

MEI 2025 - SAMENVATTING – NVOG PROJECT 'INVENTARISATIE ZORGPADEN RONDOM BEKKENBODEM ZORG'

Achtergrond van het project

a. Doel project

Passende bekkenbodempzorg betekent effectieve zorg die samen met de patiënt wordt bepaald en zoveel mogelijk in de eerste lijn plaatsvindt. Er kunnen echter regionale verschillen in behandeling ontstaan, waarvan niet altijd duidelijk is of deze wenselijk of ongewenst zijn. Factoren zoals behandelvoorkeuren van zorgverleners en samenwerking tussen eerste en tweede lijn spelen hierbij een rol. Dit pilotproject, geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) en gefinancierd via Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), richt zich op het analyseren van regionale praktijkvariatie in bekkenbodempzorg. Het doel is om een instrument te ontwikkelen om deze variatie inzichtelijk te maken en verbetermaatregelen te formuleren op het gebied van samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De rol die richtlijnen spelen bij eventuele praktijkvariatie wordt eveneens in kaart te gebracht.

b. Variatie in bekkenbodempzorg

Bekkenbodempzorg in Nederland wordt geleverd door huisartsen, bekkenfysiotherapeuten, gynaecologen en urologen. Uit onderzoek van het Zorginstituut Nederland (ZIN) blijkt dat er aanzienlijke regionale variatie is in de behandeling van prolaps en urine-incontinentie. Dit komt deels door verschillen in samenwerking tussen zorgverleners en deels door variërende behandelstrategieën. Prolaps treft 40% van de vrouwen in Nederland. Behandeling kan conservatief (counseling, pessarium, bekkenfysiotherapie) of operatief zijn. Jaarlijks worden ongeveer 15.000 prolapsoperaties uitgevoerd, maar er is veel variatie in de gekozen operatiemethode. De afgelopen jaren is het aantal hysterectomieën afgenomen, wat wijst op een verschuiving naar meer uterus sparende behandelingen. Urine-incontinentie komt bij 25-50% van de volwassen vrouwen voor. Behandeloptyes voor stressincontinentie zijn conservatief of operatief. Voor matig tot ernstige gevallen blijkt een operatie het meest effectief.

c. Onderdelen project

Dit project wil regionale variatie in bekkenbodempzorg beter begrijpen en verklaren. Dit gebeurt aan de hand van de volgende vragen.

Welk deel van de variatie in zorg komt door verschillen in regionale samenwerking?	In kaart brengen van de variatie in de eerste- en tweedelijnszorg met indicatoren op niveau zorgkantoortregeio en een analyse van de mate waarin deze variatie het gevolg kan zijn van verschillen in samenwerking.
Welk deel van de variatie in zorg komt door onduidelijke richtlijnen of te veel ruimte in richtlijnen?	In kaart brengen van de variatie tussen ziekenhuizen/huisartsenpraktijken in gebruik van diagnostiek en behandelingen, de samenhang met advies daarover in de richtlijnen en het identificeren van best practices van diagnostiek en behandeling.

De begeleidingscommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de relevante beroepsgroepen en patiëntenorganisaties, zorgt voor consensus over de methode en interpretatie van de resultaten. De uitkomsten worden gedeeld met wetenschappelijke verenigingen, die hierop vervolgacties kunnen ondernemen.

Rapport 1: Variatie in bekkenbodempzorg door regionale verschillen in samenwerking eerste lijn en tweede lijn

a. Doel

Dit onderdeel heeft tot doel de praktijkvariatie binnen bekkenbodempzorg in kaart te brengen binnen de eerste- en tweedelijnszorg door het gebruik van indicatoren op zorgkantoor regioniveau. Daarnaast vindt een analyse plaats van de mate waarin deze variatie het gevolg kan zijn van verschillen in samenwerking.

b. Methode

Voor dit onderzoek zijn verschillende databronnen geanalyseerd om inzicht te krijgen in de variatie tussen eerstelijns en tweedelijns bekkenbodempzorg. De huisartsenzorgdata zijn afkomstig van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, met gegevens uit 2015-2020. De steekproef is representatief voor Nederland, met enige ondervertegenwoordiging van duo- en niet-stedelijke praktijken, maar beperkte representativiteit op regioniveau. Patiënten zijn geselecteerd op geslacht (vrouw), leeftijd (>18 jaar) en ICPC-codes voor prolaps (X87) en urine-incontinentie (U04). Alleen patiënten die met een nieuwe klacht naar de huisarts kwamen, zijn meegenomen in deze analyses. Per patiënt zijn zorgepisodes geconstrueerd op basis van klachtenvrije periodes van één jaar. Data over bekkenfysiotherapie zijn verkregen uit de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF) voor 2016-2020. Het betreft data van vrijwillig deelnemende praktijken, met sterk toenemend bereik per jaar. Representativiteit daardoor niet bekend. Alleen vrouwen van >18 jaar met een diagnose prolaps (6489) of urine-incontinentie (6486) werden geanalyseerd. Episoden met missende waarden in relevante variabelen zijn uitgesloten. Door ontbreken koppelbare persoonsgegevens alleen op zorgkantoor regioniveau geanalyseerd. Pessariumverstrekking is onderzocht via de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) database, gebaseerd op verstrekkingen door openbare apotheken (2015-2020). De dekking is 98% maar door ontbreken koppelbare persoonsgegevens en lage aantallen alleen op zorgkantoorregio geanalyseerd. Ziekenhuiszorgdata zijn afkomstig van VEKTIS (2016-2020), met gegevens over diagnostische en operatieve verrichtingen in de tweede lijn. Indicatoren per regio zijn opgesteld om zorggebruik te meten. Data uit 2019 zijn gepresenteerd om COVID-19-verstoringen te vermijden. Daarnaast zijn zorgactiviteiten geclusterd per ziektebeeld en uitgedrukt in absolute en relatieve waarden. Regiobeelden zijn opgesteld volgens de indeling van zorgkantoorregio's en de data set is te downloaden als Excel bestand waardoor regio's te vergelijken zijn.

Er is geen case-mix correctie toegepast. Case-mix correctie voor stepped care als bekkenbodempzorg vraagt zowel dat alle stappen in het stepped care proces koppelbaar zijn op patiëntniveau en dat voor alle relevante case-mix factoren, ook gegevens beschikbaar zijn. Aan de eerste voorwaarde is niet voldaan bij bekkenfysiotherapie en pessariumgebruik en voor de tweede voorwaarde ontbreken cruciale patiëntkenmerken zoals pariteit en BMI. Daarnaast ontstaan regionale verschillen in ketenzorg ook door aanbodfactoren, reistijd (dat speelt met name bij expertisecentra, wachttijden etc. Corrigeren voor het enige wel beschikbare kenmerk (leeftijd) zou geïnterpreteerd kunnen worden dat daarmee voor alle relevante aspecten is gecorrigeerd. Dat is niet zo. Daarom zijn alle data bewust ongecorrigeerd gepresenteerd omwille van transparantie en interpretatiegemak bij vergelijken regio's.

c. Resultaten

De analyse toont aanzienlijke regionale verschillen in de behandeling van prolaps en urine-incontinentie, zowel in de eerste als tweede lijn. De variatie lijkt deels toe te schrijven aan verschillen in regionale samenwerking en behandelpatronen, maar de exacte oorzaak blijft onduidelijk.

De huisartsenzorg laat grote regionale verschillen zien in het aantal consulten, episodeduur en verwijzingen naar de tweede lijn. De beschikbaarheid van data per regio varieert, waardoor de representativiteit beperkt is. Dit bemoeilijkt de interpretatie van verschillen als gevolg van regionale samenwerking. Ook de registratiepraktijken van diagnostische tests, zoals urinetests, blijken inconsistent, wat de waargenomen variatie deels kan verklaren.

Landelijke conclusies zijn betrouwbaarder dan regionale uitspraken voor de eerste lijn. Er zijn aanzienlijke variaties in de toegang tot bekkenfysiotherapie, zowel binnen als tussen regio's.

Een groot deel van de patiënten ontvangt bekkenfysiotherapie pas na verwijzing vanuit de tweede lijn. Door de wisselende steekproef van fysiotherapiepraktijken is het onduidelijk in hoeverre deze representatief zijn voor de werkelijke zorgverlening. Daarnaast kon het volledige zorgtraject per patiënt niet in kaart worden gebracht vanwege het ontbreken van gekoppelde data. De ziekenhuisdata zijn volledig en stabiel over de jaren heen, wat een betrouwbaar beeld geeft van de zorg. Er zijn regionale verschillen in diagnostische verrichtingen en operatieve ingrepen, waarbij niet altijd een directe relatie is met verwijzingen vanuit de eerste lijn. Dit suggereert dat de behandelstrategieën in ziekenhuizen variëren.

d. Conclusie

De eerstelijnsdata geven geen eenduidig beeld van de invloed van regionale samenwerking op de variatie in zorg. De tweedelijnsdata tonen wel substantiële regionale verschillen in behandelaanpak. Toekomstig onderzoek moet zich richten op correcties voor patiënt- en zorgaanbodkenmerken en diepere analyses naar regionale afspraken in de zorg.

Rapport 2: Variatie in bekkenbodempzorg en de samenhang met de richtlijnen in de huisartsenzorg

a. Doel

Dit onderzoek heeft als doel te bepalen in hoeverre variatie in zorg binnen de huisartsenpraktijk wordt veroorzaakt door onduidelijke richtlijnen of te veel ruimte in de richtlijnen. Specifiek wordt gekeken naar de toepassing van zorgactiviteiten bij bekkenbodempmproblematiek, zoals prolaps en urine-incontinentie. Daarbij wordt onderzocht of praktijkvariatie verklaard kan worden door verschillen in patiëntpopulaties of dat het wijst op ongewenste praktijkvariatie. Dit draagt bij aan de evaluatie en eventuele verbetering van de richtlijnen om zorgconsistentie te bevorderen.

b. Methode

Om praktijkvariatie te analyseren, is gebruikgemaakt van een combinatie van data-analyse en expertconsultatie. Data-analyse: Huisartsenzorgdata zijn verkregen via het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) en gekoppeld aan declaratiegegevens van VEKTIS. De dataset bevat gegevens van 10% van de Nederlandse huisartsenpraktijken, representatief voor de totale populatie. De onderzoeksperiode beslaat de jaren 2015-2020. De data zijn per praktijk geaggregeerd over meerdere jaren om toevalseffecten te minimaliseren.

Selectie en analyse zorgactiviteiten: De geselecteerde zorgactiviteiten omvatten urineonderzoek, aantal consulten/duur van de episode, pessariumadvies (bij prolaps), verwijzing naar bekkenfysiotherapie, verwijzing naar de tweede lijn en medicatie (bij urine-incontinentie). De toepassing van deze activiteiten binnen huisartsenpraktijken is geanalyseerd op basis van het percentage patiënten dat de zorgactiviteit onderging en de mate van variatie tussen praktijken.

Huisartsconsultaties: Zes huisartsen (waaronder kaderhuisartsen urogynaecologie) zijn geïnterviewd over hun verwachtingen met betrekking tot het volume van zorgactiviteiten en de variatie tussen praktijken. Dit hielp bij de interpretatie van de data en het identificeren van mogelijke oorzaken van variatie.

Richtlijnenanalyse: De NHG-richtlijnen en andere relevante standaarden uit de periode 2016-2020 zijn bestudeerd door het Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten. De mate van duidelijkheid en ruimte voor interpretatie in deze richtlijnen is geanalyseerd per zorgactiviteit.

Synthese en beoordeling: De verzamelde data en inzichten uit de huisartsconsultaties zijn gecombineerd om vast te stellen of variatie te wijten is aan onduidelijke richtlijnen of aan andere factoren. De resultaten zijn voorgelegd aan huisartsen ter validatie.

Door deze systematische aanpak wordt beoordeeld of praktijkvariatie gerechtvaardigd is of dat deze duidt op ongewenste variatie, wat implicaties kan hebben voor de herziening van richtlijnen.

c. Resultaten

Prolaps

Voor de behandeling en verwijzing van prolaps zijn zes zorgactiviteiten geanalyseerd. De geldende richtlijnen bieden slechts voor twee activiteiten aanbevelingen: het gebruik van een pessarium en verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut. Voor andere activiteiten ontbreken richtlijnen. Huisartsen verwachten over het algemeen een hoge praktijkvariatie, wat bevestigd wordt door de data. De duur van de behandeling en het aantal consulten verschillen sterk tussen praktijken, net als de verwijzingsfrequentie naar de tweede lijn.

Het ontbreken van een specifieke richtlijn voor de eerstelijnszorg kan bijdragen aan deze variatie. De NVOG-richtlijn beveelt een pessarium aan als primaire behandeling, maar laat open of deze in de eerste of tweede lijn moet worden gestart. Daarnaast ontbreken criteria voor verwijzing naar de tweede lijn. Eerdere rapporten van het Nivel en het Zorginstituut Nederland onderstrepen dat pessariumplaatsing in principe eerstelijnszorg is, maar dat deze regelmatig in ziekenhuizen plaatsvindt. Een financiële prikkel lijkt hier een rol te spelen, aangezien patiënten in de eerste lijn zelf moeten betalen voor het pessarium, terwijl dit in de tweede lijn vergoed wordt via de DBC-systematiek.

Huisartsen noemen verder verschillen in affiniteit en kennis, beperkte verwijsmogelijkheden binnen de eerste lijn en de mogelijkheid tot verwijzing naar de tweede lijn als factoren die bijdragen aan praktijkvariatie. Of een eerstelijnsrichtlijn deze problemen kan verhelpen, is onduidelijk.

Urine-incontinentie

Bij urine-incontinentie zijn zeven zorgactiviteiten geanalyseerd. De richtlijnen bieden duidelijke aanbevelingen voor zowel stress- als urge-incontinentie, maar deze lijken in de praktijk niet altijd gevolgd te worden. Een belangrijke beperking in de data is het ontbreken van informatie over het type incontinentie, terwijl dit onderscheid essentieel is voor een gerichte behandeling. Ondanks de verwachting dat meerdere consulten nodig zijn in de eerste lijn, blijkt het gemiddelde aantal consulten per episode laag (1,9). In praktijken met de minste consulten ligt dit zelfs op 1,3. Dit suggereert dat behandeling niet altijd wordt gestart en dat verwijzing vaak direct plaatsvindt. Dit sluit aan bij eerder onderzoek op basis van patiëntendossiers. Net als bij prolaps wijzen huisartsen op variaties in affiniteit en kennis, aan- of afwezigheid van een kaderhuisarts, beperkte verwijsmogelijkheden en de beschikbaarheid van tweedelijnszorg als mogelijke oorzaken van de praktijkvariatie.

Rapport 3: Variatie in bekkenbodempzorg in ziekenhuizen en de samenhang met de richtlijnen van gynaecologen en urologen 2016-2019

a. Doel

Om te bepalen welk deel van de variatie in zorg voortkomt uit onduidelijke of te ruime richtlijnen, is een conceptueel model ontwikkeld dat praktijkvariatie analyseert binnen de bekkenbodempzorg. Richtlijnen dienen primair om klinische besluitvorming te ondersteunen en praktijkvariatie te verminderen.

b. Data en methode

De methode bestaat uit vijf onderdelen:

1. Onderzoekspopulatie en zorgactiviteiten in kaart brengen

De dataset bevat gegevens uit VEKTIS over ziekenhuiszorg op patiëntniveau, geanalyseerd binnen de CBS-microdata omgeving. Vrouwen van 18 jaar en ouder met relevante diagnoses (prolaps, stress- en urge-incontinentie) zijn geïdentificeerd.

Zorgactiviteiten zijn uitgesplitst per Diagnose Behandel Combinatie (DBC), en 35 zorgactiviteiten zijn geïncloseerd. Vanwege COVID-19 is 2020 buiten de trendanalyse gelaten.

2. Verwachte praktijkvariatie bepalen

Medisch specialisten (gynaecologen en urologen) hebben in groepsgesprekken ingeschat of zorgactiviteiten veel of weinig worden toegepast en of er praktijkvariatie tussen instellingen bestaat. Ook zijn mogelijke verklaringen voor deze variatie besproken.

3. Feitelijke praktijkvariatie analyseren

Op basis van de Vektis-data is het aantal patiënten, instellingen en behandelingen per jaar berekend. De verdeling van zorgactiviteiten over instellingen en regio's is geanalyseerd. Vanwege beperkte gegevens over het uitvoerend specialisme kon geen onderscheid worden gemaakt tussen behandelingen door gynaecologen en urologen. Er is geen case-mix correctie uitgevoerd. Case-mix correctie vraagt dat voor alle relevante case-mix factoren, gegevens beschikbaar zijn. Er ontbreken echter gegevens over cruciale patiëntkenmerken zoals pariteit en BMI. Corrigeren voor het enige wel beschikbare kenmerk (leeftijd) zou geïnterpreteerd kunnen worden dat daarmee voor alle relevante aspecten is gecorrigeerd. Dat is niet zo. Daarom zijn alle data bewust ongecorrigeerd gepresenteerd.

Waar we mogelijk registratiefouten of registratieverschillen vermoeden, zoals foutieve DBC-codering bij urologie/gynaecologie (bv. SUI/UUI-verwisseling) hebben we dat vermeld omdat het de betrouwbaarheid beïnvloedt. Dat geldt ook voor behandeling in ZBC's: deze gebruiken soms specialist-overstijgende DBC's, wat classificatieproblemen oplevert.

4. Richtlijnen analyseren

Alle relevante richtlijnen (NHG, KNGF, NVOG, NVU en internationale richtlijnen) zijn geëvalueerd om na te gaan welke behandelingen als passend worden beschouwd. Eventuele verschillen tussen richtlijnen van urologen en gynaecologen zijn besproken.

5. Synthese en beoordeling

De resultaten zijn samengevat en besproken in de begeleidingscommissie van dit traject. Per zorgactiviteit is beoordeeld of deze anno 2016-2019 passend, mogelijk passend of niet passend was, op basis van de kennis en richtlijnen anno 2024.

c. Samenvatting en conclusie

Bij de richtlijnenanalyse is gekeken naar zorgactiviteiten per diagnose en specialisme. Er zijn 87 combinaties van zorgactiviteit-diagnose-specialisme geanalyseerd. Hiervan had 53% geen richtlijnadvies. Van de 41 adviezen waren er 14 groen (positieve aanbeveling), 14 oranje (onduidelijke aanbeveling) en 13 rood (negatieve aanbeveling). Dit toont aan dat voor veel zorgactiviteiten geen duidelijke richtlijn bestaat, wat leidt tot praktijkvariatie. Daarnaast zijn er verschillen tussen specialismen, bijvoorbeeld bij (bekken)echografie voor UUI, waar gynaecologen een positieve aanbeveling geven en urologen een negatieve. Dit inconsistente advies zou niet mogen voorkomen en kan leiden tot ongewenste variatie.

De data tonen aan dat diagnostische activiteiten de grootste groep vormen, gevolgd door prolapschirurgie en interventies zoals injecties en neurostimulatie voor incontinentie. Daarnaast is er aanzienlijke regionale variatie, deels verklaard door de aanwezigheid van expertisecentra. In sommige regio's worden behandelingen veel vaker uitgevoerd dan elders, zonder dat duidelijk is of dit wenselijke of ongewenste variatie betreft. Er zijn grote verschillen in behandelpercentages tussen ziekenhuizen. De variatie is het grootst bij prolapschirurgie, met een factor 13 verschil tussen de ziekenhuizen met de hoogste en laagste behandelpercentages.

Omdat voor 46 combinaties geen richtlijnadvies bestond, heeft de begeleidingscommissie beoordeeld of de zorgactiviteiten passend zijn. Gemiddeld werd 91,2% als best practice aangemerkt, met variatie per diagnose (bij UUI het hoogst, bij SUI het laagst). Inconsistenties tussen de richtlijnen en de beoordeling van de begeleidingscommissie benadrukken de noodzaak om richtlijnen beter af te stemmen op de actuele praktijk.

Er zijn drie scenario's waarin richtlijnherziening overwogen kan worden:

- Passende zorg met een rode aanbeveling: bijvoorbeeld (bekken)echografie bij verschillende aandoeningen, waar een richtlijnherziening nodig kan zijn.
- Passende zorg met een oranje aanbeveling: Normale prolaps operatie met voor- en achterwandplastiek waar richtlijnherziening overwogen kan worden.
- Niet-passende zorg met een onduidelijke aanbeveling: bijvoorbeeld urodynamisch onderzoek bij bepaalde indicaties, waar verduidelijking nodig is.
- Niet-passende zorg zonder aanbeveling: bijvoorbeeld cystoscopie bij SUI, waar een richtlijnmodule kan bijdragen aan betere zorg.

Voor landelijke of lokale (de)implementatie van zorg die als niet passend is geduid, is gekeken naar het volume van de interventies. Zorgactiviteiten met een hoog volume (minimaal 500 per jaar) zijn kansrijk voor landelijke de-implementatie, terwijl interventies met een volume tussen 50 en 500 vooral lokaal aangepakt kunnen worden. Daarnaast is monitoring met spiegelgesprekken aanbevolen voor zorgactiviteiten waarbij de behandelvariatie hoog is (meer dan een factor 10 verschil tussen ziekenhuizen) en waarbij het om meer dan 500 behandelingen per jaar gaat.

d. Aanbevelingen verbeteren bekkenbodempzorg

De analyses in de rapporten bevestigen dat er een grote variatie is tussen regio's in bekkenbodempzorg. Bij de bespreking in de begeleidingscommissie zijn een aantal conclusies getrokken over wat er nodig is voor verbetering:

- Duidelijke richtlijnen die zorgverleners helpen bepalen wanneer doorverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is.
- Verminderen van onnodige variatie in behandelingen door landelijke monitoring en spiegelgesprekken in de tweedelijnszorg.
- Lokaal en voorkeur voor bewezen effectieve behandelingen, terwijl verouderde of niet-passende methodes worden afgebouwd.

Er zijn wel een aantal randvoorwaarden

- Financiële haalbaarheid met duidelijke betaaltitels per zorgstap.
- Voldoende capaciteit en vergoeding voor gespecialiseerde bekkenfysiotherapie.
- Volledige dataregistratie op patiëntniveau, zodat huisartsen en specialisten jaarlijks kunnen monitoren en bijsturen.

e. Bruikbaarheid van de ontwikkelde methode voor andere aandoeningen

Het ontwikkelde instrument maakt het mogelijk om op systematische wijze praktijkvariatie in de bekkenbodempzorg te analyseren en te beoordelen in hoeverre richtlijnen bijdragen aan deze variatie. Afhankelijk van de bevindingen kunnen aanbevelingen worden gedaan voor richtlijnwijzigingen, monitoring of andere interventies.

De gebruikte methode heeft bewezen effectief te zijn door verschillende databronnen te combineren: richtlijnanalyse, gesprekken met medisch specialisten en analyses van variatie in zorgactiviteiten. De praktijkvariatie is vastgesteld op basis van gedeclareerde zorg in de periode 2016-2020. Medisch specialisten zijn geraadpleegd om hun verwachtingen over praktijkvariatie te toetsen aan de daadwerkelijke data. De resultaten tonen aan dat deze verwachtingen goed aansluiten bij de geconstateerde praktijkvariatie. Dit bevestigt dat deze methode geschikt is voor het evalueren van richtlijnen en het identificeren van best practices. De analyses zijn uitgevoerd in de CBS-microdata omgeving, wat essentieel is om regionale variatie te identificeren. In de toekomst kan deze aanpak goedkoper worden door het kosteloos beschikbaar stellen van VEKTIS-data. Voor herhaalonderzoek of toepassing op andere aandoeningen is de CBS-Microdata omgeving noodzakelijk, vooral voor case-mix

correctie en koppeling van data. Een vervolgproject kan beperkt blijven tot de analyses uit dit rapport, zonder de extra onderdelen zoals regiobeelden en huisartsenzorganalyses, die minder waardevol bleken. De methode biedt een feitelijke manier om praktijkvariatie te analyseren. Bij vervolgonderzoek naar specifieke zorgactiviteiten, is case-mix correctie aan te bevelen omdat het een betrouwbaarder beeld geeft van de precieze behandelvariatie tussen instellingen. Ondanks dat deze analyses zonder case-mix correctie zijn uitgevoerd, bieden de resultaten een empirische basis voor interventies waar verbetermaatregelen, zoals richtlijnaanpassingen, implementatie- en de-implementatiestrategieën, monitoring en spiegelgesprekken overwogen kan worden.

Colofon © 2025 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijn(modules), standpunten, modelprotocollen, leidraden etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben.

De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen etc. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: kwaliteit@nvog.nl).

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

I: www.nvog.nl

E: kwaliteit@nvog.nl