



Eindrapportage ‘Inventarisatie implementatie uitkomsten zorgevaluaties’

SKMS-project ‘Inventarisatie implementatie uitkomsten zorgevaluaties’

Januari 2021

Initiatief:

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

Financiering:

Dit project is gefinancierd vanuit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Inhoudsopgave

1. Introductie: beschrijving van het project	pag. 3
2. Werkwijze	pag. 4
3. Resultaten	pag. 6
4. Determinanten met betrekking tot implementatie	pag. 26
5. Conclusie	pag. 30
6. Samenstelling werkgroep	pag. 35

1. Introductie: beschrijving van het project

Van ongeveer de helft van alle medische behandelingen is onduidelijk in hoeverre deze echt bijdragen aan een betere gezondheid voor patiënten. Zorgevaluaties worden verricht om meer duidelijkheid te krijgen over de effectiviteit van bepaalde diagnostiek of behandeling.

Gynaecologen in Nederland hebben in de afgelopen jaren tientallen zorgevaluaties afgerond die veel nieuwe kennis hebben gegenereerd. Naar aanleiding van een recente brede evaluatie van ZonMw is een rapport verschenen, het SiRM- (Strategies in Regulated Markets) rapport: 'Externe evaluatie – ZonMw-Programma Doelmatigheidsonderzoek 2006-2017'. Hieruit bleek dat uitkomsten van zorgevaluaties maar in beperkte mate in medisch specialistische richtlijnen zijn opgenomen. Bovendien is er geen overzicht van de mate waarin deze uitkomsten geïmplementeerd zijn in de dagelijkse praktijk. Dat geldt ook voor zorgevaluaties waar gynaecologen de afgelopen jaren hun medewerking aan hebben verleend.

Dit is deels te verklaren door het feit dat de eerste zorgevaluaties die zijn uitgevoerd door gynaecologen werden verricht binnen het zogenaamde 'Consortium', een samenwerkingsverband op onderzoeksgebied tussen initieel zes ziekenhuizen, opgericht in 2003. Dit 'Consortium' was destijds geen onderdeel van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). Vanaf 2014 is dit Consortium onder de naam '[NVOG Consortium 2.0](#)' bij de NVOG ondergebracht. Inmiddels is het volledige proces van de kwaliteitscyclus beschreven in een [NVOG-procedureboek 'Kwaliteitscyclus'](#).

Doel van dit project:

- het in kaart brengen van lopende en afgeronde zorgevaluaties uitgevoerd binnen het consortium van 2003 tot 1 november 2019;
- nagaan welke implementeerbare uitkomsten er zijn voortgekomen uit de afgeronde zorgevaluaties en of deze implementeerbare uitkomsten ook daadwerkelijk de praktijk hebben bereikt;
- nagaan welke uitkomsten in aanmerking kwamen voor opname in een richtlijn(module) en indien dit het geval was of deze daadwerkelijk zijn opgenomen in een (NVOG-) richtlijn(module).
- het opstellen van aanbevelingen op basis van de resultaten ter bevordering en borging van toekomstige implementatie van de uitkomsten van zorgevaluaties; het borgen van het rondan van de kwaliteitscirkel.

1. Werkwijze

Eerstens zijn alle zorgevaluaties geïdentificeerd die uitgevoerd zijn binnen het Consortium vanaf de start van het Consortium in 2003 tot heden. Voor dit onderzoek werden in principe alle afgeronde zorgevaluaties geïnccludeerd. De studies werden beschouwd als afgerond wanneer de complete follow-up-periode was voltooid en op zijn minst de primaire onderzoeksresultaten waren gepubliceerd, met als pijldatum 1 november 2019. De studies die niet de beoogde inclusies hebben gehaald werden wel meegenomen in de analyse mits de follow-up was afgerond en ook de primaire onderzoeksresultaten waren gepubliceerd. Implementatiestudies werden buiten beschouwing gelaten alsmede single center studies en internationale studies waaraan het NVOG Consortium haar medewerking had verleend.

Van alle studies, zowel de lopende (zie ook: www.zorgevaluatienederland.nl) als afgeronde studies werd geïncventariseerd of er een (NVOG-)richtlijn(module) beschikbaar is waar de onderzoeksresultaten in onder zouden kunnen worden gebracht.

Figuur 1.

Metten van implementatie van de afgeronde zorgevaluaties

Van de afgeronde studies werd geïncventariseerd in hoeverre de uitkomsten van deze zorgevaluaties hebben geleid tot een implementeerbare uitkomst en in hoeverre deze uitkomst dan ook was opgenomen in een bestaande richtlijn(module). Uitkomsten werden beschouwd als implementeerbaar wanneer er een duidelijk verschil in (kosten-) effectiviteit aangetoond werd, wat leidde tot een aanbeveling voor een specifiek beleid voor de klinische praktijk.

Wanneer studies niet waren opgenomen in een richtlijn(module) is er gekeken of de uitkomsten van een zorgevaluatie wel of niet zouden leiden tot een wijziging in de huidige aanbeveling van een reeds bestaande richtlijn(module).

Om de implementatie van onderzoeksresultaten ook langs andere wegen te meten is er een enquête ontwikkeld, zie figuur 1.

- Bent u bekend met de uitkomsten van deze studie?
- Bent u overtuigd van het resultaat van deze studie?
- Wat is voor u de reden om wel of niet volgens de uitkomst van de studie te handelen?
- Welk percentage vrouwen wordt in uw ziekenhuis behandeld volgens de uitkomst van deze studie?
 - 0-20%
 - 21-40%
 - 41-60%
 - 61-80%
 - 81-100%
- Dit percentage is:
 - Precies goed
 - Te hoog
 - Te laag
- Heeft het ziekenhuis waar u nu voor werkt ook vrouwen geïnccludeerd voor deze studie?

Deze enquête (fig. 1) werd uitgezet onder alle (aspirant-)leden van de NVOG. Per e-mail werden alle (aspirant-)leden afzonderlijk benaderd en verzocht om de ontwikkelde webbased enquête, anoniem, in te vullen.

De respondenten werd gevraagd in welke mate men patiënten behandelden volgens de uitkomst van een bepaalde zorgevaluatie. Vanwege de omvang van de totale enquête kregen respondenten de mogelijkheid om alleen de vragen te beantwoorden over zorgevaluaties met betrekking tot het specifieke aandachtsgebied waarin zij werkzaam zijn.

Met behulp van de open vragen werden belemmerende en faciliterende factoren voor de implementatie geïdentificeerd.

Analyses

De data-analyse werd uitgevoerd met behulp van SPSS- (Statistical Package for the Social Sciences) versie 25. Voor verbanden tussen categoriale variabelen werd gebruikgemaakt van de Chi-Kwadraattoets en voor de ratiovariabelen is gehanteerd de Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt waarbij waar nodig gecorrigeerd werd voor relevante variabelen. De Mann-Whitney-U toets werd gebruikt voor de vergelijking van de verschillende groepen. De uitkomsten waren significant indien $p < 0,05$.

3. Resultaten

Er werden in totaal 107 zorgevaluaties geïdentificeerd. Van de 107 zorgevaluaties waren in totaal 49 onderzoeken afgerond en gepubliceerd voor 1 november 2019. Vijf van de 49 studies hebben niet het beoogde aantal inclusies behaald, maar de follow-up van de geïncludeerde vrouwen was compleet afgerond en de (primaire) resultaten waren gepubliceerd. In totaal zijn er 11 zorgevaluaties die vroegtijdig zijn gestopt. Zoals hierboven beschreven zijn vijf van die 11 zorgevaluaties wel afgerond en gepubliceerd. Van de overige zes studies waren er twee studies wel afgerond maar nog niet gepubliceerd voor 1 november 2019 (Stop or Go, STRIDER) en vier zorgevaluaties zijn nooit afgerond. Van de 107 zorgevaluaties zijn er nog 54 studies lopend of waren de resultaten nog niet gepubliceerd op 1 november 2019. Zie voor een studieoverzicht NVOG: zorgevaluatienederland.nl. Figuur 2 toont de (afgeronde) zorgevaluaties en de eventuele opname van de zorgevaluatie in een richtlijn.

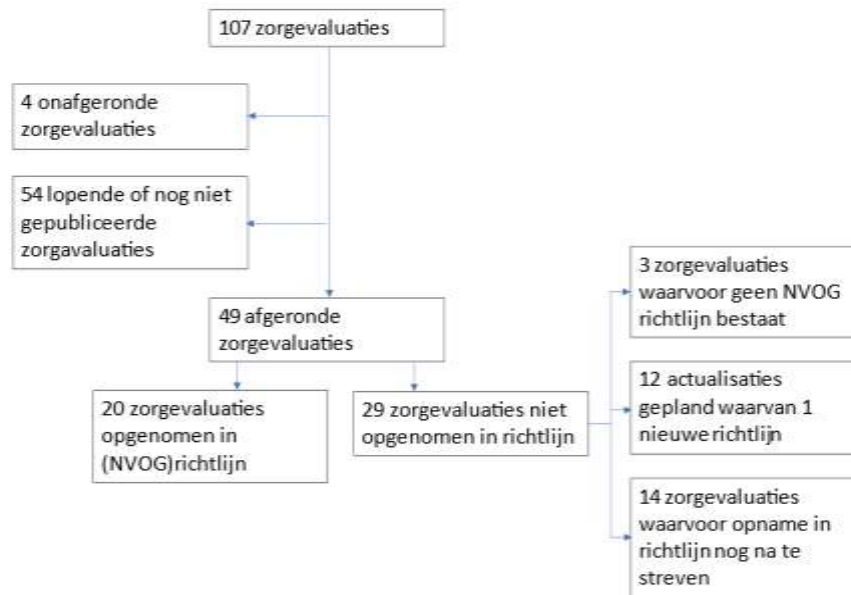
In principe lenen alle uitkomsten van deze 49 zorgevaluaties zich voor opname in een richtlijn. Voor 45 van de 49 zorgevaluaties is er een bestaande richtlijn waarin de uitkomsten van de zorgevaluaties opgenomen kunnen worden. Niet al deze bestaande richtlijnen zijn opgenomen in de landelijke richtlijnen-database (richtlijnen-database.nl). Voor sommige richtlijnen die wel zijn opgenomen in de richtlijnen-database zal er voor enkele uitkomsten een nieuwe module ontwikkeld moeten worden om de uitkomsten van de zorgevaluatie in de betreffende richtlijn onder te kunnen brengen.

Momenteel zijn 20 van de 49 zorgevaluaties opgenomen in een NVOG-richtlijn. Voor 29 zorgevaluaties is dat (nog) niet gebeurd. Op het moment van schrijven worden er echter meerdere richtlijn(modules) geactualiseerd. Het is met deze updates de verwachting dat nog 11 van deze 29 zorgevaluaties opgenomen zullen worden in bestaande (NVOG-)richtlijn(modules) in 2021. Daarnaast is er vanuit de NVOG voor diverse richtlijnen een projectaanvraag t.a.v. revisie en/of ontwikkeling van nieuwe richtlijnen(modules) bij SKMS2 (Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten2) ingediend. Wanneer deze SKMS2-aanvragen worden toegekend zou dat betekenen dat nog twee zorgevaluatie-uitkomsten in de te reviseren/ontwikkelen richtlijnen ondergebracht zullen worden.

Er is nog geen richtlijn waar de resultaten van respectievelijk de ALLO, MOTHER, HysNiche en WOMAN zorgevaluaties kunnen worden ondergebracht. In 2021 zal gestart worden met een richtlijn hyperemesis gravidarum waar de resultaten van de MOTHER-trial in kunnen worden ondergebracht.

De zorgevaluaties, afgeronde zorgevaluaties en de eventuele (geplande) opname in een NVOG richtlijn zijn hieronder weergegeven in een flowchart.

Figuur2



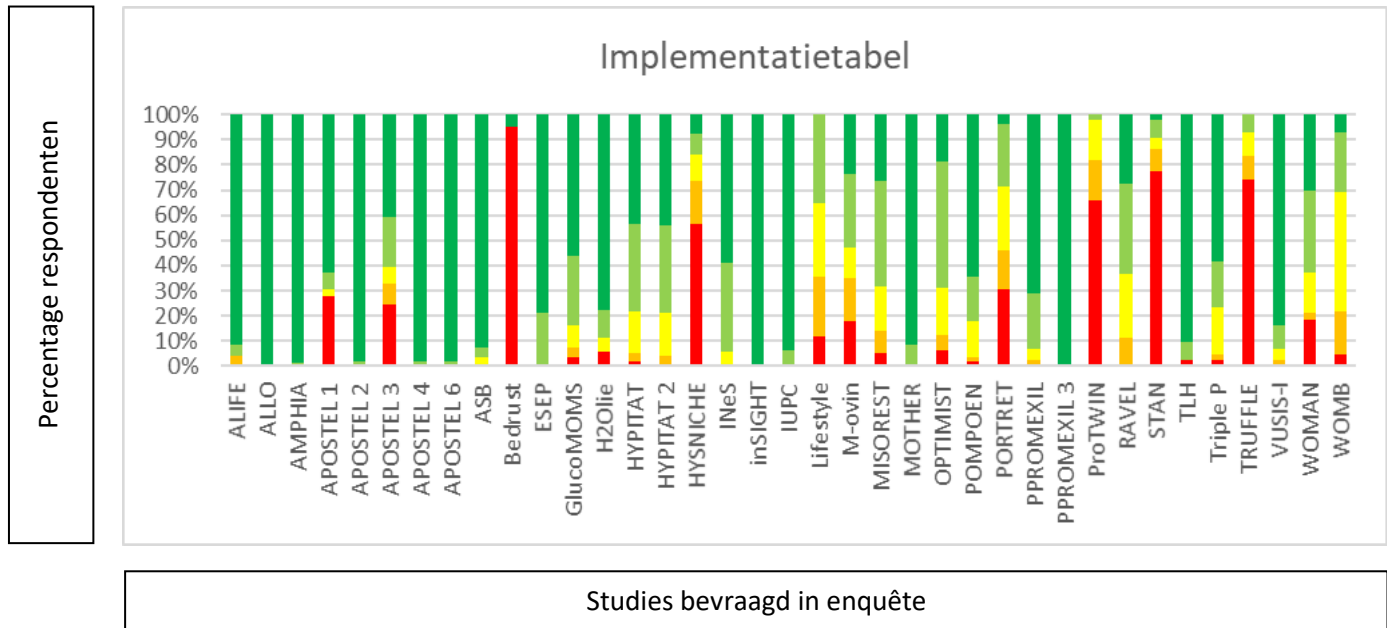
Voor zeven van de 49 studies geldt dat de uitkomst van het onderzoek niet leidt tot een concrete aanbeveling voor de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld omdat de effectiviteit van gemeten interventies vergelijkbaar was. Voor de overige 42 studies geldt dat er wel een concrete aanbeveling uit de zorgevaluatie voortkomt op basis van een verschil in (kosten-)effectiviteit.

Niet alle 49 afgeronde zorgevaluaties werden bevroegd in de enquête. Vanwege lopende implementatie-onderzoeken betreffende de PROBAAT-studies en de LapOvCa-studie werd gekozen om deze zorgevaluaties niet ook in deze enquête te bevroegen. Verder werden de zeven zorgevaluaties, die niet leidden tot een concrete aanbeveling in de praktijk, buiten beschouwing gelaten.

In totaal hebben 189 respondenten één of meerdere vragen van diverse zorgevaluaties ingevuld. De precieze respons is per studie beschreven. Van de respondenten was 14% werkzaam in een perifeer ziekenhuis zonder opleiding verloskunde/gynaecologie, 57% was werkzaam in een perifeer ziekenhuis mét opleiding verloskunde/gynaecologie en 29% was werkzaam in een academisch ziekenhuis. Op het moment van het uitzetten van de enquête telde Nederland 69 ziekenhuisorganisaties. Respondenten kwamen uit ten minste 54 (78%) van deze organisaties. Daarnaast waren enkele respondenten werkzaam bij eenzelfde Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC).

De uitkomsten van de zorgevaluaties waren goed bekend onder de respondenten. Gemiddeld genomen waren de uitkomsten van de zorgevaluaties bekend bij 86% van de respondenten. Minst bekend was de uitkomst van de Apostel IV-trial (57%) en van meerdere studies kenden alle respondenten (100%) de uitkomsten: Apostel I, Apostel II, Apostel III, ESEP, H2Olie, Hypitat I, inSIGHT, LifeStyle, M-OVIN en STAN.

De grafiek hieronder geeft grafisch weer hoe de implementatie van de in de enquête bevraagde zorgevaluaties is. Een ‘groenere’ barchart geeft een betere implementatie weer.



- 80-100% wordt conform de uitkomst van de zorgevaluatie behandeld.
- 60-80% wordt conform de uitkomst van de zorgevaluatie behandeld.
- 40-60% wordt conform de uitkomst van de zorgevaluatie behandeld.
- 20-40% wordt conform de uitkomst van de zorgevaluatie behandeld.
- 0-20% wordt conform de uitkomst van de zorgevaluatie behandeld.

Er zijn zeven studies geïdentificeerd die momenteel niet zijn opgenomen in een landelijke richtlijn, waarbij de aanbeveling in de huidige richtlijn op basis van de studieresultaten van deze zorgevaluatiestudies waarschijnlijk zal worden beïnvloed (te weten: Apostel 1, Apostel 3, H2Olie, Hypitat 1, LapOvCa, M-OVIN, PreCare). Een deel van deze zorgevaluatie-uitkomsten zal opgenomen worden in de richtlijn(en)module(s) die momenteel geactualiseerd wordt/worden. Zoals in bovenstaand figuur te zien is, blijkt uit de enquête dat vele resultaten desondanks reeds goed geïmplementeerd zijn.

Hieronder worden alle geïnccludeerde studies, inclusief de resultaten van de enquête, besproken.

Domein Verloskunde

Er waren 78 gynaecologen en AIOS (arts in opleiding tot specialist) met als aandachtsgebied verloskunde die de enquête hebben ingevuld.

ALLO (68 respondenten)

In de Allo-studie werden vrouwen tijdens de bevalling bij verdenking op foetale nood gerandomiseerd voor wel of geen maternale allopurinol toediening ter reductie van perinatale asfyxie. Er werd geen verschil gevonden in het voorkomen van asfyxie tussen beide groepen. De toediening van allopurinol was geen standaard beleid. Op basis van de resultaten van dit onderzoek is er in de toekomst voornamelijk ook geen plek voor maternale allopurinol toediening ter reductie van perinatale asfyxie. Van de respondenten van de landelijke enquête waren 40/68 (59%) van de gynaecologen/AIOS bekend met de resultaten van de ALLO-studie. 85% Van de respondenten was overtuigd van de uitkomsten. Geen van de respondenten geeft aan matернаal allopurinol toe te dienen bij verdenking op foetale nood, conform de uitkomsten van de ALLO-studie. Er is geen richtlijn waar de resultaten van de ALLO-studie in kunnen worden ondergebracht. De resultaten zijn dus niet opgenomen in een richtlijn, echter er is wel sprake van een goede implementatie van deze zorgevaluatie. Op dit moment is het geven van allopurinol bij foetale nood geen standaard behandeling. Deze uitkomsten veranderen dan ook niet de aanbeveling m.b.t. tot het wel/niet geven van allopurinol.

AMPHIA (65 respondenten)

De AMPHIA-studie vergeleek de toediening van proluton versus placebo bij vrouwen met een tweeling graviditeit om vroeggeboorte, en daaruit voortvloeiende perinatale morbiditeit en mortaliteit, te voorkomen. Er werd geen verschil gezien in perinatale uitkomsten tussen beide groepen. Proluton is daarmee voor deze indicatie dus niet van meerwaarde. Van de 65 respondenten waren er 52 op de hoogte van de uitkomsten van de AMPHIA-studie (80%). Daarbij waren 59/65 respondenten (91%) overtuigd van deze uitkomsten. Van de respondenten geeft 99% aan in principe geen proluton toe te dienen voor de indicatie gemelli graviditeit. Er werden door de respondenten geen redenen aangedragen waarom men toch een indicatie zou zien voor toediening van proluton. De resultaten van de AMPHIA-studie zijn opgenomen in de NVOG richtlijn 'Meerlingzwangerschap' 2018. Op basis van de uitkomsten van de enquête lijkt er sprake van een goede implementatie van deze studieresultaten.

APOSTEL I (65 respondenten)

Uit de Apostel I-studie bleek dat het afnemen van een fibronectinetest bij vrouwen met symptomen van een dreigende vroeggeboorte en een cervixlengte tussen 15-30 mm, leidt tot een reductie van het aantal onnodige opnames, behandelingen en overplaatsingen. De resultaten van de Apostel I-studie waren bekend bij alle respondenten (65/65 100%). Van de respondenten was 95% overtuigd van de uitkomsten (62/65). Van de 65 respondenten gaven 41 respondenten (63%) aan bij vrouwen met een cervixlengte tussen 15-30 mm een fibronectinetest te verrichten. Redenen om geen fibronectinetest af te nemen, waren voornamelijk het niet aanwezig zijn van de benodigde apparatuur of fibronectinetesten.

Er werd door meerdere respondenten benoemd dat de aanschaf, het onderhoud en de fibronectinetesten zelf kosten met zich mee brengen, terwijl er juist minder inkomsten zijn omdat er voor minder vrouwen een indicatie bestaat voor opname en/of behandeling. In deze enquête gaf een enkele respondent aan te verwijzen naar een ander centrum wanneer er een indicatie bestaat voor het verrichten van een fibronectinetest. Hoewel de fibronectinetest vanuit maatschappelijk perspectief dus veel geld bespaart, zorgt invoering van de fibronectinetest vanuit ziekenhuisperspectief juist voor een toename in de kosten. Dit werd eerder al beschreven in de implementatiestudie van Van Winden et al. (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2018). Destijds werd in 34% van de Nederlandse ziekenhuizen de fibronectinetest toegepast. Uit deze enquête blijkt dat nu 63% van de respondenten de fibronectinetest gebruikt. De resultaten van de Apostel I-trial zijn nog niet opgenomen in de NVOG richtlijn ‘Dreigende vroeggeboorte’. Er is een subsidie aangevraagd voor het actualiseren van de richtlijn vroeggeboorte. Het opnemen van deze resultaten zal leiden tot de aanbeveling om bij een specifieke patiëntencategorie met symptomen van een dreigende vroeggeboorte additioneel een fibronectinetest af te nemen. In de huidige richtlijn wordt geen aanbeveling gedaan over het al dan niet afnemen van een fibronectinetest.

APOSTEL II (62 respondenten)

In de Apostel II-studie werd tocolyse voor maximaal 48 uur vergeleken met tocolyse langer dan 48 uur bij vrouwen die waren opgenomen in verband met een dreigende vroeggeboorte. Perinatale uitkomsten waren vergelijkbaar in beide groepen. Er is dus geen voordeel van verlengde tocolyse. Ook de resultaten van de APOSTEL II-trial waren bij alle respondenten bekend (62/62; 100%). Daarvan was 98% overtuigd van de uitkomsten (61/62). Eveneens 98% gaf aan in principe geen verlengde tocolyse te geven. In één kliniek wordt er wel eens verlengde tocolyse geven in 20-40% van de vrouwen met een dreigende vroeggeboorte. Nog drie andere respondenten gaven aan incidenteel verlengde tocolyse te geven in geval van extreme prematuriteit (tussen AD 24-26 weken). De uitkomsten van de Apostel II-studie zijn nog niet opgenomen in de NVOG richtlijn dreigende vroeggeboorte. Er is een subsidie aangevraagd voor het actualiseren van de richtlijn ‘Dreigende vroeggeboorte’. De huidige aanbeveling is om geen verlengde tocolyse te geven. Deze aanbeveling zal door toevoegen van de resultaten van de Apostel II dus niet veranderen.

APOSTEL III (61 respondenten)

In de Apostel III-studie werd de (kosten)effectiviteit van de weeënremmers Atosiban en Nifedipine vergeleken bij de behandeling voor een dreigende vroeggeboorte. Atosiban en Nifedipine bleken vergelijkbaar in effectiviteit, maar de kosten bij gebruik van Nifedipine waren lager. Alle respondenten (61/61; 100%) kenden de uitkomsten van de APOSTEL III-studie. Van de 61 respondenten waren er 57 overtuigd van de resultaten van deze studie. Desondanks geeft een groot gedeelte van de respondenten aan niet standaard Nifedipine te gebruiken wanneer er een indicatie bestaat voor tocolyse. Van 61 respondenten geven er 25 (41%) aan in principe Nifedipine te gebruiken. Meerdere respondenten wijzen op het feit dat Nifedipine in tegenstelling tot Atosiban niet geregistreerd is voor gebruik als tocolyticum. Verder geven respondenten aan, dat vanwege het bijwerkingenprofiel van Nifedipine, of de mogelijke slechtere neonatale uitkomsten bij gebruik van Nifedipine, argumenten zijn om toch Atosiban als eerste keuze te gebruiken. De kosten voor Atosiban zijn inmiddels verminderd, waardoor het verschil in kosten tussen Nifedipine en Atosiban uiteraard ook terugloopt. De uitkomsten van de Apostel III-studie zijn niet opgenomen in de richtlijn ‘Dreigende vroeggeboorte’.

Er is een subsidie aangevraagd voor het actualiseren van de richtlijn ‘Dreigende vroeggeboorte’. Deze uitkomsten zouden de huidige aanbeveling met betrekking tot het gebruik van tocolyse voor een dreigende vroeggeboorte wel beïnvloeden.

APOSTEL IV (60 respondenten)

In de Apostel IV-studie werden vrouwen met prematuur gebroken vliezen gerandomiseerd voor het gebruik van Nifedipine of placebo tot de aanvang van de bevalling voor een maximale duur van 18 dagen. Het gebruik van Nifedipine leidde niet tot betere neonatale uitkomsten, er bleek dus geen voordeel te zijn van het gebruik van verlengde tocolyse. Van de respondenten was 57% (34/60) bekend met de resultaten van de APOSTEL IV-studie. Iets minder dan de helft (29/60; 48%) was overtuigd van deze resultaten. Desondanks geven nagenoeg alle respondenten (59/60; 95%) aan dat er in principe geen verlengde tocolyse wordt gegeven bij vrouwen met prematuur gebroken vliezen. Er worden door de respondenten geen indicaties genoemd waarvoor zij wel verlengde tocolyse zouden toepassen. In de huidige richtlijn dreigende vroeggeboorte wordt uitgegaan van gebruik van tocolytica voor een maximale duur van 48 uur. Er is geen uitgangsvraag waarbij tocolyse voor maximaal 48 uur wordt vergeleken met verlengde tocolyse. Er is subsidie aangevraagd voor het actualiseren van de richtlijn ‘Dreigende vroeggeboorte’. Door het toevoegen van de resultaten van de Apostel IV zullen de huidige aanbevelingen in de richtlijn niet veranderen.

APOSTEL VI (60 respondenten)

In de Apostel VI-studie werden vrouwen na opname in verband met een dreigende vroeggeboorte gerandomiseerd voor het wel of niet gebruiken van een pessarium in aansluiting van de opname tot aan de bevalling. Het gebruik van een pessarium leidde niet tot een reductie in het aantal vroeggeboortes en zorgde ook niet voor een betere neonatale uitkomst. Van de respondenten was 82% op de hoogte van de uitkomsten van de APOSTEL VI-studie. Van de 60 respondenten waren er 44 (79%) eveneens overtuigd van deze resultaten. Op een enkele respondent na wordt er geen indicatie gezien voor het plaatsen van een pessarium na een episode van een dreigende vroeggeboorte. De uitkomsten van de Apostel VI zijn niet opgenomen in de richtlijn dreigende vroeggeboorte. Er is op dit moment geen richtlijnmodule waarin het gebruik van pessarium voor een dreigende vroeggeboorte in wordt beschreven. Er is een subsidie aangevraagd voor het actualiseren van de richtlijn ‘Dreigende vroeggeboorte’. Aangezien het pessarium in deze studie niet van toegevoegde waarde bleek, leidt opname van deze studie in de richtlijn niet tot een andere aanbeveling.

ASB (56 respondenten)

In de ASB-studie werden zwangere vrouwen gescreend op het vóórkomen van asymptomatische bacteriurie (ASB). Indien er sprake was van asymptomatische bacteriurie werden vrouwen gerandomiseerd voor behandeling met nitrofurantoïne versus placebo. Het screenen en behandelen van zwangere vrouwen met asymptomatische bacteriurie leidde niet tot een reductie van vroeggeboorte. Van de 56 respondenten kenden 35 respondenten (63%) de uitkomsten van de ASB-studie. Van de 56 respondenten waren er 49 (88%) overtuigd van de uitkomsten van deze studie. Bijna 93% zegt niet tot nauwelijks zwangere vrouwen te testen op asymptomatische bacteriurie.

De uitkomsten van de ASB-studie zijn momenteel niet opgenomen in een NVOG-richtlijn. De resultaten kunnen bijvoorbeeld ondergebracht worden in de huidige richtlijn basis prenatale zorg. Het screenen en behandelen van asymptomatische bacteriurie bleek niet zinvol ter reductie van het aantal vroeggeboortes, en zal dus geen invloed hebben op de huidige aanbevelingen.

DIGITAT

In de DIGITAT-studie werden vrouwen met de verdenking op een foetale groeirestrictie met of zonder dopplerafwijkingen tussen AD 36 en 41 weken gerandomiseerd tussen inleiden of expectatief beleid. Er werden geen verschillen gezien in neonatale of maternale uitkomsten tussen beide groepen. Op basis van deze studieresultaten is er geen eenduidig advies met betrekking tot de behandeling van vrouwen met een verdenking op een foetale groeirestrictie. Om die reden is ervoor gekozen deze studie niet mee te nemen in de enquête. Er valt nu niet te meten in hoeverre men zich aan het advies houdt. De uitkomsten van de DIGITAT-studie zijn opgenomen in de NVOG richtlijn 'Foetale Groeirestrictie'.

GlucoMOMS (45 respondenten)

In de GlucoMOMS-studie werden vrouwen met pre-existente Diabetes Mellitus (DM) met insulinegebruik of vrouwen met zwangerschapsdiabetes <AD30 weken en het gebruik van insuline gerandomiseerd tussen wel of geen gebruik van intermitterend gebruik van continue glucosemonitoring naast de standaard monitoring middels glucosedagcurves en HbA1c-bepaling.

De toevoeging van intermitterend gebruik van continue glucosemonitoring bleek niet te zorgen voor een reductie van foetale macrosomie. Van de respondenten was 64% geïnformeerd over de uitkomsten van de GlucoMOMS-studie. Van de 45 respondenten waren er 35 (82%) overtuigd van de uitkomsten van deze studie. Ondanks dat de interventie van continue glucosemonitoring niet zinvol bleek, gaf iets minder dan de helft van de respondenten aan dat deze vorm van monitoring nog geregeld wordt gebruikt; 56% (31/55) geeft aan de continue glucosemonitoring in principe niet te gebruiken. De respondenten geven aan dat de indicatiestelling voor de continue glucosemonitoring geschiedt door de internist, en dat de voornaamste indicatiestellingen zijn: DM1, lastig in te stellen diabetes en therapieontrouwe patiënten. De resultaten van de GlucoMOMS-studie zijn niet opgenomen in de huidige richtlijn 'Diabetes en zwangerschap'. Er is in deze richtlijn geen module of uitgangsvraag met betrekking tot het gebruik van continue glucosemonitoring. Continue glucosemonitoring wordt momenteel niet actief aanbevolen in de richtlijn. Opname van deze studie in de richtlijn zal die aanbeveling niet doen veranderen.

HYPITAT (55 respondenten)

In de HYPITAT-studie werden vrouwen met een zwangerschapshypertensie (met een diastolische bloeddruk van 95mmHG of meer) of pre-eclampsie tussen AD 36-41 weken gerandomiseerd tussen inleiding van de baring en expectatief beleid. Op basis van de resultaten van deze studie wordt een inleiding van de baring geadviseerd vanaf AD 37 weken in geval van zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie. Van de 55 respondenten was iedereen bekend met de uitkomsten van deze studie. Van de 55 respondenten waren er 50 (91%) eveneens overtuigd van de resultaten. Toch leidt slechts 44% van de respondenten (24/55) vrouwen met een à terme hypertensie, pre-eclampsie of HELLP standaard in bij 37 weken zwangerschap.

De respondenten geven aan dat in geval van HELLP of pre-eclampsie er wel vaak wordt ingeleid bij 37 weken, maar dat men geneigd is langer expectatief te blijven in geval van een milde hypertensie of milde pre-eclampsie; dan wordt het beleid in deze groepen veel meer geïndividualiseerd. De resultaten van de HYPITAT-studie zijn nog niet opgenomen in de richtlijn ‘Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap’. Deze revisie loopt op dit moment. Er is nu geen richtlijnmodule met betrekking tot het inleiden van de baring en er is geen aanbeveling vrouwen in te leiden met een à terme zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie. De resultaten van de HYPITAT-studie zullen dus wel invloed hebben op een toekomstige aanbeveling.

HYPITAT II (52 respondenten)

De HYPITAT II-studie vergeleek inleiding van de baring met expectatief beleid bij vrouwen met een zwangerschapshypertensie (met een diastolische bloeddruk van 100mmHg of meer) of een pre-eclampsie tussen AD 34 en 37 weken. Van de 52 respondenten, was op één na iedereen bekend met de resultaten van de HYPITAT II-studie (98%). En 85% was eveneens overtuigd van deze resultaten (44/52). Van de 52 respondenten geven er 23 aan in principe vrouwen niet in te leiden bij een hypertensie, pre-eclampsie of HELLP tussen de 34 en 37 weken zwangerschapsduur. Nagenoeg alle respondenten geven aan dat inleiding niet standaard geschiedt, maar afhankelijk is van met name maternale factoren. De uitkomsten van de HYPITAT II-studie zijn net als de HYPITAT I-studie nog niet opgenomen in de richtlijn ‘Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap’. Er is momenteel geen aanbeveling om vrouwen met milde hypertensie of pre-eclampsie in te leiden tussen 34-37 weken zwangerschap. De resultaten van de HYPITAT II zullen dus niet leiden tot een andere aanbeveling dan de huidige praktijk. De betreffende richtlijn wordt op dit moment gereviseerd.

INDEX

In deze INDEX-studie werden vrouwen met een laag risico zwangerschap bij AD 41 weken gerandomiseerd tussen inleiding van de bevalling of afwachtend beleid tot 42 weken. In deze studie werden geen verschillen gevonden tussen maternale en neonatale uitkomsten tussen beide groepen. De resultaten van deze studie geven dus geen duidelijk advies met betrekking tot wel of niet inleiden bij AD 41 weken. Derhalve kan niet gemeten worden hoe goed men zich aan dit advies houdt. Zeer recent is de richtlijnmodule ‘Beleid zwangerschap vanaf 41 weken’ geautoriseerd door NVOG, KNOV Patiëntenfederatie Nederland, Zelfbewust Zwanger en NVK. Hierin zijn de Index-studie en andere (inter)nationale relevantie studies verwerkt. Op basis van de resultaten van de INDEX-studie alleen zou er niet worden aanbevolen om in te leiden bij 41 weken. De INDEX-studie had echter onvoldoende power om een duidelijk verschil in harde uitkomsten (perinatale sterfte) aan te kunnen tonen. De gepoolde resultaten van de INDEX-studie met andere (inter)nationale studies leiden wel tot deze aanbeveling die als zodanig in deze module is opgenomen.

IUPC (47 respondenten)

De IUPC-studie onderzocht de waarde van intra-uteriene drukmeting bij vrouwen die werden ingeleid of bijstimulatie kregen durante partu, door vrouwen te randomiseren voor intra-uteriene druk- registratie of uitwendige registratie. Er waren geen verschillen in het aantal sectio's en kunstverlossingen, en neonatale uitkomsten waren vergelijkbaar in beide groepen.

Het routinematig inbrengen van een intra-uteriene drukmeter bleek in deze studie niet van toegevoegde waarde. Bekend met resultaten van deze studie is 72% van de respondenten (34/47). Van de respondenten is 81% overtuigd van de uitkomsten (38/47). Alle respondenten geven aan niet-routinematig gebruik te maken van intra-uteriene drukmeters tijdens de baring, maar alleen op indicatie. Van de 47 respondenten gebruikten er 44 respondenten (94%) dan ook bijna nooit een intra-uteriene drukmeter. De uitkomsten van deze studie zijn opgenomen in de NVOG-richtlijn 'Foetale bewaking'.

MOTHER (47 respondenten)

In de MOTHER-studie werden vrouwen met hyperemesis gravidarum gerandomiseerd tussen vroege sondevoeding of standaard behandeling middels hyperhydratie naast de standaard anti-emetica. Er werd geen verschil gevonden in het geboortegewicht tussen beide groepen en ook de maternale uitkomsten waren vergelijkbaar. Van de respondenten kent 72% de uitkomsten van de MOTHER-studie (34/47). Van de respondenten is 89% overtuigd van deze uitkomsten (42/47). Verreweg de meeste respondenten zien geen of nauwelijks indicatie voor het gebruik van sondevoeding bij vrouwen met een hyperemesis gravidarum (92%, 43/47). Er is op dit moment nog geen NVOG-richtlijn voor de behandeling van Hyperemesis gravidarum. Echter begin 2021 wordt er gestart met de ontwikkeling van de NVOG richtlijn 'Hyperemesis gravidarum'.

PPROMEXIL (45 respondenten)

In de PPROMEXIL-studie werden vrouwen met preterm gebroken vliezen tussen AD 34-37 weken gerandomiseerd tussen inleiding van de baring versus afwachtend beleid. Er werd geen verschil gezien in het vóórkomen van neonatale sepsis tussen beide groepen. Van de 45 respondenten was 98% bekend met de uitkomst van deze studie (n=44), en was iedereen overtuigd van deze resultaten. Alle respondenten gaven aan niet standaard in te leiden in geval van preterm prematuur gebroken vliezen, behalve wanneer er sprake is van een GBS- (groep B streptokokken) dragerschap of wanneer er tekenen zijn van infectie. Van de respondenten geeft 71% aan niet tot nauwelijks vrouwen in te leiden wanneer er sprake is van gebroken vliezen tussen AD 34 en 37 weken. In de huidige NVOG richtlijn 'Breken van de vliezen voor het begin van de baring (PPROM)' worden de resultaten van de PPROMEXIL-studie niet beschreven. In deze richtlijn wordt beschreven dat er meestal zal worden gekozen voor expectatief beleid in het geval van preterm gebroken vliezen, al is dit niet geformuleerd als aanbeveling. Op dit moment wordt er een richtlijnmodule hieromtrent ontwikkeld. Het opnemen van de resultaten van de PPROMEXIL-studie zal bijdragen aan een scherpere aanbeveling met betrekking tot het voeren van expectatief beleid.

PPROMEXIL III (44 respondenten)

Bij vrouwen met een zwangerschapsduur tussen 16 en 24 weken, werd in een gerandomiseerd onderzoek amnioninfusie vergeleken met expectatief beleid. Amnioninfusie leidde niet tot een reductie van perinatale mortaliteit en morbiditeit. Van de 44 respondenten kennen 36 respondenten de resultaten van de PPROMEXIL III-studie (82%). Van de respondenten is 66% overtuigd van deze resultaten (29/44). Echter alle respondenten geven aan nu niet of nauwelijks vrouwen met gebroken vliezen tussen AD 16 en 24 weken te behandelen met amnioninfusie of voor deze behandeling te verwijzen naar de 3^e lijn.

Redenen die daarvoor worden genoemd zijn voornamelijk het (vooralsnog) ontbreken van bewijs van deze behandeling. De resultaten van de PPROMEXIL III-studie zijn vooralsnog niet opgenomen in de richtlijn ‘Breken van de vliezen voor het begin van de baring (PPROM)’. Op dit moment wordt amnioninfusie niet toegepast in de behandeling van vrouwen met gebroken vliezen tussen de 16-24 weken zwangerschapsduur. Een aanbeveling in de richtlijn zal deze praktijk waarschijnlijk niet beïnvloeden.

PreCare

Deze studie onderzocht het gebruik van een predictiemodel om de kans op een herhaling van zwangerschapshypertensie, pre-eclampsie of HELLP te voorspellen voor een nieuwe zwangerschap, om op basis van dit risico prenatale zorg op maat aan te bieden. Uit deze studie bleek dat de kans op herhaling van een vroege ernstige hypertensieve aandoening in de zwangerschap klein is, en dat een grote groep vrouwen toe kan met minder intensieve prenatale zorg en/of zorg in de eerste lijn. Deze studie is niet meegenomen in de enquête. Het model voor risicoselectie is nog niet extern gevalideerd en wordt momenteel ook nog niet gebruikt in de dagelijkse praktijk. Derhalve kan implementatie ook nog niet worden gemeten.

PROBAAT

Deze zorgevaluatie vergeleek het gebruik van vaginale prostaglandine gel met een Foley-katheter voor het inleiden van de bevalling. In beide groepen was het risico op een sectio vergelijkbaar. Ook de kans op infectie was in beide groepen vergelijkbaar laag. Wel was er sprake van iets minder hyperstimulatie in de groep vrouwen die een Foley-katheter hadden geloot en was er minder vaak sprake van foetale nood met een kleinere kans op een vaginale kunstverlossing. Deze studie is niet meegenomen in de enquête omdat er reeds een implementatie-onderzoek liep naar de PROBAAT-studies. De resultaten van de PROBAAT-studie zijn opgenomen in de recent gepubliceerde richtlijn ‘Inductie van de baring’.

PROBAAT 2

Dit onderzoek vergeleek het gebruik van orale misoprostol met een Foley-Katheter voor het inleiden van de bevalling. Beide methoden bleken even veilig en effectief. Vanuit deze zorgevaluatie wordt niet één van beide methoden aangemerkt als te prefereren beleid. Deze studie is niet meegenomen in de enquête omdat implementatie bij gebrek aan een duidelijk voorkeur voor beleid niet gemeten kan worden. Bovendien was er reeds een onderzoek gaande naar de implementatie van de PROBAAT-studies. De resultaten van de PROBAAT-2 studie zijn opgenomen in de recent gepubliceerde richtlijn ‘Inductie van de baring’.

PROBAAT S

Deze zorgevaluatie werd balloninleiding vergeleken met een geplande sectio voor vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis. Een balloninleiding middels Foley-katheter als een geplande sectio leidde tot vergelijkbare maternale en neonatale uitkomsten. De onderzoekers concluderen dat inleiding middels de Foley-katheter dus even veilig is als een geplande sectio.

Omdat uitkomsten in beide groepen vergelijkbaar zijn, kan op basis van deze zorgevaluatie geen voorkeur worden uitgesproken over een specifiek beleid. Derhalve is ook deze studie niet meegenomen in de enquête. Daarbij liep er reeds een onderzoek naar de implementatie van de PROBAAT-studies. De resultaten van de PROBAAT-S studie zijn opgenomen in de recent gepubliceerde richtlijn 'Inductie van de baring'. Croll et al. verrichtten onderzoek naar het gebruik van verschillende methodes van klinische en poliklinische inductie van de baring. Alle Nederlandse ziekenhuizen werden aangeschreven waarbij één gynaecoloog namens de gehele vakgroep de vragenlijst invulde. De response rate was 92%. Van de respondenten gaf 88% aan in principe een Foley-katheter te gebruiken voor het inleiden van de baring. Orale misoprostol was de methode van de 1^e keus bij 6% van de respondenten en vaginale misoprostol bij 5%. Geen van de respondenten gebruikten prostaglandinegel als 1^e keus.

ProTWIN (44 respondenten)

In de ProTWIN-studie werden vrouwen met een meerlingzwangerschap bij een zwangerschapsduur tussen 16-22 weken gerandomiseerd tussen het gebruik van een pessarium of geen behandeling. Neonatale uitkomsten waren vergelijkbaar in beide groepen. De auteurs concludeerden dat in een ongeselecteerde populatie vrouwen met een meerlingzwangerschap het gebruik van een pessarium niet zinvol was. Uit een subgroepanalyse bleek echter dat bij vrouwen met een cervixlengte <38 mm een pessarium mogelijk wel bijdroeg aan een betere neonatale uitkomst. Van de respondenten was 91% bekend met de uitkomsten van de ProTwin-studie (40/44). Iets minder dan de helft van de respondenten (46%, 20/44) was overtuigd van deze uitkomsten. Veel respondenten geven aan dat andere studies tegenstrijdige resultaten laten zien, of zijn niet overtuigd van de uitkomst omdat deze afkapwaarde (cervixlengte <38 mm) pas na het afronden van de inclusies werd gedefinieerd. Bovendien zeggen veel respondenten op dit moment te includeren voor de Quadruple P-studie (zorgevaluatie met betrekking tot het gebruik van pessarium ter preventie van vroeggeboorte) zodat men op dit moment alleen in het kader van deze nieuwe studie een pessarium plaatst. Geen van de respondenten plaatst op dit moment standaard een pessarium bij vrouwen met een meerlingzwangerschap en een cervixlengte <38 mm bij routinematige meting tussen AD 18-22 weken. De resultaten van de ProTWIN-studie zijn opgenomen in de NVOG-richtlijn 'Meerlingzwangerschap'.

RAVEL (44 respondenten)

In de RAVEL-studie werden vrouwen met een pijnstillingsverzoek durante partu gerandomiseerd tussen remifentanil PCA (patient controlled anesthesia) en epidurale pijnstilling. Vrouwen zijn meer tevreden over de pijnstilling middels epiduraal in vergelijking met remifentanil. Het sectiopercentage was vergelijkbaar zoals ook andere maternale en neonatale uitkomsten. Van de respondenten kent 91% de resultaten van de RAVEL-studie (40/44). De overgrote meerderheid is overtuigd van deze uitkomsten (93%, 41/44). Hoewel de meeste respondenten aangeven dat een epiduraal de beste pijnstilling geeft durante partu, is het toch een minderheid van de respondenten waarbij de bevallende vrouwen (bijna) altijd epidurale pijnstilling krijgen (27%, 12/44). Een aantal respondenten geeft aan dat in hun kliniek vrouwen gecounseld worden en kunnen kiezen voor een epiduraal of remifentanil, of in sommige gevallen morfine. Verder wordt genoemd dat met name bij multipara, of een verder gevorderde baring niet altijd een epiduraal wordt aangeboden. In augustus jl. verscheen de multidisciplinaire richtlijn 'Pijnbehandeling tijdens de bevalling'. In deze recente richtlijn is de RAVEL-studie inmiddels opgenomen.

STAN (44 respondenten)

De STAN-studie onderzocht het gebruik van ST-analyse additioneel aan het CTG durante partu. Daarvoor werden vrouwen gerandomiseerd tussen wel of geen gebruik van additionele ST-analyse. Het gebruik van STAN leidde niet tot een betere neonatale uitkomst, maar gaf wel een reductie van het aantal MBO's (microbloedonderzoeken) durante partu. Alle respondenten geven aan op de hoogte te zijn van de uitkomsten van de STAN-studie (44/44; 100%). Daarvan is 86% ook overtuigd van de uitkomsten van deze studie (38/44). Hoewel de meerderheid overtuigd is van de uitkomsten van de studie, geeft toch een groot gedeelte aan dat de meerwaarde voor de praktijk beperkt is omdat er geen verschil werd gezien in neonatale uitkomsten met of zonder gebruik van STAN. Daarnaast wordt ook genoemd dat er meer kosten gemoeid zijn bij het gebruik van STAN. Er is maar één respondent die aangeeft dat STAN bij (bijna) alle barendende vrouwen wordt gebruikt (2%). De uitkomsten van de STAN-studie zijn opgenomen in de NVOG-richtlijn 'Foetale bewaking'.

Triple P (43 respondenten)

Vrouwen zwanger van een eenling met een cervixlengte <30 mm bij een zwangerschapsduur tussen 18-22 weken werden voor deze studie gerandomiseerd voor gebruik van progesteron of placebo. Bij vrouwen met een cervixlengte <30 mm zonder additionele risicofactoren op vroeggeboorte leidde gebruik van progesteron niet tot een reductie van vroeggeboorte of betere neonatale uitkomsten. Van de 43 respondenten kenden 34 de uitkomsten van de Triple P-studie (79%). Ruim 2/3 van respondenten is overtuigd van deze uitkomsten (31/43; 72%). Er zijn meerdere respondenten die aangeven in studieverband (Quadruple P-studie) vrouwen progesteron voor te schrijven bij een verkorte cervix. Een aantal respondenten geeft aan vrouwen wel te counsellen voor het gebruik van vaginale progesteron (en dan dus niet in studieverband), ondanks dat in deze studie geen positief effect daarvan werd aangetoond. Van de respondenten geeft 58% aan niet of nauwelijks progesteron voor te schrijven voor vrouwen met een cervixlengte <25 mm bij screening tussen AD 18-22 weken (25/43). De resultaten van de Triple P-studie zijn opgenomen in de NVOG-richtlijn 'Preventie recidief spontane vroeggeboorte'.

TRUFFLE (43 respondenten)

Van de respondenten kent 81% de uitkomsten van de TRUFFLE-studie (35/43). Waarbij 65% van de respondenten ook overtuigd is van deze resultaten (28/43). De respondenten geven aan dat meting van de ductus venosus bij vroege intra-uteriene groeirestrictie wisselend wordt verricht. De meting gebeurt vrijwel uitsluitend in de derde lijn, maar ook daar zijn niet alle gynaecologen geschoold om deze meting uit te voeren en wordt de meting lang niet altijd gebruikt om hier beleid op te maken. Geen van de respondenten geeft aan standaard gebruik te maken van de meting van de ductus venosus met betrekking tot het verdere beleid bij vrouwen met een vroege ernstige intra-uteriene groeirestrictie. De resultaten van de TRUFFLE-studie zijn opgenomen in de NVOG-richtlijn 'Foetale groeirestrictie'.

WOMB (42 respondenten)

In de WOMB-studie werden vrouwen met een fluxus postpartum en een Hemoglobine (Hb) gehalte tussen de 3.0 en 4.9 mmol/L gerandomiseerd tussen wel en geen bloedtransfusie. Aan de groep, die randomiseerde voor geen transfusie, mocht wel ijzer en foliumzuursuppletie gegeven worden.

Er werd een klein verschil in vermoeidheidsuitkomsten gevonden ten gunste van de groep vrouwen die een bloedtransfusie ondergingen. Dit verschil werd door de auteurs als niet klinisch relevant beoordeeld. De uitkomsten van de WOMB-studie waren bekend bij 79% van de respondenten (33/42). Overtuigd van deze uitkomsten waren 29/42 respondenten (69%). Ondanks dat ruim 2/3 van de respondenten de resultaten betrouwbaar vindt, is het toch een kleine minderheid die in principe geen bloedtransfusie geeft bij vrouwen met een fluxus postpartum en een Hemoglobine gehalte tussen de 3.0 en 4.9 mmol/L (3/43, 7%). Veel respondenten geven een Hb <4 aan als indicatie om toch een bloedtransfusie te geven. Anderen geven aan afhankelijk van de kliniek (of vrouwen kunnen mobiliseren postpartum) een bloedtransfusie te overwegen. De resultaten van de WOMB-studie zijn nog niet opgenomen in een NVOG-richtlijn. In de richtlijn ‘Haemorrhagia post partum’ is op dit moment geen aanbeveling geformuleerd met betrekking tot de indicatie voor een bloedtransfusie. De resultaten van onder andere de WOMB-studie zullen helpen met het formuleren van een dergelijke aanbeveling in de toekomst.

Domein Gynaecologie

Er waren 87 gynaecologen en AIOS met aandachtsgebied gynaecologie die de enquête hebben ingevuld.

CUPIDO 1/2

In de Cupido-studie werd onderzocht wat het effect is van het al dan niet combineren van een operatieve correctie van een genitale prolaps met het plaatsen van een midurethrale sling voor vrouwen met evidente (Cupido I) of occulte (Cupido II) stressincontinentie. Bij vrouwen met evidente stressincontinentie hadden minder vaak last van stressincontinentie wanneer een prolapsoperatie gecombineerd werd met het plaatsen van een midurethrale sling. Echter bleek slechts 17% van de vrouwen die alleen een operatieve correctie van de prolaps onderging, dusdanige klachten te houden van stressincontinentie dat er in 2^e instantie een midurethrale sling werd geplaatst. Bij vrouwen met occulte stressincontinentie liet 13% van de vrouwen in 2^e instantie een midurethrale sling plaatsen. Uit deze zorgevaluatie komt niet heel duidelijk een te prefereren strategie naar voren. Derhalve zijn deze zorgevaluaties niet meegenomen in de enquête. De resultaten van de Cupido-studies zijn opgenomen in de NVOG-richtlijn ‘Prolaps’.

HysNiche (64 respondenten)

In de HysNiche-studie werden vrouwen met klachten van postmenstruele spotting na een eerdere sectio gerandomiseerd tussen een hysteroscopische resectie van de niche en het expectatief beleid. Een hysteroscopische nicheresectie resulteerde in een reductie van het aantal dagen postmenstruele spotting van 7 naar 4. Ruim 81% van de respondenten is bekend met de uitkomsten van de HysNiche-studie (52/64). Waarbij een ruime meerderheid (42/64; 66%) ook overtuigd is van deze uitkomsten. Slechts 5/64 respondenten (8%) behandelt standaard vrouwen met spottingsklachten bij een niche met een hysteroscopische nicheresectie of verwijst hiervoor (nagenoeg) altijd naar een collega of ander centrum. Enkele respondenten geven aan eerst andere therapeutische opties te proberen zoals bijvoorbeeld een Mirena IUD en enkelen geven aan vrouwen te counselen en in overleg eventueel te verwijzen.

Tevens wordt genoemd dat men het effect van de ingreep gering vindt en om die reden minder behandelt of verwijst. De resultaten van de HysNiche-studie zijn nog niet opgenomen in een NVOG-richtlijn. Wellicht zijn de resultaten onder te brengen in bijvoorbeeld de richtlijn Hevig menstrueel bloedverlies, waarbij deze resultaten zouden kunnen leiden tot een aanbeveling om een hysteroscopische resectie van een niche te overwegen ter reductie van postmenstruele spotting.

MisoREST (57 respondenten)

Vrouwen met een miskraamrest na behandeling met misoprostol werden gerandomiseerd tussen een curettage of afwachtend beleid. Bij ruim driekwart van de vrouwen was het afwachtend beleid succesvol en bleek curettage niet nodig. Bijna alle respondenten zijn op de hoogte van de uitkomsten van de MisoREST-studie (55/57; 97%). Daarbij is 95% eveneens overtuigd van de resultaten van deze studie (54/57). Ongeveer een kwart (15/57; 26%) van de respondenten geeft aan vrijwel altijd af te wachten in geval van een zwangerschapsrest na gebruik van misoprostol. Als belangrijkste reden om niet af te wachten wordt met name genoemd dat vrouwen worden gecounseld en dat vrouwen dan eventueel zelf de voorkeur geven aan een operatieve ingreep (curettage of hysteroscopie). De resultaten van de MisoREST-trial zijn opgenomen in de NVOG-richtlijn 'Miskraam'.

Pompoen (56 respondenten)

In de Pompoen-studie werden vrouwen met postmenopauzaal bloedverlies en een benigne uitslag van het endometriumbiopt gerandomiseerd tussen het ondergaan van een additionele hysteroscopie of expectatief beleid. Er was geen verschil in het optreden van recidief vaginaal bloedverlies in beide groepen. Wel werd bij ruim de helft van de vrouwen in de hysteroscopie groep een endometriumpoliep gevonden en verwijderd, waarvan in 6% van de vrouwen in de hysteroscopie groep er sprake was een (pre-)maligniteit. Van de respondenten kende 88% (49/56) de uitkomsten van de Pompoen-studie en waren 51/56 van de respondenten (91%) overtuigd van de uitkomst van deze studie. Van de respondenten geeft 64% aan in de dagelijkse praktijk te handelen conform deze uitkomsten en bij vrouwen met postmenopauzaal bloedverlies en een endometriumdikte van meer dan 4 mm in principe altijd vervolgdagnostiek in te zetten bij een benigne uitslag van de pipelle. Redenen om hiervan af te wijken zijn wanneer patiënte geen vervolgdagnostiek wil. Een enkele respondent noemt dat de overleving door de vroegere opsporing van (pre-)maligniteit niet beter is omdat vrouwen toch terug zullen komen met recidief bloedverlies. Dan zou vervolgdagnostiek ook ingezet kunnen worden wanneer er sprake is van recidief postmenopauzaal bloedverlies. De resultaten van deze zorgevaluatie zijn opgenomen in de NVOG-richtlijn 'Postmenopauzaal bloedverlies'.

Portret (52 respondenten)

Vrouwen met stressincontinentie werden in de Portret-studie gerandomiseerd tussen bekkenbodempfysotherapie of het direct plaatsen van een midurethrale sling. Bij vrouwen met matige tot ernstige stressincontinentie bleek het plaatsen van een midurethrale sling effectiever dan fysiotherapie. De uitkomsten van de Portret-studie waren bekend bij 35/52 respondenten (67%), waarbij 89% (46/52) van de respondenten aangaf overtuigd te zijn van de studie-uitkomsten. Slechts 2 van de 52 respondenten (4%) geeft aan patiënten in principe direct te behandelen met een midurethrale sling.

Meerdere respondenten (n=13) gaven aan dat zij voor het beantwoorden van deze vraag niet de expertise in huis hadden en patiënten voor counseling verwezen naar een collega gespecialiseerd in de bekkenbodempatiëntiek. Maar er wordt ook genoemd dat in veel gevallen bekkenbodempatiëntiek de behandeling van eerste keus is. Een deel van de respondenten geeft aan dat vrouwen gecounseld worden en dat na aanleiding van die counseling vrouwen zelf beslissen om eerst voor bekkenbodempatiëntiek te kiezen. Een enkeling noemt dat vanwege de negatieve publiciteit rondom mesh implantaten er om die reden vaker wordt afgezien van het plaatsen van een midurethrale sling. De resultaten van de Portret-studie zijn opgenomen in de richtlijn 'Urine-incontinentie 2^e en 3^e lijns zorg'.

VUSIS 1/2 (43 respondenten)

In de VUSIS-studies werd de waarde van urodynamisch onderzoek bij vrouwen met anamnese stressincontinentie onderzocht. Daarbij werd gekeken naar de invloed van het urodynamisch onderzoek op de operatieve uitkomsten. Het verrichten van urodynamisch onderzoek bleek niet van toegevoegde waarde met betrekking tot de besluitvorming tot of de uitkomst van een operatie. Van de respondenten was 72% op de hoogte van de uitkomsten van de VUSIS-studies, waarbij 91% (39/43) aangaf van deze resultaten overtuigd te zijn en 84% (36/84) geeft aan in de dagelijkse praktijk ook te handelen volgens deze uitkomsten. Enkele respondenten (n=2) geven aan dat dit niet hun aandachtsgebied is. Als voornaamste reden om wel een urodynamisch onderzoek te verrichten wordt eigenlijk alleen genoemd: wanneer er sprake is van gemixte incontinentie, er anamnestiche twijfel is over de diagnose dominante stressincontinentie of wanneer er sprake is van complexere patiëntiek, zoals stressincontinentie na een eerdere (mislukte) midurethrale sling. De uitkomsten van de VUSIS-studies zijn opgenomen in de richtlijn 'Urine-incontinentie 2^e en 3^e lijns zorg'.

WOMAN (43 respondenten)

Vrouwen met een bartholinische cyste of abces werden in de WOMAN-studie gerandomiseerd voor marsupialisatie op de operatiekamer of het poliklinisch plaatsen van een Word-katheter. Beide behandelingen waren vergelijkbaar effectief ten aanzien van het percentage vrouwen met een recidief bartholinische cyste of abces. Met het poliklinisch plaatsen van een Word-katheter hadden vrouwen wel een snellere behandeling en werd er minder pijnstilling gebruikt. Ook is het aannemelijk dat deze behandeling goedkoper is dan marsupialisatie op de operatiekamer. Van de respondenten was 88% (38/43) bekend met de uitkomsten van de WOMAN-studie. Een even groot percentage (88%; 38/43) was overtuigd van deze resultaten. Van de 43 respondenten gaven er 13 (30%) aan standaard een Word-katheter te plaatsen bij vrouwen met een bartholinische cyste. Redenen om geen Word-katheter te plaatsen waren: het niet aanwezig zijn van een dergelijke katheter op de polikliniek, de ervaring dat deze katheters door vrouwen niet goed werden verdragen, of dat na counseling patiënten zelf de voorkeur hadden voor marsupialisatie op de operatiekamer. Er is op dit moment geen (NVOG-)richtlijn waar de resultaten van deze zorgevaluatie in onder gebracht zouden kunnen worden. Een eventuele aanbeveling met betrekking tot het gebruik van een Word-katheter bij vrouwen met een bartholinische cyste of abces zou wel beïnvloed worden op basis van de resultaten van deze zorgevaluatie.

Domein Voortplantingsgeneeskunde

Er waren 24 gynaecologen en AIOS met aandachtsgebied voortplantingsgeneeskunde die de enquête hebben ingevuld.

ALIFE (23 respondenten)

In de ALIFE-studie werden drie verschillende behandelingen vergeleken bij vrouwen met een herhaalde miskraam; aspirine + LMWH (laag molecuair gewicht heparine), aspirine alleen of placebo. Vrouwen hadden na behandeling met aspirine of aspirine + LMWH geen hogere kans op een levend geboren kind. Bijna alle respondenten (22/23; 96%) waren bekend met de uitkomsten van de ALIFE-studie en eveneens overtuigd van de resultaten. Reden om wel aspirine voor te schrijven bij herhaalde miskraam was vooral wanneer vrouwen elders (met name in het buitenland) waren geweest en deze medicatie reeds voorgeschreven was, of wanneer zij dit met succes in een eerdere zwangerschap hadden gebruikt. Een enkeling (1/23) gaf geregeld aspirine voor deze indicatie omdat het 'een kleine moeite is'. De resultaten van de ALIFE-studie zijn momenteel niet opgenomen in de NVOG richtlijn 'herhaalde miskraam'. In deze richtlijn is de huidige aanbeveling om vrouwen met een herhaalde miskraam niet te behandelen met anticoagulantia. Deze aanbeveling zou door het toevoegen van de uitkomsten van deze zorgevaluatie niet veranderen. De huidige richtlijn 'Herhaalde miskraam' wordt momenteel gereviseerd.

Bedrust (20 respondenten)

In de Bedrust-studie werden vrouwen die een IUI- (intra-uteriene inseminatie) behandeling ondergingen gerandomiseerd in wel of geen 15 minuten immobilisatie na inseminatie. In deze studie waren er meer doorgaande zwangerschappen en meer levend geboren in immobilisatie-groep. Nagenoeg alle respondenten (19/20; 95%) waren op de hoogte van de uitkomsten van de Bedrust-studie. Hoewel deze studie laat zien dat immobilisatie gedurende 15 minuten na een IUI-behandeling er een hoger percentage doorgaande zwangerschappen is, wordt dit op de werkvloer nauwelijks toegepast. De meeste respondenten (17/20; 85%) waren niet overtuigd van de uitkomst van dit onderzoek, met name omdat men aangaf dat meer recent onderzoek de uitkomsten van de Bedrust-studie weerlegt. De uitkomsten van de Bedrust-studie zijn niet opgenomen in een NVOG-richtlijn. De resultaten zouden besproken kunnen worden in de richtlijn 'Onverklaarde subfertiliteit'. In deze richtlijn wordt op dit moment geen aanbeveling gedaan met betrekking tot wel of geen immobilisatie na IUI-behandeling. Hoewel de resultaten van de Bedrust-studie een aanbeveling zouden doen vóór immobilisatie na IUI is er inmiddels conflicterend bewijs. Bij het formuleren van een aanbeveling in de richtlijn 'Onverklaarde subfertiliteit' zullen al deze onderzoeken meegenomen worden.

ESEP (19 respondenten)

Vrouwen met een tubaire extra-uteriene graviditeit en de noodzaak tot chirurgie, gerandomiseerd voor een tubectomie of een tubotomie. Het percentage daaropvolgende doorgaande zwangerschappen was in beide groepen vergelijkbaar. Wel was er in de tubotomie-groep vaker sprake van persisterend trofoblast. Van de resultaten van de ESEP-studie zijn alle respondenten op de hoogte. Eveneens is iedereen (19/19; 100%) overtuigd van de uitkomsten van deze studie, en dat in principe wordt gehandeld naar de uitkomst van de ESEP-studie.

Toch geven vier respondenten aan in 60-80% van de gevallen te besluiten tot een tubectomie en in de overige gevallen dus een tubotomie te verrichten wanneer er sprake is van een EUG (extra-uteriene graviditeit). De resultaten van de ESEP-studie zijn opgenomen in de NVOG-richtlijn ‘Tubaire extra-uteriene graviditeit (EUG) en zwangerschap van onbekende locatie (ZOL)’.

H2OLIE (18 respondenten)

Vrouwen die tijdens het oriënterend fertiliteitsonderzoek (OFO) een hysterosalpingografie (HSG) ondergingen werden in de H2Olie-studie gerandomiseerd voor een HSG met waterhoudend of oliehoudend contrast. De kans op een levend geboren kind was hoger wanneer vrouwen een HSG hadden gekregen met oliehoudend in vergelijking met waterhoudend contrast. Opnieuw zijn alle respondenten op de hoogte van de uitkomst van de H2Olie-studie. Het merendeel (13/18; 72%) is overtuigd van de resultaten en handelt in de dagelijkse praktijk conform de studie-uitkomst (14/18; 78%). Niet in elke kliniek wordt een HSG (hydrosalpingografie) verricht. De respondenten geven als voornaamste reden op om niet met oliehoudend contrast een HSG te verrichten, als er a priori een hogere verdenking is op tubapathologie. Een enkeling geeft aan het HSG met waterig contrast te verrichten, en pas wanneer er sprake is van een normaal HSG, de olie vervolgens na te spuiten. De uitkomsten van de H2Olie-studie zijn niet opgenomen in de NVOG-richtlijn Oriënterend fertiliteitsonderzoek (OFO). In de huidige OFO-richtlijn wordt geen aanbeveling gedaan met betrekking tot het type contrastmiddel bij een HSG. De uitkomsten van deze zorgevaluatie zouden een eventuele aanbeveling hierover wel beïnvloeden.

INeS (17 respondenten)

In de INeS-studie werden paren met onverklaarde of milde mannelijke subfertiliteit en een Hunault <30 gerandomiseerd tussen IUI-COH (intra-uteriene inseminatie - controlled ovarian hyperstimulation), IVF (in vitro fertilisatie) of IVF MNC (in vitro fertilisatie in modified natural cycle). De kans op een levend geboren kind was vergelijkbaar in alle groepen, zoals ook het percentage meerlingen. Van de 17 respondenten kennen er 15 (88%) de uitkomsten van de INeS-studie. Eveneens is het grootste gedeelte overtuigd van de uitkomsten van deze studie (14/17; 82%). De meeste respondenten geven aan vrouwen te behandelen volgens de uitkomsten van de INeS-studie (10/17; 59%). In een enkel ziekenhuis wordt eerst IUI in een natuurlijke cyclus gegeven. Meerdere respondenten geven aan niet te starten met IUI indien er sprake is van een hogere maternale leeftijd. De resultaten van de INeS-studie zijn niet opgenomen in een (NVOG-)richtlijn. De resultaten zouden wellicht opgenomen kunnen worden in de richtlijn ‘Onverklaarde subfertiliteit’. De uitkomsten van deze zorgevaluatie zullen een aanbeveling met betrekking tot behandelmodaliteiten bij subfertiliteit wel beïnvloeden.

InSIGHT (17 respondenten)

Voor de InSIGHT-studie werden vrouwen die aan de eerste IVF- (in vitro fertilisatie) cyclus zouden beginnen gerandomiseerd in twee groepen: wel of geen hysteroscopie voorafgaand aan de eerste behandeling. Bij vrouwen met een echografisch normaal cavum uteri leidde het additioneel routinematig uitvoeren van een hysteroscopie niet tot een hoger percentage levend geboren.

Alle respondenten kennen de uitkomst van de InSIGHT-studie, zijn overtuigd van de uitkomsten van de studie en handelen in de dagelijks praktijk conform deze resultaten (17/17; 100%). Meerdere respondenten geven aan dat de enige reden is om wel een hysteroscopie te verrichten is, wanneer er echografisch de verdenking bestaat op een intracavitaire afwijking. De resultaten van de InSIGHT-studie zijn niet opgenomen in een (NVOG-)richtlijn. De uitkomsten van deze zorgevaluatie zouden bijvoorbeeld opgenomen kunnen worden in de landelijke netwerkrichtlijn 'Subfertiliteit'. Er is op dit moment geen aanbeveling geformuleerd met betrekking tot het verrichten van een hysteroscopie voorafgaand aan een IVF-behandeling. Aangezien routinematige hysteroscopie nu niet wordt uitgevoerd zal een aanbeveling hieromtrent de huidige praktijk hoogstwaarschijnlijk niet beïnvloeden.

Lifestyle (17 respondenten)

Vrouwen met een WHO1- of WHO2-anovulatie met een BMI (Body Mass Index) van 29 of hoger werden in de Lifestyle-studie gerandomiseerd voor het volgen van een lifestyle-programma gedurende zes maanden waarna eventueel additioneel een vruchtbaarheidsbehandeling of directe vruchtbaarheidsbehandeling zonder lifestyle-programma volgt. Het volgen van een lifestyle-programma resulteerde niet in een hoger percentage levend geboren binnen twee jaar na randomisatie. Ook hier zijn alle respondenten op de hoogte van de uitkomsten van de Lifestyle-studie (17/17; 100%). Iets meer dan de helft van de respondenten is overtuigd van de uitkomst van deze studie (11/17; 65%). Alle respondenten geven aan in meer dan 20% van de patiënten toch te verwijzen voor een lifestyle-interventie ook al heeft dat geen effect op de kans op zwangerschap. Een aantal respondenten geeft aan dat er een bovengrens is wat betreft BMI waarboven geen behandeling plaatsvindt. Ook wordt regelmatig aangegeven dat er meerdere redenen zijn anders dan de kans op zwangerschap om vrouwen te verwijzen voor een lifestyle-interventie. Daarbij wordt onder andere genoemd dat er bij een succesvolle lifestyle-interventie ook minder risico's zijn met betrekking tot de zwangerschap, of dat het hoe dan ook beter is om af te vallen. De resultaten van de Lifestyle-studie worden opgenomen in de conceptrichtlijn 'PCOS'.

M-OVIN (17 respondenten)

Bij de M-OVIN-studie werden vrouwen geïncludeerd met een WHO2-anovulatie die na zes cycli clomid nog niet zwanger waren. Deze vrouwen werden gerandomiseerd voor ofwel continueren van clomid gedurende zes additionele cycli of een switch naar gonadotrofines. In beide groepen lootten vrouwen daarnaast ook nog voor een additionele behandeling middels IUI. Het toevoegen van IUI aan de ovulatie-inductie leidde niet tot een hoger percentage levend geboren. Vrouwen die overstapten naar behandeling met gonadotrofines hadden een hogere kans op een levend geboren kind in vergelijking met vrouwen die de clomid-behandeling continueerden. Alle respondenten kennen de uitkomsten van de M-OVIN-studie (17/17; 100%). Eveneens is het grootste gedeelte van de respondenten (15/17; 88%) overtuigd van de uitkomsten van deze studie. Hoewel na zes cycli clomid met de overstap naar FSH (follikelstimulerend hormoon) er vervolgens meer levend geboren zijn, geeft de minderheid van de respondenten aan de patiënten standaard op deze manier te behandelen (4/17; 24%). Meerdere respondenten geven aan dat patiënten gecounseld worden tussen continueren van clomid of overstappen naar FSH. Er wordt aangegeven dat behandeling met FSH aanmerkelijk duurder is, en behandeling met clomid veel patiëntvriendelijker. En enkele respondenten geven aan ook letrozol als behandeloptie mee te nemen. De resultaten van de M-OVIN-studie zijn nog niet opgenomen in een NVOG richtlijn.

Opname van de M-OVIN-studie in deze richtlijn zal een aanbeveling met betrekking tot het gebruik van specifieke medicamenten beïnvloeden. De M-OVIN-studie zal een aanbeveling over het (niet) toevoegen van IUI eveneens beïnvloeden.

OPTIMIST (16 respondenten)

In de Optimist-studie werd onderzocht of een standaard of geïndividualiseerde (op basis van ovariële reserve) dosis FSH bij een IVF-procedure zou leiden tot een hogere kans op een levend geboren kind. Daarbij werden twee groepen vrouwen onderscheiden; de verwachte “poor responders” en de verwachte “hyper responder”. De “poor responders” kregen een standaard dosis of hoge dosis FSH; de “hyper responders” een standaard dosis of lage dosis FSH. Bij de “poor responders” leidde een hogere dosis FSH niet tot een hoger percentage levend geboren kinderen. Bij de “hyper responders” leidde een lagere dosis FSH tot vergelijkbare percentages levend geboren kinderen vergeleken met de standaard dosis, maar was er wel sprake van een reductie in het voorkomen van een ovarieel hyperstimulatie syndroom. Bijna alle respondenten kennen de uitkomsten van de OPTIMIST-studie (15/16; 94%) en het merendeel is overtuigd van de uitkomsten (12/16; 75%). Slechts 3/16 respondenten geven aan dat zij patiënten standaard behandelen conform de uitkomsten van deze studie. In veel gevallen wordt afgeweken van de standaard dosis; op basis van te verwachten “hyper responders” wordt de standaard dosis aangepast naar beneden. Daarnaast geven ook meerdere respondenten aan standaard te starten met een hogere dosering op basis van een te verwachten “poor responder” vanwege AFC (Antrale Follikel Count) of leeftijd van de vrouw. De uitkomsten van de OPTIMIST-studie zijn op dit moment niet opgenomen in een (NVOG-)richtlijn. Wellicht dat deze resultaten opgenomen zouden kunnen worden in de landelijke netwerkrichtlijn ‘Subfertiliteit’. In deze richtlijn worden nu geen aanbevelingen gedaan met betrekking tot doseringen FSH voor vrouwen met verschillende karakteristieken. Opname van de OPTIMIST-studie in deze richtlijn zal een aanbeveling omtrent dosering FSH beïnvloeden.

SUPER

Bij deze studie werden paren met onverklaarde subfertiliteit die een IUI-behandeling ondergingen gerandomiseerd tussen ovulatie-inductie met FSH of clomid. Vanwege het hogere risico op meerling-zwangerschappen bij gebruik van FSH werden striktere (dan nu gebruikelijk) criteria toegepast voor het annuleren van een inseminatie. Wanneer deze strikte criteria worden toegepast, is er geen verschil meer in de kans op een doorgaande zwangerschap. Deze studie is niet meegenomen in de enquête omdat op basis van de resultaten van deze studie geen duidelijk te prefereren middel naar boven komt. Hoewel clomid goedkoper is dan FSH, is er (nog) geen kosteneffectiviteitsanalyse verricht of een patiëntpreferentiestudie en het is om die reden onduidelijk in hoeverre clomid om die reden geadviseerd zou moeten worden als 1^e keuze als ovulatie-inductie bij IUI in paren met onverklaarde subfertiliteit. De resultaten van de SUPER-studie zijn momenteel niet opgenomen in de NVOG-richtlijn ‘Onverklaarde subfertiliteit’. De resultaten zouden invloed kunnen hebben over een eventuele aanbeveling omtrent de wijze van ovulatie-inductie bij IUI.

Domein Oncologie

Er waren 43 gynaecologen en AIOS met aandachtsgebied Oncologie en breder die de enquête hebben ingevuld.

LapOvCa

De LapOvCa-studie onderzocht de waarde van een diagnostische laparoscopie (DLS) voorafgaand aan een primaire debulking voor ovariumcarcinoom om zo in te kunnen schatten of primaire debulking haalbaar was. Het aantal patiënten dat een onnodige debulking onderging was significant hoger in de groep vrouwen die vooraf geen laparoscopie had gekregen. Na publicatie van dit onderzoek werd onderzocht hoe vaak een DLS gebruikt werd door Nederlandse Oncologische Centra door Lof et al. (ongepubliceerde data). Er werd een vragenlijst gestuurd naar de 23 ziekenhuizen waar operaties voor ovariumcarcinoom worden uitgevoerd, waarbij 13 klinieken een volledig ingevulde vragenlijst retourneerden, drie een gedeeltelijk ingevulde vragenlijst en zeven klinieken repondeerden niet. Acht van de 13 klinieken gaven aan niet of nauwelijks (in 0-15% van de patiënten) een laparoscopie te verrichten voorafgaand aan een primaire debulking. Er was geen enkel ziekenhuis dat altijd of bijna altijd een DLS verrichtte voorafgaand aan een primaire debulking. Daarbij gaven 12/13 respondenten aan dat een DLS geen onderdeel is van het standaard beleid. Acht van de 13 respondenten gaf aan alleen op indicatie een DLS te plannen. Respondenten werd gevraagd om welke redenen er niet standaard een DLS werd verricht waarbij de volgende argumenten werden genoemd: een DLS is geen gouden standaard, de huidige niet-invasieve diagnostiek geeft vaak al voldoende informatie, en er is meer vertrouwen in de techniek van diffusie gewogen MRI (Magnetic Resonance Imaging) om resectabiliteit te beoordelen. Bovendien levert het plannen van een DLS voorafgaand aan een debulking vaak logistieke problemen op. Deze resultaten van de LapOvCa-trial zullen worden opgenomen in de hernieuwde richtlijn Epitheliaal ovariumcarcinoom. Deze conceptrichtlijn zit momenteel in de autorisatiefase.

TLH (43 respondenten)

In de TLH-studie werden vrouwen met een laaggradig endometriumcarcinoom gerandomiseerd voor abdominale hysterectomie versus laparoscopische hysterectomie. Laparoscopische hysterectomie bleek voor alle vrouwen, behoudens die met een BMI >35 kosteneffectief. Van de 43 respondenten waren er 30 (70%) bekend met de resultaten van de TLH-studie en was 91% (39/43) overtuigd van de uitkomst van deze studie. Verreweg de meeste respondenten (39/43; 91%) verrichtten een TLH bij een laaggradig endometriumcarcinoom of was er zeker van dat dit de methode van eerste keuze was in het ziekenhuis waar men werkzaam is. Er werden geen evidente redenen genoemd waarom van dit beleid zou worden afgeweken. Een enkele respondent was werkzaam in een ZBC (Zelfstandig Behandel Centrum) waar deze operaties niet worden uitgevoerd. De huidige richtlijn 'Endometriumcarcinoom' beveelt conform de uitkomsten van deze zorgevaluatie aan om een TLH te verrichten met een laaggradig endometrium carcinoom, maar er wordt niet naar deze zorgevaluatie verwezen.

4. Determinanten met betrekking tot implementatie

Voor het al dan niet succesvol implementeren konden een aantal gemeenschappelijke kenmerken worden geïdentificeerd. Deze zijn samengevat in onderstaande tabel.

Goed geïmplementeerd	Iets niet doen wat toch al niet gedaan werd	Succesvol geïmplementeerd	Succesvol deïmplementeren
	Alife ALLO Apostel 4 Apostel 6 ASB GlucoMoms Hypitat 2 InSight Mother Ppromexil 3	H2Olie Hypitat 1 INeS Pompoen Ppromexil 1 TLH Triple P	Amphia Apostel 2 ESEP IUPC VUSIS
Wisselend geïmplementeerd	Verschillende factoren van belang *		
	Apostel 1 Apostel 3 Lifestyle MisoREST M-OVIN Optimist Portret Ravel Woman WOMB		
Slecht geïmplementeerd	Nieuw conflicterend bewijs	Verschillende factoren van belang **	
	Bedrust ProTwin	HysNiche STAN Truffle	

Toelichting:

- Goed geïmplementeerd: >70% van de respondenten behandelt 60% of meer van de vrouwen conform de uitkomsten van de zorgevaluatie.
- Wisselend geïmplementeerd: niet goed en niet slecht geïmplementeerd.
- Slecht geïmplementeerd: >70% van de respondenten behandelt 60% of meer van de vrouwen niet conform de uitkomsten van de zorgevaluatie.

* Voor de wisselend geïmplementeerde zorgevaluaties zijn verschillende belemmerende factoren van invloed. Van de genoemde zorgevaluaties zijn 7 van de 10 (nog niet) opgenomen in een richtlijn. Voor een aantal van deze zorgevaluaties zou opname in een richtlijn mogelijk wel bevorderend kunnen werken.

In geval van de Apostel 1 zijn er financiële belemmeringen; een ziekenhuis of MSB (Medisch Specialistisch Bedrijf) moet investeren in een apparaat en testen om de fibronectinetest uit te kunnen voeren, maar kunnen deze investering vervolgens met het gebruik hiervan niet terug verdienen. In tegendeel zelfs, er zullen minder klinische opnames geïndiceerd zijn bij vrouwen met een negatieve fibronectinetest, hetgeen een extra inkomstenverlies betekent.

Bij de Apostel 3 is het geval dat nifedipine niet geregistreerd is als tocolyticum. Daarbij speelt er een discussie met betrekking tot de veiligheid van dit middel. Ondanks het feit dat dit middel even effectief maar goedkoper bleek dan atosiban, resulteert deze discussie met betrekking tot de veiligheid in een wisselende implementatie.

In de Lifestyle-studie werd niet aangetoond dat het volgen van een lifestyle-programma bij obese vrouwen met een anovulatie, resulteerde in een hogere kans op zwangerschap of een levendgeboren kind. De meeste gynaecologen zijn er echter van overtuigd dat het adapteren van een gezondere levensstijl een positief effect heeft op de uitkomst van een zwangerschap. Dit wordt aangenomen omdat vrouwen met een gezond gewicht betere zwangerschapsuitkomsten hebben dan vrouwen met overgewicht. Of een lifestyle-interventie bij obese vrouwen betere zwangerschapsuitkomsten geeft is niet bekend.

In geval van de Misorest-, Ravel-, Portret- en M-OVIN-zorgevaluatie spelen naast het verschil in counseling door artsen ook patiëntgebonden factoren een rol. Zo heeft een deel van de vrouwen een sterke voorkeur voor een curettage in geval van een zwangerschapsrest, of een voorkeur voor andere dan epidurale pijnstilling durante partu, of is angstig voor directe chirurgie bij stressincontinentie vanwege de negatieve publiciteit rondom de meshchirurgie (de zogenaamde vaginale matjes). In geval van de M-OVIN-zorgevaluatie bleek FSH weliswaar effectiever, maar is tevens minder gebruiksvriendelijk voor de vrouw, en derhalve wordt op individuele basis toch een andere afweging gemaakt.

De resultaten van de Optimist-zorgevaluatie worden bij de te verwachten hyper responders wel goed geïmplementeerd, er wordt vaak een lagere dosis FSH gegeven. Echter blijft de implementatie van de dosering FSH bij te verwachten poor responders achter. Het is niet geheel duidelijk waarom hier geen standaard dosis wordt gegeven, maar er toch nog vaak wordt gekozen voor de niet-effectief gebleken hoge dosering. Aangezien patiënten hier zelf geen keuze in krijgen spelen patiëntgebonden factoren hier geen rol.

Bij de implementatie van de WOMAN-zorgevaluatie speelt het gebrek aan de juiste middelen (Word-catheters op de polikliniek) een rol.

En in het geval van WOMB-zorgevaluatie lijken veel artsen ervan overtuigd dat een bloedtransfusie post fluxus vaker geïndiceerd is dan dat uit de resultaten van deze zorgevaluatie blijkt. Wellicht dat opname van deze zorgevaluatie in een richtlijn kan helpen bij de implementatie van deze resultaten.

**In geval van de slecht geïmplementeerde zorgevaluaties betreft het een tweetal zorgevaluaties (Bedrust en ProTwin) waarbij meer recent uitgevoerd onderzoek de resultaten van deze zorgevaluaties weerleggen. Het is in dit geval dus goed dat deze zorgevaluaties slecht geïmplementeerd zijn.

De resultaten van de STAN-en Truffle zorgevaluatie zijn wel opgenomen in een NVOG-richtlijn. In de richtlijn worden de resultaten met ander bewijs gewogen, wat in het geval van deze twee zorgevaluaties tot een iets andere aanbeveling leidt dan de aanbeveling uit deze zorgevaluaties. Het is dan ook begrijpelijk dat hier de richtlijn en niet de uitkomst van de zorgevaluatie wordt gevolgd.

In het geval van de HysNiche is de implementatie slecht omdat veel artsen aangeven dat zij weinig patiënten zien die voor een hysteroscopische nicheresectie in aanmerking komen, en dat bovendien het resultaat van deze ingreep relatief gering is (slechts enkele dagen minder postmenstruele spotting).

Er werden verschillende determinanten onderzocht die mogelijk bevorderend dan wel belemmerend zouden kunnen werken op implementatie van zorgevaluaties. Opvallend is dat de grote meerderheid van alle respondenten op de hoogte is van de uitkomsten van de resultaten.

Implementatie van een zorgevaluatie was niet beter wanneer de uitkomsten van deze zorgevaluatie waren opgenomen in een landelijke richtlijn ($p = 0,602$). Ook het hebben van een lokaal protocol waarin de uitkomsten van de zorgevaluaties werden besproken, leidde niet tot een betere implementatie ($p = 0,746$).

Er werd een negatieve correlatie gevonden tussen het aantal publicaties van een zorgevaluatie en de mate van implementatie van deze resultaten (Pearson correlatie -0.479 $p = 0.003$). Het lijkt erop dat meer publicaties eerder tot minder goede implementatie leidt.

Naarmate respondenten vaker op de hoogte waren van de uitkomst van een zorgevaluatie was er eveneens sprake van een minder goede implementatie (Pearson correlatie -0.367 $p0.025$). Dit effect was niet meer zichtbaar wanneer er werd gecorrigeerd voor het zelf deelnemen van centra aan de inclusie voor deze zorgevaluatie.

Andere factoren die mogelijk een rol zouden kunnen spelen bij de implementatie, zoals het aantal inkluderende ziekenhuizen in Nederland, het zelf geïncludeerd hebben voor een zorgevaluatie, of het aantal presentaties dat gegeven is naar aanleiding van de uitkomsten van een zorgevaluatie, hadden alle geen duidelijke correlatie met de implementatie.

Zorgevaluaties werden niet slechter geïmplementeerd als meerdere specialismen betrokken waren ($p = 0,094$), en ook het vroegtijdig stoppen van een studie was niet gecorreleerd met een slechtere implementatie ($p = 0.153$).

Naast deze mogelijke determinanten die vooraf zijn geïdentificeerd, kregen respondenten in de enquête de mogelijkheid om toe te lichten waarom men bij een specifieke zorgevaluatie wel of niet handelde conform de uitkomsten van het onderzoek. De opmerkingen van de respondenten zijn hierboven bij het beschrijven van de individuele studies toegelicht.

Het blijkt lastig om los van specifieke studies een beeld te krijgen van algemene belemmerende of faciliterende factoren voor implementatie van zorgevaluaties in het algemeen. In eerste instantie werd gepoogd om de redenen waarom respondenten zich wel of niet aan de uitkomst van een zorgevaluatie hielden te categoriseren volgens de bekende determinanten van de MIDI- (Meet Instrument Determinanten van Innovaties) vragenlijst, maar dit bleek niet goed mogelijk.

Onderstaand weergegeven figuur 3 toont een zogenaamde woordenwolk waarin woorden getoond worden die het meest genoemd zijn in de vrijetekstvelden van de gehele enquête. Woorden over specifieke onderwerpen (zoals atosiban of HELLP) zijn buiten beschouwing gelaten omdat deze niet bijdragen aan algemene thema's met betrekking tot de implementatie. Ook lidwoorden en enkele voegwoorden werden buiten beschouwing gelaten.

Figuur 3



Frequent voorkomende woorden als ‘bewezen, bewijs, evidence, studie, trial, zinnig’ duiden erop dat de respondenten het wetenschappelijk bewijs een belangrijke factor vinden bij het wel of niet handelen conform de uitkomsten van een zorgevaluatie. Daarnaast worden er ook frequent woorden genoemd waarbij de respondent het wetenschappelijk bewijs in perspectief probeert te plaatsen; ‘afhankelijk, alleen, als, counseling, effect, ernstig, ik, indicatie, indien, kans, klachten, omdat, patiënte, risico, soms, tenzij, vanwege, vrouwen’. Daarnaast worden woorden genoemd die duiden op een gestandaardiseerde benadering zoals ‘protocol en standaard’.

De afgenomen interviews waren beperkt in waarde met betrekking tot het in kaart brengen van eenduidige belemmerende of faciliterende factoren voor de implementatie. Duidelijk is dat diverse factoren een rol spelen. Door deze interviews werd duidelijk dat objectieve resultaten van onderzoeken aan diverse interpretaties onderhevig kunnen zijn. Bijvoorbeeld omdat men vindt dat veel patiënten niet dezelfde karakteristieken hebben als bij de inclusie van een studie, dat een eindpunt niet goed gekozen is, of de resultaten onvoldoende power hebben. Dit beïnvloedt de implementatie van onderzoeksresultaten waarschijnlijk op een negatieve manier.

5. Conclusie

In de periode van 2003 tot en met 2019 zijn er 107 lopende en afgeronde zorgevaluaties binnen het Consortium (2.0) van de NVOG, waarvan 49 zorgevaluaties zijn afgerond. Inventarisatie laat zien dat een minderheid (41%) van deze uitkomsten uit deze zorgevaluaties is opgenomen in een richtlijn. Op het moment van schrijven worden echter meerdere richtlijn(en)(module(s)) gereviseerd. Na deze actualisatie zullen de resultaten van ten minste nog 11 studies opgenomen zijn, waarmee dan 63% van de afgeronde zorgevaluaties opgenomen is in een (NVOG-)richtlijn.

In dit onderzoek is eveneens gekeken naar de implementatie van de afgeronde zorgevaluaties tot 1 november 2019 in de dagelijkse praktijk met behulp van enquêtes. Hieruit blijkt dat de kennis met betrekking tot de uitkomsten van de zorgevaluaties goed is. De grote meerderheid van de respondenten kenden de uitkomsten van de uitgevoerde zorgevaluaties, waarbij de meerderheid van de uitkomsten van de zorgevaluaties goed in de dagelijkse praktijk wordt toegepast 22/37 (60%). Bovendien is er een hele legitieme verklaring voor 4 van de 5 slecht geïmplementeerde studies: de evidence is inmiddels achterhaald, of in de richtlijn wordt de zorgevaluatie wel meegenomen maar is de aanbeveling van de richtlijn niet geheel conform de aanbeveling in de zorgevaluatie.

Kennis en implementatie van uitkomsten zorgevaluatie

Het lijkt een open deur, maar zorgevaluaties die goed geïmplementeerd zijn, zijn onder andere onderzoeken die het reeds bestaande beleid niet hebben veranderd (10/37). De zorgevaluatie laat zien dat we iets niet hoeven doen wat we toch al niet deden. Ook zijn er een aantal studies (n=5) die tot succesvolle deïmplementatie hebben geleid. Belemmerende factoren voor implementatie van een zorgevaluatie zijn zeer divers.

Van de 37 zorgevaluaties bevestigd in de enquête zijn er slechts 8 zorgevaluaties waarvan meer dan de helft van de respondenten aangeeft de meerderheid van zijn/haar patiënten niet volgens de uitkomst van de desbetreffende zorgevaluatie te behandelen. Voor een deel betreft dit zorgevaluaties waarbij er inmiddels dusdanig conflicterend bewijs is, dat er voldoende reden is om niet volgens de uitkomsten van de eerder uitgevoerde zorgevaluatie te handelen (2/8). Hieruit kan worden opgemaakt dat de respondenten goed op de hoogte zijn van (inter)nationale literatuur en dus hun handelen aanpassen aan de meest recente stand van zaken qua ontwikkelingen. Aan de andere kant betreft het zorgevaluaties waar wisselend over wordt gedacht betreffende de interpretatie van de data, de patiëntfactor een rol speelt, de interventie moeilijk uitvoerbaar is, of dat getwijfeld wordt aan de klinische relevantie van het verschil t.o.v. eventuele alternatieve behandelingen, wat leidt tot slechte implementatie.

Alle NVOG-leden hebben de kans gekregen om zich uit te spreken over het gebruik van deze zorgevaluatie-uitkomsten. Respondenten vulden alleen de vragen in over hun specifieke aandachtsgebied. De meerderheid van de ziekenhuizen (78%) is vertegenwoordigd in deze enquête. Kanttekening is dat de enquête voor vele respondenten te omvangrijk was waardoor er wat minder respons bleek over de zorgevaluaties die aan het einde van de enquête werden bevestigd.

Verrassend is de uitkomst dat er geen relatie lijkt te zijn tussen de mate van implementatie in de dagelijkse praktijk en opname in een richtlijn. Dit heeft wellicht te maken met de kleine sample size, op het moment van inventarisatie was een minderheid van de studies opgenomen in een richtlijn. De gynaecologen blijken echter goed op de hoogte van de uitkomsten van de zorgevaluatie en overtuigd van de uitkomsten. Dit gegeven ondersteunt de waarde van het NVOG Consortium 2.0.

Deelname en betrokkenheid binnen het Consortium, spelen een belangrijke rol in de verspreiding van kennis en informatie naast de presentaties op bijvoorbeeld het Gynaecongres, de pijlerdagen en het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie (NTOG). Niet altijd is een richtlijn dus nodig om een goede implementatie te bewerkstelligen, zoals bij voorbeeld de Hypitat- en ESEP-zorgevaluatie. Anderzijds geeft de uitkomst sec van een Nederlandse zorgevaluatie onvoldoende bewijskracht en dient de uitkomst in het perspectief tezamen met (inter)nationale literatuur geplaatst te worden en zal opname in een richtlijn de juiste implementatie bevorderen, zoals bijvoorbeeld in het geval van de INDEX-zorgevaluatie.

Zoals ook uit de vrije tekstvelden bij de enquête en tijdens het afnemen van de interviews naar voren kwam, hecht men veel waarde aan verrichtte onderzoeken, maar is men tegelijkertijd ook erg kritisch bij het vertalen van deze onderzoeksresultaten naar de dagelijkse praktijk. Die kritische noot bij het op waarde schatten van de gepubliceerde resultaten en de toepassing hiervan voor patiënten is enorm waardevol. Deze discussie zou dan ook aangemoedigd moeten worden. Tegelijkertijd zorgt verschil in interpretatie van onderzoeksresultaten wel voor een belemmering van de implementatie. Het proces van richtlijnontwikkeling is een juiste plaats om deze discussie te voeren; niet alleen om de resultaten van zorgevaluaties op waarde te schatten, maar ook om de resultaten af te kunnen zetten tegen een breder perspectief van ander (inter)nationaal onderzoek.

Richtlijnen

Diverse resultaten worden dus nog opgenomen in richtlijn(en)(module(s)), dit is een continu proces. Het streven is in de toekomst uitgevoerde zorgevaluaties, sneller op te nemen in een/de (NVOG-) richtlijn(en)(module(s)) via jaarlijkse modulaire prioritering en onderhoud. Dit proces begint al bij de start van de zorgevaluatie. Op dat moment wordt afgestemd met de commissie Kwaliteitsdocumenten wanneer de eerste publicaties met uitkomsten verwacht worden, zodat opname in het richtlijnproces tijdig in gang gezet kan worden.

Afhankelijk van de uitkomsten en de invloed van deze uitkomsten op de eventueel reeds bestaande aanbevelingen zal het updaten van deze richtlijnen worden geprioriteerd. Hoe dit verloopt wordt beschreven in het [NVOG procedureboek Kwaliteitscirkel](#). Een beschrijving van het opnemen van de resultaten van zorgevaluaties in richtlijn(en)(module(s)) in de toekomst wordt beschreven in de rapportage 'Rondmaken van kwaliteitscyclus'.

Uit bovenstaande blijkt dat er geen algemene conclusie is met betrekking tot de implementatie van zorgevaluaties. In de resultatensectie wordt de implementatie als een objectief gegeven gepresenteerd. Maar dit ligt natuurlijk veel genuanceerder. Wat een goede implementatie is voor de ene studie, kan met dezelfde cijfers slechter zijn voor een andere zorgevaluatie. Zo is bijvoorbeeld uit de VUSIS-trial duidelijk gebleken dat er een zeer beperkte indicatie is voor het urodynamisch onderzoek. Er zijn dan weinig argumenten te bedenken om het advies niet op te volgen. Dat ligt anders bij bijvoorbeeld de uitkomsten uit de HYPITAT 1. Deze zorgevaluatie toont aan dat de kans op maternale morbiditeit afneemt bij inleiding bij 37 weken in geval van zwangerschapshypertensie of pre-eclampsie, echter er zijn meerdere patiëntgebonden factoren (zoals het hebben van een sectio in de anamnese, of een traumatische 1^e bevalling) waardoor op individueel niveau besluitvorming anders kan zijn dan conform de uitkomst van deze zorgevaluatie.

Succesvolle implementatie is van vele factoren afhankelijk. Inzicht in deze factoren is van belang om implementatie te kunnen bevorderen daar waar mogelijk. Uit deze inventarisatie blijkt dat het onderzoeksnetwerk NVOG Consortium 2.0 een belangrijke bijdrage levert aan het verspreiden van de kennis over en implementatie van de zorgevaluatie-uitkomsten in de praktijk. Belemmerende factoren voor implementatie zijn divers. Zo dragen bijvoorbeeld toename van lokale kosten negatief bij aan de implementatie van de Apostel 1-studie. Opname in de richtlijn (reeds gepland) zal de implementatie waarschijnlijk verder bevorderen. Voor betere implementatie van de WOMAN-studie bijvoorbeeld is het van belang om Word-catheters op elke polikliniek beschikbaar te hebben evenals het vergroten van kennis over hoe deze te plaatsen. De Portret-studie laat zien dat direct een operatie voor de behandeling van stressincontinentie effectiever is dan een conservatieve behandeling. Uit de enquêtes wordt duidelijk dat deze zorg op sommige plaatsen ook door urologen wordt geboden en dat de counseling door hen wellicht anders is. Bovendien lijkt het erop alsof ook counseling door gynaecologen verschilt, afhankelijk van de counseling kiezen vrouwen wel of niet direct voor chirurgie. Daarbij speelt de negatieve publiciteit met betrekking tot meshchirurgie ook een rol, die zorgt voor terughoudendheid vanuit de patiënt. Dit voorbeeld geeft aan dat bepaalde onderwerpen en uitkomsten door geïndividualiseerde zorg en shared decision making resulteren in meer praktijkvariatie. Daarnaast is het ook zo dat uitkomsten van één zorgevaluatie kunnen leiden tot een aanbeveling waarbij de aanbeveling anders is wanneer deze wordt afgezet tegen andere (inter)nationale literatuur.

Het is geen realistische doelstelling om alle uitkomsten op te nemen in een richtlijn. Bij het prioriteren van zorgevaluaties wordt er de afgelopen jaren zoveel mogelijk naar gestreefd dit conform de kennisagenda te realiseren. Hier was gedurende de eerste jaren van het Consortium nog geen sprake van omdat er geen kennisagenda was en de ontwikkeling van zorgevaluaties nog niet gestructureerd werd uitgevoerd binnen de NVOG. Dit vindt nu plaats conform vastgestelde procedures en processen, wat de bevordering van implementatie in richtlijnen en de werkvloer ten goede komt.

De vraag is ook of alle uitkomsten van zorgevaluaties altijd direct omgezet moeten worden in richtlijnen ter bevordering van het leveren van goede kwaliteit patiëntenzorg. Belemmerende factoren ten aanzien richtlijnontwikkeling zijn o.a. de enorme tijdsinvestering en kosten om conform richtlijncriteria MSZ Richtlijn 2.0 richtlijnen(modules) te ontwikkelen. Er wordt daarom binnen de NVOG kritisch naar de prioritering van richtlijnen(modules) gekeken waarbij de prioriteringscriteria binnen de Federatie Medisch Specialisten (FMS) in acht worden genomen.

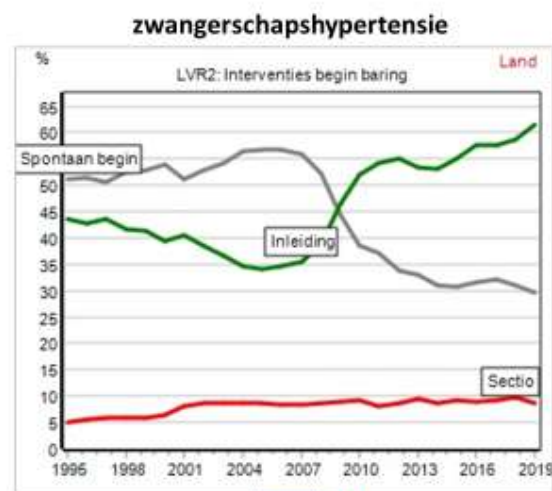
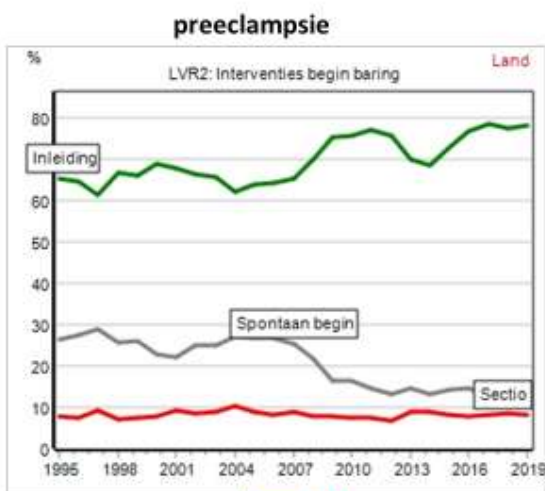
Is 100% streven van implementatie van de directe uitkomsten uit zorgevaluaties de gewenste norm? Deze analyse geeft aan dat dit zeker niet zo is. Soms komen de uitkomsten van een zorgevaluatie gewoonweg niet overeen met de meta-analyse die vervolgens verricht wordt bij het ontwikkelen van een richtlijnmodule. Een mooi voorbeeld hiervan is de Index-studie waarbij tussen de interventiegroep en afwachtgroep geen statisch verschil werd gezien, echter toen deze studie werd meegenomen in de meta-analyse van de richtlijn, kwam er wel degelijk een verschil in de behandelopties naar voren ten faveure van inleiden.

Is zorg zonder enige praktijkvariatie een doel op zich in het streven naar goede kwaliteit patiëntenzorg en heb je daar altijd een richtlijn voor nodig? Doen, leren en verbeteren op basis van uitkomsten uit kwaliteitsregistraties, het spiegelen van zorg is een mooie richting waar steeds meer op gestuurd wordt in Nederland en zo ook binnen de NVOG. Een goed voorbeeld hiervan is de implementatie van de Hypitat-studie. Uit deze studie bleek dat er een voordeel was ten faveure van inleiden, vooral bij pre-eclampsie. De studie werd in 2009 in de Lancet gepubliceerd.

Momenteel (2021) worden de uitkomsten van deze zorgevaluatie opgenomen bij de revisie van een reeds bestaande richtlijn. Toch blijkt uit de landelijk Perined Insight-data dat de werkvloer deze aanbeveling al lang geïmplementeerd heeft.

In de onderstaande grafieken is in de loop van de tijd duidelijk te zien dat vanaf 2010 er al beduidend meer werd ingeleid, zowel bij pre-eclampsie als bij zwangerschapshypertensie. Het veld had dus geen richtlijn nodig om de uitkomsten te implementeren. Bovendien werd uit dezelfde Perined Insight-data duidelijk dat implementatie van deze zorgevaluatie ook daadwerkelijk leidde tot een reductie in maternale morbiditeit, hetgeen de implementatie nog verder bevorderde. Deze en andere spiegelinformatie kunnen dus zeer effectief bijdragen aan de implementatie. Daarnaast zal met name bij uitkomsten van zorgevaluaties waar veel discussie over de interpretatie van de resultaten blijft, het nodig zijn om die uitkomsten af te zetten tegen ander (inter)nationaal bewijs om zo tot een gewogen en duidelijke aanbeveling te komen en op te nemen in een richtlijn. Beide zijn effectief gebleken in het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg, het uiteindelijke doel!

Hypitat; Lancet 2009



■ = looptijd trial ↑ = publicatie

Bron: Perined Insight

Vergelijking met andere gremia

Als het gaat om kwaliteitsbeleid en patiëntveiligheid wordt in de zorg vaak de parallel getrokken met de luchtvaart. De luchtvaart is bewezen veel veiliger geworden na het standaardiseren van werkprocessen en het gebruik van protocollen en checklists. Veel medisch specialisten hekelen deze vergelijking omdat een patiënt niet hetzelfde zou zijn als een vliegtuig. Uiteraard dragen protocollen en checklists bij aan de veiligheid en kwaliteit van zorg, zoals bijvoorbeeld vooral geldt in de acute zorg. Patiëntenzorg is individuele zorg en afhankelijk van veel meer variabelen dan de luchtvaart. Hierom geldt in de gezondheidszorg het belang van het toepassen van wetenschappelijk bewijs en het op waarde te schatten van deze kennis op verschillende manieren zodat deze ingezet kan worden afhankelijk van de situatie. De naleving van richtlijnen zal daarom ook nooit 100% zijn omdat op basis van geïndividualiseerde zorg en shared decision making ook gemotiveerd van een richtlijn afgeweken kan worden.

Ontwikkelingen op het gebied van richtlijnen en implementatie

De NVOG participeert tevens in het brede pilot Koploperproject ‘Modulair onderhoud richtlijnen’, vanuit het Kennisinstituut, onderdeel Federatie Medisch Specialisten. Deze pilot heeft als doel gezamenlijk met alle betrokken partijen de richtlijnen actueel te houden en het proces van richtlijnherziening efficiënter en doelmatiger in te zetten en hiermee een korte doorlooptijd van richtlijnherziening te bewerkstelligen.

Een onderdeel van het jaarplan 2021 van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) is een versnellingsproject duiding resultaten zorgevaluatiestudies. Dit project beoogt het sneller duiden van afgerond evaluatieonderzoek in richtlijnen en het versterken van de implementatie van 25 afgeronde ZonMw-studies. Het projectplan wordt nu uitgewerkt door het Kennisinstituut, onderdeel Federatie Medisch Specialisten, in afstemming met ZE&GG.

6. Samenstelling projectgroep

- A. Vollebregt, gynaecoloog Spaarne Gasthuis, voorzitter werkgroep, voorzitter werkgroep Kwaliteitscirkel
- M. Lemmers, AIOS, per 30-12-2020 gynaecoloog, AUMC, projectondersteuner
- S.V. Koenen, gynaecoloog ETZ, voorzitter Koepel Kwaliteit, lid werkgroep Kwaliteitscirkel
- J.J. Duvekot, gynaecoloog ErasmusMC, voorzitter Kwaliteitsdocumenten, lid werkgroep Kwaliteitscirkel
- V.L.F. van Dooren, directeur NVOG (betrokken 01-05-2019 t/m 31-12-2019)
- M.A.H. Fleuren, adviseur Implementatie AUMC
- E.A.M.T. van Wissen, senior beleidsadviseur Koepel Kwaliteit NVOG

Colofon

© 2021 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

<http://www.nvog.nl>

E-mail: kwaliteit@nvog.nl

Utrecht, januari 2021

Disclaimer

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