

STANDPUNT FERTILITEITSPRESERVATIE BIJ ENDOMETRIOSE

1 september 2025

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

In samenwerking met:
Endometriose Stichting

INHOUDSOPGAVE

Samenstelling werkgroep.....	3
Inleiding.....	4
Achtergronden en definitie.....	5
Indicaties voor fertiliteitspreservatie bij endometriose	6
Counseling	7
Bekostiging	9
Aanbevelingen.....	10
Referenties.....	11

SAMENSTELLING WERKGROEP

Marjan van den Berg (UMCG)
Simone Broer (UMCU)
Astrid Cantineau (UMCG)
Ramon Dykgraaf (Erasmus MC)
Karst Heida (Dijklander)
Lisette van der Houwen (Radboud UMC)
Dana Huppelschoten (Catharina ziekenhuis)
Lisa Lashley (LUMC)
Laura van Loendersloot (Amsterdam UMC)
Jacques Maas (MUMC)
Velja Mijatovic (Amsterdam UMC)
Annemiek Nap (Radboud UMC)
Ilse van Rooij (ETZ)
Marieke Verberg (MST/ FKT)
Marlies Voorhuis (LUMC)

Geconsulteerd:

Vereniging van Fertiliteitsartsen
KLEM - Vereniging voor Klinische Embryologie
SIG-Bestuur Fertiliteitspreservatie
Endometriose Stichting

INLEIDING

In 2022 verscheen de herziene richtlijn over endometriose (ESHRE Guideline Endometriosis 2022 [\[1\]](#)) waarin wordt geadviseerd om patiënten met uitgebreide ovariële endometriose te counselen over fertiliteitspreservatie.

Tijdens een expertisebijeenkomst in juli 2024 bleek er geen landelijk uniforme praktijkvoering te zijn met betrekking tot fertiliteitspreservatie bij endometriose, mede als gevolg van een gebrek aan sluitende wetenschappelijke onderbouwing om de waarde van fertiliteitspreservatie in specifieke omstandigheden te voorspellen. Echter, de wenselijkheid van (counseling over) fertiliteitspreservatie voor deze patiëntencategorie was uniform. Daarnaast is de verwachting dat door de aanhoudende media-aandacht voor endometriose de vraag naar (de zin van) fertiliteitspreservatie in deze patiëntencategorie zal toenemen.

Dit standpunt geeft professionals die in de fertiliteitszorg werken handvatten hoe te counselen en handelen bij personen met endometriose met een toekomstige kinderwens.

ACHTERGROND EN DEFINITIE

Endometriose treft 2 tot 10% van de vrouwen in de fertile levensfase. De aandoening kan pijnklachten veroorzaken en is geassocieerd met verminderde vruchtbaarheid. De prevalentie van endometriose onder vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen wordt geschat op 50%.

De behandeling is met name gericht op het medicamenteus dan wel chirurgisch reduceren van pijnklachten en het optimaliseren van de vruchtbaarheid. Endometriose is bij veel vrouwen een progressieve ziekte met een hoge kans op recidief klachten na chirurgie (Guo, et al. 2009 [2]).

In geval van ovariële endometriose is de verminderde vruchtbaarheid geassocieerd met een gestoorde ovum-pick-up en ovariële schade. De ovariële schade wordt veroorzaakt door de toxische inhoud (o.a. ijzer, reactieve oxygen species, prostaglandines en andere immunologische factoren) van endometriomen, als ook de mogelijke uitrekking van de cortex (Tan, et al. 2023 [3]). Naast het schadelijke effect van de endometriose zelf, kunnen chirurgische interventies zoals cystectomie, een negatieve impact hebben op de ovariële reserve, met name bij herhaaldelijke ovariële chirurgie of indien chirurgie aan beide ovaria verricht wordt (Ferrero, et al. 2015[5], Santulli, et al. 2021[6]). Dit kan weer leiden tot verminderde vruchtbaarheid en op termijn ongewenste kinderloosheid.

Fertiliteitspreservatie bij deze groep vrouwen zou kunnen resulteren in een grotere kans op het vervullen van een kindwens in de toekomst. Daartegenover staat dat gameet-preservatie bij vrouwen een dure en invasieve behandeling is. Het onnodig inzetten hiervan zou gezondheidsschade en nodeloze kosten met zich kunnen brengen. De praktijk aangaande fertiliteitspreservatie zorg in Nederland staat beschreven in het Standpunt Fertiliteitspreservatiezorg in Nederland (2018) [7].

Door het gebrek aan wetenschappelijk bewijs welke vrouwen het grootste risico lopen op verminderde vruchtbaarheid na een operatieve ingreep en bij welke patiënten fertiliteitspreservatie waarschijnlijk noodzakelijk is om een toekomstige kindwens te vervullen, ontbreekt op dit moment eenduidige counseling over fertiliteitspreservatie bij patiënten met endometriose. Dit leidt tot ongewenste praktijkvariatie, wat mogelijk nadelig kan zijn voor sommige patiënten. Enerzijds omdat hen kansen worden ontnomen op fertiliteitspreservatie, anderzijds omdat zij te laagdrempelig worden blootgesteld aan de risico's van een fertiliteitspreservatie, kosten en zorgen over hun toekomstige fertiliteit.

INDICATIES VOOR FERTILITEITSPRESERVATIE

Er is een negatieve associatie tussen ovariële endometriose en ovariële reserve. Garavaglia et al. (2017) [8] heeft aangetoond dat de serum AMH- (Antimulleriaans hormoon) waarde bij patiënten met endometriose lager is in vergelijking tot een controlegroep zonder endometriose en dat de daling in AMH-waarde sterker is dan bij de controlepopulatie. Een meta-analyse laat zien dat bij patiënten met endometriomen de AMH-waarde 15% lager is dan bij patiënten met andere vormen van ovariële cystes (Muzii, et al. 2018) [9]. Na een IVF-behandeling bij vrouwen met ovariële endometriose, al dan niet voorafgegaan door chirurgie, is het aantal (rijpe) eicellen per behandeling lager en ontstaan er minder geschikte embryo's dan bij patiënten zonder endometriose (Li, et al. 2020 [10] ; Kim, et al. 2020 [11]). Het aantal gecancelde IVF-/ICSI-cycli is significant hoger bij vrouwen met endometriomen (Hamdan, et al. 2015) [12]. De grootte van de endometriosecyste lijkt geen duidelijk effect te hebben op de eicelopbrengst bij fertiliteitspreservatie (Elizur, et al. 2023) [13].

Naast het negatieve effect van de aanwezigheid van ovariële endometriose op de ovariële reserve kan de chirurgische verwijdering van endometriomen een verdere verslechtering van de ovariële reserve geven (Raffi, et al. 2012 [14] ; Ferrero, et al. 2015 [5] , Santulli, et al. 2021[6]). Sommige studies laten een daling van de AMH-waarde met bijna 40% zien bij patiënten na unilaterale ovariële endometriosechirurgie en met ruim 50% na bilaterale chirurgie (Younis, et al. 2018 [15]). Er zijn echter ook studies die volledig herstel van het AMH naar de preoperatieve uitgangswaarde laten zien na 12 maanden (Vignali, et al. 2015 [16]). Er zijn nauwelijks data beschikbaar over de kans op postoperatief ovariële insufficiëntie. De incidentie wordt geschat op 2,4% - 4,8% (Busacca, et al. 2006 [17] , Coccia et al, 2011 [18]). De negatieve impact van ovariële chirurgie uit zich ook in de opbrengsten van fertiliteitspreservatie bij deze patiëntengroep. Het aantal eicellen dat kon worden opgeslagen bij fertiliteitspreservatie is lager bij patiënten die zijn geopereerd aan endometriomen (Cobo, et al. 2020 [19], Santulli, et al. 2021 [6]). Daarbij hebben patiënten na bilaterale endometriosechirurgie minder opbrengst dan na eenzijdige chirurgie (Cobo, et al. 2020 [19]). Vooralsnog is er op basis van vergelijkend onderzoek geen voorkeur voor een chirurgische techniek om de negatieve impact op de ovariële reserve en zwangerschapskansen te verminderen (Cohen, et al. 2017 [20] , Alborzi, et al. 2021 [21]).

Niet voor alle vrouwen met endometriose zal fertiliteitspreservatie noodzakelijk of zinvol zijn. Er zijn weinig studies met langdurige follow-up-data met betrekking tot het gebruik van eicellen bij vrouwen met endometriose. Cobo, et al. (2020) [19] rapporteren dat 46,5% van de vrouwen terugkomt voor het gebruik van de opgeslagen eicellen. Het beperkte interval tussen preservatie en gebruik van de eicellen in deze studie impliceert dat de preservatie een onderdeel van een actieve behandeling was in plaats van het veilig stellen van de fertiliteit voor een toekomstige kindwens. Andere studies laten lagere percentages zien (Santulli, et al. 2021 [6]). Een recente Nederlandse studie liet zien dat het gebruik van eicellen om zowel medische als niet medische indicaties rond de 25% zit (Ter Welle-Butalid, et al. 2024 [22]). Op basis van de beschikbare literatuur werd in een reviewartikel uit 2015 aangenomen dat de kans op gebruik van de opgeslagen eicellen vooral hoog is bij patiënten met bilaterale endometriomen, en bij patiënten die eerder unilaterale chirurgie hebben ondergaan en vervolgens een endometrioom aan de contralaterale zijde of een recidief hebben ontwikkeld (Somigliana, et al. 2015 [23]).

COUNSELING

Counseling dient plaats te vinden door een specialist op het gebied van endometriose, d.w.z. de fertiliteitsspecialist gerelateerd aan het level-2 endometriosecentrum met expertise in counseling met betrekking tot fertiliteitspreservatie.

Tijdens de counseling dienen de volgende onderwerpen aan bod te komen:

Algemene informatie

Voor algemene informatie over stimulatie en punctie kan de beschikbare voorlichting over IVF/ ICSI worden gebruikt. Vermeld dient te worden dat alleen rijpe (MII) eicellen ingevroren kunnen worden en dat de latere bevruchting altijd middels intra cytoplasmatische sperma injectie (ICSI) geschiedt. Informatie wat betreft de risico's op OHSS, complicaties bij punctie, low respons, bijwerkingen van de medicatie en het (onbekende) effect op nageslacht na ICSI dient eveneens besproken te worden. Tevens moeten de slagingskansen op zwangerschap besproken worden bij het gebruik van geïtrificeerde eicellen.

Specifieke risico's bij ovariële stimulatie en puncties bij patiënten met endometriose

- Risico op abcesvorming. Het risico op ovariële abcesvorming na punctie is laag. In een serie van 214 vrouwen met endometriomen die IVF ondergingen met ten tijde van de punctie antibioticaprofylaxe trad er geen enkel abces op (Benaglia, et al. 2008 [24]). Er wordt geadviseerd om ten tijde van de OPU (Ovum Pick Up) antibiotica profylaxe te geven.
- Verergering van endometriose klachten. Het risico op verergering van endometriose gerelateerde klachten, het risico op recidief klachten of groei van endometriomen is niet vergroot door de ovariële stimulatie op basis van beperkt bewijs (Somigliana, et al. 2019 [25]).
- Het niet kunnen bereiken van (een deel van) de follikels tijdens de OPU bij ovariële endometriose.

Specifieke informatie wat betreft eicelvitricificatie

- Het invriezen van eicellen is geen garantie op een levend geboren kind.
- Het invriezen van eicellen is geen garantie op het later in gebruik nemen van deze eicellen.
- Het invriezen en ontdooien van eicellen kan een negatief effect hebben op de vitaliteit van eicellen.
- Het traject om eicellen in te vriezen kan enkele maanden in beslag nemen.
- Meestal zijn meerdere cycli nodig om het gewenste aantal eicellen in te kunnen vriezen.
- De opslag van eicellen wordt jaarlijks in rekening gebracht.
- Er zijn kosten verbonden aan de behandeling. Deze worden niet standaard vergoed. De patiënt wordt geadviseerd dit vooraf te controleren bij de zorgverzekeraar als hier twijfel over is.
- Transport van eicellen is niet altijd mogelijk. Stem de plek van de behandeling af op de behandelmogelijkheden van de kliniek en de toekomstverwachting van de patiënt.

Voor meer informatie en overzicht van alle voor- en nadelen kunnen patiënten gewezen worden op de keuzehulp via <https://www.keuzehulp-vruchtbaarheidsbehoud-endometriose.nl/>.

Embryocryopreservatie in het kader van endometriose wordt in het algemeen alleen bij uitzondering aangeboden. Er lijkt vooralsnog geen plek voor preservatie van ovarieel weefsel bij patiënten met endometriose (Henry et al., 2022 [26]).

De kans op een zwangerschap hangt af van vele factoren, zoals de leeftijd, kwaliteit van de eicellen, het aantal ingevroren eicellen, de kwaliteit van de eicellen na het ontdooien en de kwaliteit van de embryo's. Bij patiënten onder de 35 zijn 20 eicellen nodig voor een kans van 91% op een levendgeborene en bij patiënten boven de 35 zijn 20 eicellen nodig voor een kans van 60% (Cobo, et al. 2021 [27]), waarbij de kans op zwangerschap duidelijk afneemt bij gevorderde maternale leeftijd op het moment van eicelpreservatie. Deze percentages lijken overeen te komen met data beschikbaar van patiënten met fertiliteitspreservatie voor een oncologische indicatie.

Aangezien de AMH-waarde voorspellend is voor het aantal te oogsten eicellen, en de AMH-waarde met de leeftijd afneemt (dit is sterker het geval voor vrouwen met ovariële endometriose), zouden de leeftijd en AMH-waarde in de counseling moeten worden meegenomen (Sermondade, et al. 2019 [28] ; Garavaglia, et al. 2017 [8]; Maslow, et al. 2020 [29]).

De literatuur over de impact van endometriose op de kwaliteit van de eicellen en embryo's is niet eenduidig (Sanchez, et al. 2017 [30]).

Alternatieven

Met alle patiënten die opteren voor fertiliteitspreservatie worden alternatieve behandelingen besproken. Deze omvatten: een afwachtend beleid (dus geen preservatie verrichten) dan wel het opstarten van een traject met gebruikmaking van zaad van een donor (indien er wel een actieve kindervens is, maar op dat moment geen geschikte partner). In geval van een stabiele relatie dient in overweging te worden gegeven om een zwangerschap actief na te streven.

BEKOSTIGING

Het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft in 2012 het volgende gepubliceerd over vergoeding van vitrificatie van eigen eicellen: voor de vergoeding van het invriezen van de eigen eicellen is dezelfde redenering gevolgd als voor de vergoeding van het invriezen van het eigen zaad. ZIN stelt vast dat het invriezen in een aantal gevallen kan worden vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering, te weten: “Operatieve behandelingen waarbij op medische indicatie beide (of grote delen van) ovaria moeten worden verwijderd*” ([*ZiNL-document vitrificatie van eigen eicellen en invriezen van sperma](#)) [31]

In de huidige omstandigheden wordt fertiliteitspreservatie slechts in specifieke omstandigheden vergoed. De huidige interpretatie van ZIN is dat patiënten met endometriose alleen voor vergoeding van fertiliteitspreservatie in aanmerking komen direct voorafgaand aan uitgebreide endometriosechirurgie. Deze vergoeding geldt echter niet voor patiënten waarbij een operatie nu (nog) niet direct geïndiceerd is, of bij wie al ovariële chirurgie heeft plaatsgevonden.

De werkgroep concludeert op basis van bestaande onderzoeksdata dat de reproductieve kansen aanzienlijk verminderd zijn bij patiënten met bilaterale ovariële endometriose, of bij patiënten met endometriose die al ovariële chirurgie hebben ondergaan. Indien deze situatie zich voordoet voorafgaand aan het ontstaan van een actieve kinderwens, vormt dit een medische indicatie voor gameetpreservatie.

Thans vindt overleg plaats met het Zorginstituut Nederland met als doel deze behandeling, ook indien niet direct voorafgaand aan chirurgie, voor vergoeding in aanmerking te laten komen.

AANBEVELINGEN

Counsel patiënten met uitgebreide ovariële endometriose over fertiliteitspreservatie.

Met name bij patiënten met bilaterale ovariële endometriose en bij patiënten bij wie eerder unilaterale ovariële chirurgie is verricht en nu een recidief endometrium of een endometrium aan de contralaterale zijde hebben.

Counseling dient plaats te vinden door een fertiliteitsspecialist gerelateerd aan het level-2 endometriosecentrum met expertise in counseling met betrekking tot fertiliteitspreservatie.

Om in de toekomst tot een betrouwbare schatting van de indicatiestelling en effectiviteit te komen, is het wenselijk om de registratie van fertiliteitspreservatiecycli bij patiënten met endometriose dusdanig landelijk te organiseren dat een beschrijving en analyse mogelijk zijn.

Vanwege de vergelijkbare uitkomsten gaat de voorkeur uit naar de bewaring van oöcyten boven embryopreservatie. Er lijkt vooralsnog geen plek voor preservatie van ovarieel weefsel bij patiënten met endometriose.

REFERENTIES

1. VPG, MS. "ESHRE guideline: Endometriosis." *Human Reproduction Open* 2022.2 (2022).
2. Guo, Sun-Wei. "Recurrence of endometriosis and its control." *Human reproduction update* 15.4 (2009).
3. Tan, Zhouyurong, et al. "Impacts of endometrioma on ovarian aging from basic science to clinical management." *Frontiers in Endocrinology* 13 (2023): 1073261.
4. Vignali, Michele, et al. "Surgical excision of ovarian endometriomas: Does it truly impair ovarian reserve? Long term anti-Müllerian hormone (AMH) changes after surgery." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 41.11 (2015): 1773-1778.
5. Ferrero, Simone, et al. "Second surgery for recurrent unilateral endometriomas and impact on ovarian reserve: a case-control study." *Fertility and sterility* 103.5 (2015): 1236-1243.
6. Santulli, Pietro, et al. "Fertility preservation for patients affected by endometriosis should ideally be carried out before surgery." *Reproductive biomedicine online* 43.5 (2021): 853-863.
7. Standpunt Fertilitateitspreservatiezorg in Nederland Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) Vereniging voor Klinische Embryologie (KLEM) 2018.
8. Garavaglia, Elisabetta, et al. "Fertility preservation in endometriosis patients: anti-Müllerian hormone is a reliable marker of the ovarian follicle density." *Frontiers in Surgery* 4 (2017): 40.
9. Muzii, Ludovico, et al. "Antimüllerian hormone is reduced in the presence of ovarian endometriomas: a systematic review and meta-analysis." *Fertility and sterility* 110.5 (2018): 932-940.
10. Li, Anji, et al. "Analysis of IVF/ICSI-FET outcomes in women with advanced endometriosis: influence on ovarian response and oocyte competence." *Frontiers in Endocrinology* 11 (2020): 427
11. Kim, Se Jeong, et al. "Oocyte cryopreservation for fertility preservation in women with ovarian endometriosis." *Reproductive BioMedicine Online* 40.6 (2020): 827-834.
12. Hamdan, M., et al. "The impact of endometrioma on IVF/ICSI outcomes: a systematic review and meta-analysis." *Human reproduction update* 21.6 (2015): 809-825.
13. Elizur, Shai E., et al. "Fertility preservation for women with ovarian endometriosis: results from a retrospective cohort study." *Reproductive BioMedicine Online* 46.2 (2023): 332-337.
14. Raffi, F., R. W. Shaw, and S. A. Amer. "National survey of the current management of endometriomas in women undergoing assisted reproductive treatment." *Human reproduction* 27.9 (2012): 2712-2719.
15. Younis, Johnny S., et al. "Impact of unilateral versus bilateral ovarian endometriotic cystectomy on ovarian reserve: a systematic review and meta-analysis." *Human reproduction update* 25.3 (2018): 375-391.
16. Vignali, Michele, et al. "Surgical excision of ovarian endometriomas: Does it truly impair ovarian reserve? Long term anti-Müllerian hormone (AMH) changes after surgery." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 41.11 (2015): 1773-1778.

17. Busacca, Mauro, et al. "Postsurgical ovarian failure after laparoscopic excision of bilateral endometriomas." *American journal of obstetrics and gynecology* 195.2 (2006): 421-425.
18. Coccia, Maria Elisabetta, et al. "Ovarian surgery for bilateral endometriomas influences age at menopause." *Human reproduction* 26.11 (2011): 3000-3007.
19. Cobo, Ana, et al. "Oocyte vitrification for fertility preservation in women with endometriosis: an observational study." *Fertility and sterility* 113.4 (2020): 836-844.
20. Cohen, Aviad, Benny Almog, and Togas Tulandi. "Sclerotherapy in the management of ovarian endometrioma: systematic review and meta-analysis." *Fertility and sterility* 108.1 (2017): 117-124.
21. Alborzi, Saeed, et al. "The impact of laparoscopic cystectomy on ovarian reserve in patients with unilateral and bilateral endometriomas." *Fertility and sterility* 101.2 (2014): 427-434.
22. Ter Welle-Butalid ME, Derhaag JG, van Bree BE, Vriens IJH, Goddijn M, Balkenende EME, Beerendonk CCM, Bos AME, Homminga I, Benneheij SH, van Os HC, Smeenk MJM, Verhoeven MO, van Bavel CCAW, Tjan-Heijnen VCG, van Golde RJT. Outcomes of female fertility preservation with cryopreservation of oocytes or embryos in the Netherlands: a population-based study. *Hum Reprod.* 2024 Dec 1;39(12):2693-2701.
23. Somigliana, Edgardo, et al. "Fertility preservation in women with endometriosis: for all, for some, for none?" *Human Reproduction* 30.6 (2015): 1280-1286.
24. Benaglia, Laura, et al. "Endometrioma and oocyte retrieval–induced pelvic abscess: a clinical concern or an exceptional complication?" *Fertility and sterility* 89.5 (2008): 1263-1266.
25. Somigliana, Edgardo, et al. "Ovarian stimulation and endometriosis progression or recurrence: a systematic review." *Reproductive biomedicine online* 38.2 (2019): 185-194.
26. Henry, Laurie, et al. "Oocyte cryopreservation in patients with endometriosis: current knowledge and number needed to treat." *Journal of Clinical Medicine* 11.15 (2022): 4559.
27. Cobo, Ana, et al. "Number needed to freeze: cumulative live birth rate after fertility preservation in women with endometriosis." *Reproductive biomedicine online* 42.4 (2021): 725-732.
28. Sermondade, Nathalie, et al. "Serum antimüllerian hormone is associated with the number of oocytes matured in vitro and with primordial follicle density in candidates for fertility preservation." *Fertility and sterility* 111.2 (2019): 357-362.
29. Maslow, Bat-Sheva L., et al. "Likelihood of achieving a 50%, 60%, or 70% estimated live birth rate threshold with 1 or 2 cycles of planned oocyte cryopreservation." *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 37 (2020): 1637-1643.
30. Sanchez, Ana Maria, et al. "Is the oocyte quality affected by endometriosis? A review of the literature." *Journal of ovarian research* 10 (2017): 1-11.
31. Standpunt [Vitrificatie van eigen eicellen en invriezen van sperma | Zorginstituut Nederland](#), 3-4-2012.

©2025 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht

Tel. 088 124 47 00

E-mail: kwaliteit@nvog.nl

Website: www.nvog.nl

Standpunt

Een standpunt betreft een document dat ingaat op een actuele (zorg)vraag en tijdelijk richting geeft aan zorgverleners en zorggebruikers wanneer een richtlijn ontbreekt of niet meer up-to-date is. Een dergelijk document wordt dan ad hoc en versneld opgesteld en kan worden gebruikt als voorloper van één of meer (nieuwe of herziene) module(s) van een richtlijn.

Alle rechten voorbehouden

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever.

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijn(modules), standpunten, kwaliteitsnormen, 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. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: kwaliteit@nvog.nl).