indirecte oorzaak hebben (bijv. ernstige ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) ten gevolge van sepsis). In beide situaties kan worden geconcludeerd dat het continueren van de zwangerschap kan leiden tot ernstige schade bij de moeder, of zelfs levensbedreigend kan zijn.

Volgens de gehanteerde definitie is er **geen** sprake van *het beëindigen van een zwangerschap op maternale indicatie*, indien er een beëindiging van de zwangerschap plaats vindt op maternale indicatie waarbij er tevens wordt gestreefd naar een optimale foetale uitkomst (lees: inleiding bij ernstige pre-eclampsie waarbij zo nodig **wel** op foetale indicatie wordt geïntervenieerd).

Het wel of niet overlijden van de foetus is niet relevant voor de gehanteerde definitie van een zwangerschapsbeëindiging op maternale indicatie.

Dit modelprotocol beschrijft de gedragscode hoe een arts dient te handelen in geval van een ernstige aandoening van de moeder, indien wordt overwogen de zwangerschap te beëindigen om ernstige morbiditeit te reduceren of maternale sterfte te voorkomen en er geen interventie wordt gedaan op foetale indicatie. Het beschrijft tevens de procedures van de voorbereidingen, de afbreking en de melding bij NethOSS (Netherlands Obstetric Surveillance System) (zie [‘Registratieprotocol NethOSS’](#)).

2. Het protocol

2.1. Algemeen

Het beëindigen van de zwangerschap op maternale indicatie zal in principe plaats vinden in één van de tien derdelijns perinatologische centra in Nederland, die beschikken over een maternale high care unit en een neonatale intensive care unit (NICU).

Er zijn uitzonderingen waarbij overwogen kan worden om de zwangerschap te beëindigen in de tweede lijn, waarbij overleg met een derdelijns perinatologisch centrum uiteraard wel is geïndiceerd:

- * gevallen waarbij er een dusdanige spoedsituatie bestaat waarbij de inschatting is dat overplaatsing naar een derdelijns centrum niet meer mogelijk is (bijvoorbeeld massaal bloedverlies bij een placenta praevia).

Artzen die betrokken zijn bij de procedure rond zwangerschapsbeëindiging zijn ieder voor zich verantwoordelijk voor het eigen medisch handelen. Er wordt vastgelegd welke arts eindverantwoordelijk is.

Een beëindiging van de zwangerschap op maternale indicatie is niet strafbaar op grond van artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht, omdat potentieel het leven van de moeder in gevaar is². Wellicht ten overvloede hoeft een termijn van 5 dagen bedenktijd in deze situatie niet te worden aangehouden.

2.2. De diagnose

Alle levensbedreigende aandoeningen van de moeder, waarbij er naar heersend medisch inzicht geen redelijke twijfel bestaat over de diagnose en waarbij het beëindigen van de zwangerschap als doel heeft ernstige maternale morbiditeit te reduceren en mortaliteit te voorkomen, kunnen in aanmerking komen voor een zwangerschapsbeëindiging. De volgende maternale indicaties zijn beschreven in recent onderzoek naar zwangerschapsbeëindigingen in Nederland³.

De onderstaande lijst is mogelijk niet volledig:

- Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap: ruim 2/3 van de zwangerschapsbeëindigingen op maternale indicatie betreft zwangere vrouwen met ernstige vroege pre-eclampsie. Er is consensus in de internationale literatuur dat bij vrouwen die vóór 24 weken zwangerschapsduur ernstige pre-eclampsie ontwikkelen, zwangerschapsbeëindiging overwogen moet worden⁴⁻⁵. Argumenten hiervoor zijn dat een afwachtend beleid grote risico's voor de moeder met zich mee brengt, terwijl de overlevingskansen voor de foetus klein en de kans op ernstige neonatale morbiditeit groot wordt geschat, met name in het geval van een ernstige foetale groeirestrictie. Na 24 weken zwangerschapsduur wordt zo mogelijk individueel beleid gemaakt, waarbij de risico's voor de moeder moeten worden afgewogen tegen de kansen voor het kind. Bij die afweging wordt de prognose voor overleving van de foetus meegenomen.
- Sepsis of Systemic Inflammatory Response Syndrome bij extreem preterm (< 24 weken) gebroken vliezen.
- Ernstige exacerbatie van auto-immuunziekten.
- Ernstige verslechtering van de cardiale functie bij cardiale aandoeningen.
- Afstoten van een transplantatie orgaan.
- Levensbedreigende obstetrische bloedingen.
- Maligniteit bij de moeder. Een maligniteit in de zwangerschap zal slechts af en toe aanleiding zijn tot het afbreken van de zwangerschap, omdat in het algemeen de meeste oncologische behandelingen kunnen plaatsvinden bij een intacte zwangerschap. Er kan een advies worden gevraagd aan de landelijke adviesgroep Kanker en Zwangerschap (www.iknl.nl).

2.3. De prognose

De aard en de ernst van de aandoening(en) worden zo zorgvuldig mogelijk omschreven, alsmede de prognose voor de latere gezondheidstoestand van de moeder. Ook eventuele bijkomende foetale verschijnselen die het gevolg zijn van de zwangerschap en/of van de aandoening van de moeder (ernstige groeirestrictie, hoeveelheid vruchtwater enz.) worden nauwkeurig gedocumenteerd.

Naar op dat moment heersend medisch inzicht, wordt het niet zinvol geacht foetale bewaking toe te passen of te interveniëren op foetale indicatie. Deze interventies op foetale indicatie worden achterwege gelaten omdat de prognose van de ongeboren vrucht als dermate ongunstig wordt verondersteld of omdat de mogelijke gezondheidsrisico's van deze interventie voor de moeder deze interventie niet rechtvaardigt. In principe wordt er geen foetale bewaking toegepast tijdens een bevalling.

2.4. De wens van de ouders

Er wordt zorgvuldig zorg gedragen voor begrijpelijke en volledige voorlichting aan de ouders over de aard en de prognose van de aandoening van de moeder en de te verwachten zeer slechte tot infauste prognose voor het kind.

Er wordt altijd, naar het geldende inzicht op dat moment, besproken met de ouders of het verlengen van de zwangerschap tot de mogelijkheden behoort. Er worden mogelijkheden aangereikt voor steun door bijvoorbeeld een maatschappelijk werkende, geestelijk verzorger of patiëntenorganisatie(s). In voorkomende gevallen is er geen overleg met de vrouw mogelijk (bijvoorbeeld bij een gesedeerde en geïntubeerde patiënte). Het gesprek zal dan primair plaatsvinden met de partner, of indien niet aanwezig, familie van de patiënte. De KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van Geneeskunde) adviseert dat indien er sprake is van een noodsituatie en toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger ontbreekt, te handelen in overeenstemming met de professionele standaard⁶.

2.5. De besluitvorming

De besluitvorming voor het beëindigen van een zwangerschap op maternale indicatie dient plaats te vinden in een overlegteam.

2.5.1 Samenstelling van het overlegteam

Indien de klinische situatie van de moeder dit toelaat, wordt iedere casus met het verzoek tot beëindiging van de zwangerschap op maternale indicatie besproken in een multidisciplinair teamoverleg waarin minimaal twee gynaecologen (waarvan één als niet-behandelaar), een kinderarts (die zijn afdeling vertegenwoordigt) en zo nodig een deelspecialist (bijvoorbeeld intensivist, cardioloog) zitting hebben. In voorkomende gevallen kan er ook overleg plaatsvinden met collega's uit andere, (inter)nationale, instellingen met specifieke expertise.

Met het oog op de eigen professionele inbreng en het contact met de zwangere kunnen ook een klinisch verloskundige, verpleegkundige en maatschappelijk werkende een adviesfunctie hebben voor het overlegteam.

In spoedsituaties (bijvoorbeeld bij een bloedende placenta praevia of in een reanimatie setting) kan besloten worden om geen overleg te voeren. De handelingen dienen wel na de bevalling zorgvuldig beargumenteerd en vastgelegd te worden.

2.5.2 Taak van het overlegteam

Het overlegteam dient na te gaan of:

- het beëindigen van de zwangerschap gerechtvaardigd is op basis van de ernst van de aandoening(en) en er naar heersend medisch inzicht geen redelijke twijfel bestaat over de diagnose en prognose;
- de ouders in voldoende mate zijn voorgelicht over de aard en de ernst van de aandoening en de prognose en of deze informatie door de ouders is begrepen;
- er overeenstemming is binnen het perinatologisch team (bestaande uit gynaecologen, neonatologen en andere betrokken medisch specialisten) over het postnatale beleid in geval van een beëindiging van de zwangerschap na 24 weken en er onverwacht toch een levend kind wordt geboren;
- het medisch hoofd, c.q. het plaatsvervangend hoofd van de afdeling geïnformeerd is over de voorgenomen zwangerschapsbeëindiging.

Het wordt geadviseerd het beëindigen van de zwangerschap voorbij 24 weken ook te melden aan de Raad van Bestuur van de instelling.

De uitkomst van de bespreking van het overlegteam dient gedocumenteerd te worden in het medisch dossier van de moeder.

2.5.3 Overleg met de ouders

De behandelend gynaecoloog bespreekt zo spoedig mogelijk het resultaat van de besluitvorming met de ouders. De gang van zaken voor en na de geboorte wordt uiteengezet wanneer tot het beëindigen van de zwangerschap is besloten.

De behandelend gynaecoloog overtuigt zich er persoonlijk van of de informatie duidelijk en volledig is overgekomen. Indien de toestand van de moeder dit toelaat, krijgen de ouders de tijd om de informatie op zich in te laten werken en in eigen kring te bespreken.

De behandelend gynaecoloog wijst de ouders op de mogelijkheid om gesprekken te voeren met een maatschappelijk werkende, een geestelijk verzorger en/of een vertrouwenspersoon die zij zelf uitkiezen.

Nadat de beslissing tot zwangerschapsbeëindiging is genomen, informeert de behandelend gynaecoloog de huisarts, de verloskundige en de verwijzend specialist, tenzij de ouders daartegen bezwaar maken.

In voorkomende gevallen is er geen overleg met de vrouw mogelijk (bijvoorbeeld bij een gesedeerde en geïntubeerde patiënte). Het gesprek zal dan primair plaatsvinden met de partner, of indien niet aanwezig, familie van de patiënte (zie ook paragraaf 2.4).

2.6 De uitvoering

2.6.1 Voorbereiding

In overleg met de behandelend arts en eventueel deelspecialist wordt de meest veilige plaats voor de partus bepaald. Dit kan zijn op het verloskamercomplex, maar ook op een high care afdeling, hartbewaking- of intensive care afdeling.

2.6.2 Methode

Er wordt gekozen voor de meest veilige methode voor de moeder, gegeven de medische problematiek. De ouders worden voorbereid op het feit dat na 22 weken het kind nog met enige levenstekenen kan worden geboren, met name indien er sprake is van een sectio (bijvoorbeeld bij een bloedende placenta praevia). Tijdens de uitvoering wordt de uiterste zorg besteed aan continuïteit van zorg en aan de begeleiding van de ouders, waarbij de gynaecoloog te allen tijde de eindverantwoordelijkheid draagt voor wat betreft het medisch inhoudelijke beleid als wel de begeleiding van de ouders.

2.7 Na de bevalling

Ouders dienen in staat te worden gesteld om op passende wijze afscheid te nemen.

Afhankelijk van de aard en de ernst van de maternale aandoening wordt het beleid voor de moeder verder bepaald.

2.8 Informatie aan derden

2.8.1 Wetgeving

Indien de bevalling plaatsvindt **voor** 24 weken zwangerschapsduur hoeft er geen melding gedaan te worden bij de forensisch arts (voorheen gemeentelijk lijkschouwer genoemd). Tevens hoeft er geen aangifte van geboorte te worden gedaan, maar in de meeste gemeenten is dit wel mogelijk indien de ouders dat wensen⁷.

Indien de bevalling plaatsvindt **na** 24 weken en de vrucht is komen te overlijden, dient de forensisch arts altijd te worden geïnformeerd door de betrokken gynaecoloog. Er kan overwogen worden een voormelding te doen op het moment dat besloten is tot het beëindigen van de zwangerschap na 24 weken. Een verklaring van geen bezwaar van de officier van justitie is noodzakelijk voordat tot lijkbezorging kan worden overgegaan.

Tevens dient er bij een geboorte na 24 weken aangifte van de geboorte te worden gedaan in de gemeente waar de bevalling heeft plaatsgevonden⁷.

2.8.2 Overige informatie aan derden

De betrokken hulpverleners (gynaecoloog, verloskundige, huisarts, maatschappelijk werkende) worden zo spoedig mogelijk na de zwangerschapsbeëindiging geïnformeerd, tenzij de ouders daartegen bezwaar maken.

2.9 Nazorg

Met de ouders wordt overlegd over de begrafenis c.q. crematie. Voor de begeleiding en nazorg wordt in het ziekenhuis en in de thuissituatie zorggedragen. Afhankelijk van de situatie kan deze nazorg verleend worden door bijvoorbeeld de behandelend gynaecoloog, de huisarts, de verloskundige, de geestelijk verzorger en/of de maatschappelijk werkende.

De behandelend gynaecoloog biedt de ouders een aantal weken na de zwangerschapsbeëindiging een gesprek aan waarin het gehele proces wordt besproken en waarin aandacht besteed wordt aan de rouwverwerking. De ouders worden verder geïnformeerd over de diagnose, het herhalingsrisico en de mogelijkheden van primaire preventie in een eventuele toekomstige zwangerschap.

2.10 Verslaglegging

In het medisch dossier worden nauwkeurig, gedateerd en chronologisch de volgende gegevens vastgelegd:

- de persoonsgegevens van de zwangere;
- de gegevens betreffende de zwangerschap;
- de gegevens betreffende de diagnose en de prognose;
- een weergave van de gesprekken met de ouders na het stellen van de diagnose en de prognose en van de gevoerde nagesprekken;
- de samenstelling van het overlegteam;
- een weergave van de besluitvorming tijdens het teamoverleg;
- het voorgestelde beleid als het kind levend wordt geboren;
- verslag van een eventuele consultatie vooraf;
- een weergave van het gesprek met de ouders na het teamoverleg;
- het verloop van de inleiding, bevalling en uitwendige schouwing;
- de melding aan de forensisch arts (voorheen gemeentelijk lijkschouwer);
- de geboden nazorg aan de ouders;
- de evaluatie door betrokkenen;
- de namen van al diegenen die bij de procedure betrokken zijn geweest;
- de arts die eindverantwoordelijk is.

De eindverantwoordelijke gynaecoloog draagt zorg voor melding en verslag conform de daaraan te stellen eisen (zie hoofdstuk 3, Registratie).

3. Registratie door NethOSS ten behoeve van het bijhouden van een landelijke registratie (zie ['Registratieprotocol NethOSS'](#))

3.1. Inleiding

Per 1 februari 2016 is de nieuwe 'Regeling **beoordelingscommissie late zwangerschap beëindiging en levensbeëindiging bij pasgeborenen**' in werking getreden. In de toelichting staat expliciet vermeld dat zwangerschappen die beëindigd worden op maternale indicatie niet gemeld hoeven te worden.

Anders dan bij late zwangerschapsbeëindiging categorie 1- en 2-gevallen (zie Modelprotocol Handelen bij Late zwangerschapsbeëindiging, 12 december 2017¹) is het doel van de behandeling het beschermen van het leven en/of de gezondheid van de moeder in plaats van het laten overlijden van de ongeboren vrucht. Hoewel de zwangerschapsbeëindiging bij een maternale indicatie niet is gericht op het laten overlijden van de vrucht, is de (juridische) consequentie bij het overlijden van de vrucht naar aanleiding van het beëindigen van de zwangerschap een niet-natuurlijke dood. In die gevallen is artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht (Sr) van toepassing – evenals 296 Sr². Het betreft een niet-natuurlijk overlijden waarbij naar de letter van de wet sprake is van een strafbaar feit (art. 289 jo. 82a Sr). Beëindiging van de zwangerschap na 24 weken zwangerschapsduur als noodzakelijke en enige mogelijke behandeling van een ernstige aandoening bij de moeder behoort echter tot

aanvaardbaar en adequaat, onvermijdbaar medisch handelen. Zulk handelen zal in de regel vallen onder de strafuitsluitingsgrond noodtoestand, waardoor de strafbaarheid van het handelen komt te ontvallen. Er is geen noodzaak deze gevallen te laten beoordelen in het kader van zwangerschapsbeëindiging die samenhangt met de toestand van het kind en deze gevallen hoeven dus niet te worden gemeld bij de beoordelingscommissie. Wel dient, in het geval de vrucht komt te overlijden, zoals bij elk overlijden, dit gemeld te worden bij de forensisch arts (voorheen gemeentelijk lijkschouwer). Bovendien heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in deze een toezichthoudende taak. Mocht de met het toezicht belaste ambtenaar een ernstige schending van de professionele standaard constateren dan kan hij daarvan melding of aangifte doen bij het Openbaar Ministerie. Alleen in dat geval, en in het geval dat de officier van justitie via een andere weg een aangifte of melding ontvangt, heeft het Openbaar Ministerie een rol. In alle andere gevallen van late zwangerschapsbeëindiging op maternale indicatie beperkt de rol van de officier van justitie zich tot een beoordeling van het verlof tot begraven of cremieren.

Bij het tot stand komen van deze nieuwe regeling is met het Ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) afgesproken dat de beroepsgroep zelf zorg zal dragen voor een adequate registratie en analyse van zwangerschapsbeëindiging op maternale indicatie na 24 weken. Het doel van deze registratie is het verkrijgen van inzicht in indicaties en gevolgde procedures. De analyses worden nadrukkelijk niet gebruikt voor juridische doeleinden. Vanuit wetenschappelijk oogpunt en gelet op de kwaliteit van zorg is het belangrijk alle zwangerschappen die worden beëindigd op maternale indicatie te analyseren, ongeacht of er sprake was van een zwangerschapsduur na 24 weken. Door de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie) is besloten dat de registratie zal verlopen via NethOSS (Netherlands Obstetric Surveillance System): [Registratie 'Zwangerschapsbeëindiging op Maternale Indicatie \(ZMI\)'](#).

3.2. Procedure

Alle casus (zowel in de tweede als derde lijn) van zwangerschapsbeëindiging op maternale indicatie dienen te worden gemeld bij de NethOSS. De NethOSS valt onder de Auditcommissie Maternale Sterfte en Morbiditeit (AMSM) van de NVOG. Bij de totstandkoming van de nieuwe Regeling is afgesproken dat de beroepsgroep zelf zorg zal dragen voor een adequate registratie en analyse van late zwangerschapsbeëindiging op maternale indicatie. Het doel van deze registratie is het verkrijgen van inzicht in indicaties, gevolgde procedures en het vaststellen van eventuele regionale verschillen ongeacht de zwangerschapsduur. De analyses worden nadrukkelijk niet gebruikt voor juridische doeleinden.

De casus zullen worden achterhaald door gebruik te maken van het NethOSS-netwerk van de AMSM. Om zeker te zijn dat alle casus worden geregistreerd zal via de maandelijkse mail aan één verantwoordelijk gynaecoloog van ieder ziekenhuis met een verloskunde afdeling worden gevraagd of er een zwangerschapsbeëindiging op maternale indicatie is geweest.

4. Referenties

1. Modelprotocol: Medisch Handelen Late Zwangerschapsafbreking, versie 3.0, NVOG, 12 december 2017
2. www.wetboek-online.nl/Sr82a
3. Van Eerden L, Zeeman GG, Page-Christiaens, GCM, et al. Termination of pregnancy for maternal indications at the limits of fetal viability: a retrospective cohort study in the Dutch tertiary care centres. *BMJ Open* 2014;4:e005145. doi:10.1136/bmjopen-2014-005145
4. Sibai BM, Barton JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. *AM J Obstet Gynecol* 2007;196:514.e1-9
5. NICE guideline Hypertension in Pregnancy August 2010. Available at: www.nice.org.uk/guidance/CG107
6. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming. KNMG 2004
7. Wet op de Lijkbezorging. www.wetboek-online.nl

Colofon

© 2017 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Een modelprotocol beschrijft een klinische procedure en vormt een verlengstuk van wetgeving of documenten opgesteld door de NVOG. Incidentele omstandigheden kunnen het onmogelijk maken om aan alle aspecten van een protocol te voldoen. Afwijkingen dienen in een verslag te worden verantwoord.

De geldigheid van dit modelprotocol eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening. Dagtekening, 19 december 2017

NVOG
Postbus 20075
3502 LB Utrecht <http://www.nvog.nl>
E-mail: info@nvog.nl

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, modelprotocollen, leidraden etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attentie op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).