

NVOG-Kennisagenda 2023 - 2026



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van Medisch Specialisten

FINANCIERING

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

COLOFON

Kennisagenda Obstetrie & Gynaecologie

©2023 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

p/a Domus Medica

Mercatorlaan 1200

3528 BL Utrecht

Tel: 088 – 13 44 700

E-mail: wetenschap@nvog.nl

Website: www.nvog.nl

VORMGEVING EN OPMAAK

Boris Hoekmeijer Webdesign & Grafische vormgeving

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de NVOG. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVOG aanvragen, voor contactgegevens: zie boven.

Inhoudsopgave

Samenvatting NVOG-Kennisagenda 2023-2026	3
Inleiding	5
De NVOG als wetenschappelijke vereniging	7
NVOG Consortium 2.0 en Kwaliteitscirkel	8
Organogram NVOG – indeling pijlers	9
Methodologie NVOG-Kennisagenda	10
Inventarisatie van kennishiaten	10
Prioritering en opstellen kennisagenda.....	15
Wetenschappelijke resultaten NVOG	18
Overkoepelende top-12	18
Overkoepelend visiedocument	19
Top-10 Foetomaternale geneeskunde (FMG)	23
Top-10 Gynaecologie (GYN)	26
Top-10 Oncologie (ONCO).....	32
Top-10 Voortplantingsgeneeskunde (VPG).....	37
Implementatie	42
Organisatie	42
Financiering	42
Opname van resultaten in richtlijnen	42
Netwerken.....	43
Bijlage 1 Richtlijnen	47
Bijlage 2 Kennisagenda's van andere wetenschappelijke verenigingen.....	49
Bijlage 3 Patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden	50
Bijlage 4 JLA onderwerpen	52
Bijlage 5 Kennishiaten geprioriteerd tijdens de prioriteringsbijeenkomst	53
Bijlage 6 Wetenschappelijk jaarverslag	57
Bijlage 7 Steunbrief Patiëntenfederatie Nederland (PFN)	64
Notities.....	66

NVOG-Kennisagenda 2023-2026

Werkgroep Kennisagenda

Dr. W. Hermes,	voorzitter werkgroep
Prof. Dr. J. Huirne,	voorzitter koepel Wetenschap
Dr. S. Schoenmakers,	secretaris wetenschappelijk jaarverslag
Dr. W.J.K. Hehenkamp,	wetenschapscommissie pijler Gynaecologie
Dr. R.J.T. van Golde,	wetenschapscommissie pijler Voortplantingsgeneeskunde
Prof. Dr. R.C. Painter,	wetenschapscommissie pijler Foetomaternale Geneeskunde
Dr. J.W.M. Aarts,	wetenschapscommissie pijler Oncologie
Dr. A.L.F. van der Kooi,	AIOS gynaecologie

Met ondersteuning van

Mr. F. F. (Fleur) van Dalsen,
beleidsadviseur,
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

Dr. R. (Romy) Zwarts - van de Putte,
adviseur,
Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Msc. B. (Babette) Gal - de Geest,
adviseur,
Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Samenvatting

NVOG-Kennisagenda

2023-2026

De NVOG-Kennisagenda 2023-2026 is een meerjarenplan voor wetenschappelijk onderzoek, waaronder doelmatigheidsonderzoek, zorgevaluatie, innovatief en translationeel onderzoek.

De kennisagenda geeft de visie op wetenschappelijk onderzoek van de NVOG weer en geeft aan welke kennislacunes volgens de beroepsgroep het meest urgent zijn en in de komende jaren uitgewerkt moeten worden.

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) staat sterk als wetenschappelijke vereniging. Met de verschillende koepels, pijlers en de onderliggende commissies, werkgroepen en 'Special Interest Groups' zijn we niet meer weg te denken uit de internationale onderzoekswereld. Dit komt mede door de succesvolle organisatiestructuur van de NVOG met het breedgedragen Consortium 2.0 en de werkgroep Kwaliteitscirkel.

Om te zorgen voor een breedgedragen Kennisagenda 2023-2026 is via diverse kanalen informatie verkregen en verwerkt. Na meerdere enquête rondes is een definitieve prioritering verkregen van de meest urgente kennislacunes, zowel overkoepelend als binnen de verschillende pijlers. In de komende jaren kunnen deze kennislacunes dienen als leidraad voor verdere uitwerking in projectvoorstellen.

Daarnaast heeft iedere pijler een visiedocument opgesteld. Hierin laten de pijlers hun visie zien op onderzoek vanuit een breder perspectief. Verder geeft deze Kennisagenda de resultaten weer van de twee voorgaande NVOG-Kennisagenda's (2017 – 2020 en 2020 - 2023). Duidelijk wordt of en zo ja hoe de eerder geprioriteerde kennislacunes verwerkt zijn in onderzoeksvorstellen.

Een groot deel van deze voorstellen heeft reeds subsidies toegekend gekregen en is gestart of zelfs afgerond en gepubliceerd. Tevens worden de wetenschappelijke resultaten van de NVOG over de jaren 2019-2022 gepresenteerd. Hiervoor zijn wij afhankelijk geweest van de input van NVOG-leden, waardoor het kan zijn dat de documenten niet volledig zijn. Nieuw dit keer is dat ook patiënten die niet zijn verenigd, betrokken zijn bij de totstandkoming van de Kennisagenda.



Inleiding

Dit is de derde kennisagenda van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG), de NVOG-Kennisagenda 2023-2026. Het belangrijkste doel van deze kennisagenda is te komen tot een herziening van de tweede kennisagenda met een beschrijving van de belangrijkste kennishiaten op het gebied van zorgevaluatie binnen de obstetrie en gynaecologie. Tevens wordt in de derde kennisagenda naast optimale prioritering voor zorgevaluatie extra aandacht besteed aan translationeel onderzoek en het betrekken van een brede en diverse patiëntenvertegenwoordiging, zodat toekomstig geïnitieerd onderzoek beter aansluit bij de wensen uit de klinische praktijk.

Deze kennisagenda geeft aan welke kennislacunes binnen de verloskunde en gynaecologie volgens de beroepsgroep het meest urgent zijn voor uitwerking in de nabije toekomst. Zowel in een top 12 vak-breed, als in een top-10 overzicht voor elk van de vier pijlers: Foetomaternal Geneeskunde, Gynaecologie, Voortplantingsgeneeskunde en Oncologie. Daarnaast bevat deze kennisagenda een visiedocument per pijler met een overzicht waar de pijler zich op wil richten in de nabije toekomst. Naast de visiedocumenten per pijler is ook een overkoepelend visiedocument opgenomen waarin zal worden ingegaan op belangrijke thema's binnen de NVOG die buiten het doelmatigheidsonderzoek vallen. Dit betreft translationeel en ander preklinisch onderzoek, technische ontwikkelingen, zorginnovaties en duurzaamheid.

De organisatie van de totstandkoming van de kennisagenda ligt bij de Koepel Wetenschap, in samenspraak met de werkgroep kwaliteitscirkel. De pijlers zijn verantwoordelijk voor de inhoud van het pijler specifieke deel. Voorts zijn verschillende stakeholders nauw betrokken geweest bij de samenstelling van de kennisagenda, waaronder patiënten(organisaties) en de Patiëntenfederatie Nederland.

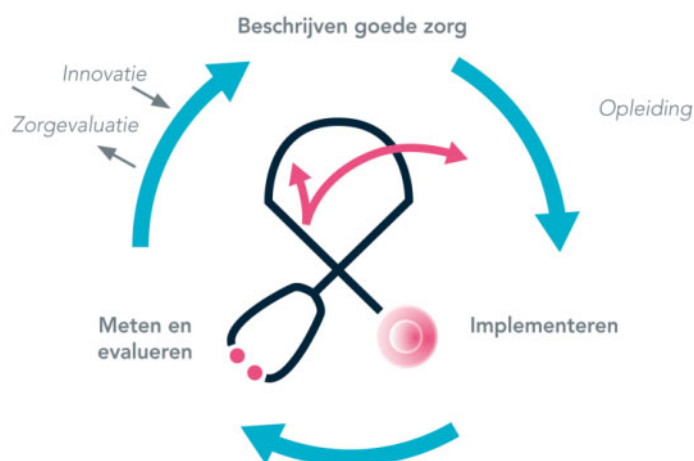
Voor gynaecologen is het doel om patiënten hoogstaande kwalitatieve zorg te leveren. Patiënten hebben immers recht op effectieve, veilige en doelmatige zorg. Door middel van zorgevaluatie (klinisch evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van bestaande zorg en diagnostiek) hopen we die informatie te verkrijgen die nodig is om in de spreekkamer samen met de patiënt passende keuzes te kunnen maken (samen beslissen). De beantwoording van de onderzoeksvragen leidt tot meer kennis, beter onderbouwde richtlijnen en effectievere en meer doelmatige zorg voor patiënten. De uiteindelijke doelstelling is gezondheidswinst voor de patiënt.

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG) houdt zich al jaren bezig met het continu verbeteren en borgen van de kwaliteit van zorg. Het ideaal is een integraal kwaliteitsbeleid, waarbij de verschillende instrumenten in samenhang ontwikkeld, toegepast, geëvalueerd en verbeterd worden. Dit integraal kwaliteitsbeleid kan grafisch worden weergegeven in de zogenoemde 'kwaliteitscirkel' (figuur 1, Federatie Medisch Specialisten, 2016). Deze kwaliteitscirkel geeft een aantal stappen of stadia weer:

1. het beschrijven van goede zorg in richtlijnen voor het medisch handelen en deze op regelmatige basis bijstellen aan de hand van nieuwe inzichten en studies;
2. het implementeren van deze richtlijnen door aanpassingen en vernieuwingen door te voeren in de dagelijkse zorg;
3. het evalueren van de implementatie. Met andere woorden: het meten of de aanpassingen en vernieuwingen ook daadwerkelijk worden uitgevoerd in de praktijk en of hierdoor de kwaliteit van zorg verbetert of dat er nog aanpassingen nodig zijn. Op basis van deze evaluatie kan de implementatie verbeterd worden en/of kan vastgesteld worden dat er

openstaande kennisvragen zijn en dat er nieuwe/aanvullende kennis nodig is om richtlijnen aan te passen, waarmee de cirkel weer opnieuw gestart kan worden.

Deze kennisagenda bevat een geactualiseerde beschrijving van de belangrijkste openstaande kennisvragen voor de obstetrie en gynaecologie in Nederland.



Figuur 1: Kwaliteitscirkel (Federatie Medisch Specialisten, 2016).

Patiëntenparticipatie

In de derde kennisagenda wordt naast optimale prioritering voor zorgevaluatie ook gewerkt aan het optimaliseren van patiëntenparticipatie. Het doel van de NVOG was om al vroeg in het kennisagenda ontwikkelingsproces patiënten te betrekken en daarnaast te streven naar een gebalanceerde vertegenwoordiging van patiëntengroepen. Bij de eerdere twee kennisagenda's heeft de NVOG gemerkt dat het patiëntenperspectief niet voor alle ziektebeelden binnen de vier pijlers van de kennisagenda is gerepresenteerd en dat met name hoogopgeleide patiënten betrokken waren bij het identificeren en prioriteren van kennishiaten. In de derde kennisagenda is ernaar gestreefd ook de ondervertegenwoordigde patiëntengroepen al in een vroeg stadium (consultatie) te betrekken bij het opstellen van de kennisagenda. Daarbij is specifieke aandacht voor het betrekken van patiënten met een lage Sociaal Economische Positie (SEP) en/of lage gezondheidsvaardigheden, zodat meer diversiteit en pluraliteit ontstaat, zodat de resultaten en kennishiaten in deze kennisagenda breed worden gedragen door zowel arts als patiënt.

Translationeel onderzoek

In de kennisagenda wordt het belang van translationeel onderzoek verder uitgewerkt. Preklinisch en translationeel onderzoek spelen een cruciale rol bij het bevorderen van kennis en innovatie binnen de gynaecologie en obstetrie. Naast de doelmatigheid studies is het stimuleren van preklinisch en translationeel onderzoek binnen de NVOG van essentieel belang voor het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van vrouwen in alle levensfasen. Daarnaast zijn er diverse ontwikkelingen gaande zoals veranderingen in de zorginrichting, het gebruik van nieuwe technologieën, eHealth en artificiële intelligentie (AI) die geëvalueerd moeten worden. Tevens vinden we dat we aandacht moeten vragen voor duurzaamheid van ons handelen in de zorg en onderzoek.

De NVOG als wetenschappelijke vereniging

De NVOG bewaakt, als wetenschappelijke vereniging, de kwaliteit van de vrouwengezondheidszorg in het algemeen en in het bijzonder van de gynaecologische, verloskundige en oncologische zorg en de voortplantingsgeneeskunde. Als belangenbehartiger stimuleert en onderbouwt zij de maatschappelijke positie van deze specialismen en hun professionele beoefenaren. De missie van de NVOG luidt: “de beste zorg voor iedere vrouw in elke levensfase”.

De NVOG-structuur is opgebouwd rondom de bovengenoemde vier deelgebieden; Gynaecologie, Foetomaternale Geneeskunde (verloskunde, FMG), Oncologie en Voortplantingsgeneeskunde (VPG). Deze vier deelgebieden zijn ondergebracht in pijlers die de inhoud van het vak behartigen, het vakgebied vertegenwoordigen en kennis bevorderen en verbreden. Binnen de pijlers zijn werkgroepen en Special Interest Groups (SIG's) ondergebracht. Deze houden zich bezig met de diverse inhoudelijke domeinen binnen de vier deelgebieden. Deze SIG's zijn vaak multidisciplinair waarbij ook andere zorgprofessionals die binnen het deelgebied actief zijn, participeren.

Iedere pijler heeft tevens een eigen wetenschapscommissie. Deze commissies zijn belast met het inhoudelijk beoordelen van de kennislacunes. Mede op basis van de uitkomsten van de (eerste) prioriteringsenquête stellen zij een top tien tot vijftien samen met de meest urgente kennislacunes in het kader van zorgevaluatie studies. Daarnaast stellen zij het visiedocument van de pijler op, waarin zij de visie op basaal, translationeel, klinisch en innovatief onderzoek beschrijven. Tot slot hebben de commissies een adviesrol wanneer zich bij lopende studies problemen voordoen. Voor een goede verbinding tussen de wetenschapscommissies van de pijlers en de Koepel Wetenschap heeft iedere pijler-wetenschapscommissie een afgevaardigde in de Koepel Wetenschap.

De NVOG heeft de kennis rondom pijleroverstijgende onderwerpen ondergebracht in koepels. Er zijn vier koepels: Koepel Kwaliteit, Koepel Wetenschap, Koepel Opleiding en de Koepel Gynaecoloog & Maatschappij. Binnen deze koepels zijn commissies ondergebracht die zich bezighouden met deze specifieke onderwerpen. De koepels gaan over beleid en organisatorische aspecten die niet gebonden zijn aan een onderdeel van het vak. De koepels vormen de dwarsverbanden. De pijlers en koepels zijn de dragers van het verenigingsbeleid en daarmee de ruggengraat van de NVOG.

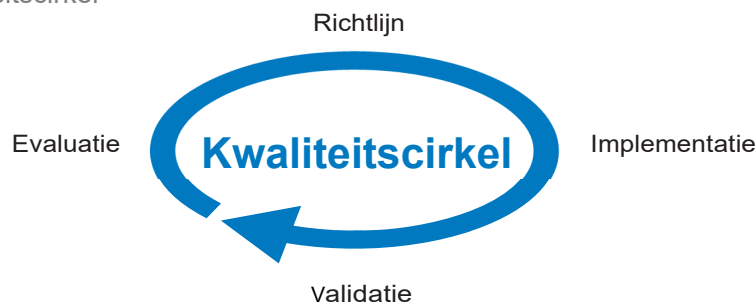
Figuur 1: het NVOG-organogram



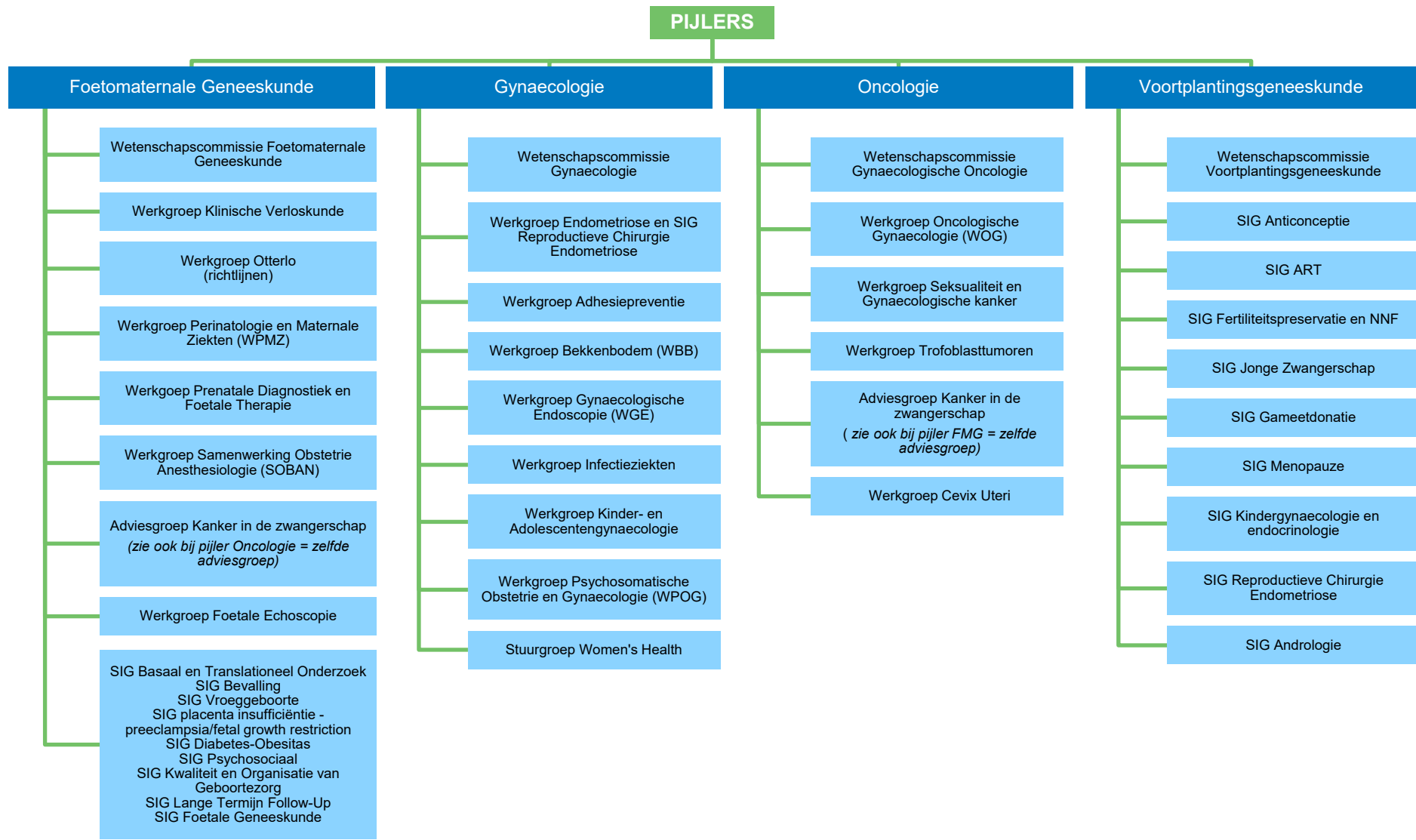
NVOG Consortium 2.0 en Kwaliteitscirkel

Sinds 2014 is het Consortium 2.0, dat de uitvoering van de zorgevaluatiestudies coördineert, onderdeel van de NVOG. Het Consortium 2.0 is een netwerkorganisatie bestaande uit regionale clusters van ziekenhuizen. Het Consortium 2.0 evalueert de bestaande zorg en geeft antwoord op de vraag welke zorg onder de gegeven omstandigheden het meest effectief is. De focus ligt hierbij op de gezondheidswinst voor de patiënt, kostenbesparing en gezamenlijke besluitvorming bij het maken van richtlijnen. Het Consortium is opgenomen binnen de werkgroep Kwaliteitscirkel omdat het naadloos past binnen de onderdelen van de Kwaliteitscirkel.

Figuur 2: NVOG kwaliteitscirkel



Organogram NVOG – indeling pijlers



Methodologie

NVOG-Kennisagenda

Het maken van de NVOG-Kennisagenda's 2017-2020 en 2020-2023 heeft geleid tot een betere onderlinge afstemming en verdeling van onderzoeksthema's. Ook intra- en extramurale samenwerkingsverbanden zijn met de kennisagenda's gestimuleerd en hebben geleid tot een betere vertaling van kennislacunes naar uitvoerend onderzoek.

Bij het opstellen van de kennisagenda is de volgende systematiek gehanteerd:

1. Het inventariseren van de kennishiaten binnen de obstetrie en gynaecologie;
2. Het prioriteren en opstellen van de kennisagenda.

De aanpak/methodiek van elk onderdeel wordt hier afzonderlijk beschreven.

Inventarisatie van kennishiaten

Om inzicht te krijgen in de meest urgente kennishiaten voor de komende jaren zijn verschillende bronnen geraadpleegd: evidence-based medisch specialistische richtlijnen die geautoriseerd zijn door de NVOG, een analyse van gepubliceerde kennisagenda's van andere wetenschappelijke verenigingen, uitvraag bij leden en koepels van de NVOG, betrokken patiëntenverenigingen en bij overige stakeholders.

Inventarisatie kennishiaten in richtlijnen

De NVOG is betrokken bij veel verschillende medisch specialistische richtlijnen. Voor de inventarisatie van kennishiaten uit richtlijnen werden richtlijnen geselecteerd die na 2015 zijn gepubliceerd, zijn geautoriseerd door de NVOG en door de werkgroep relevant werden geacht. In totaal werden 70 richtlijnen ([bijlage 1](#)) geanalyseerd. De conclusies en aanbevelingen over obstetrische of gynaecologische zorg met een laag of zeer laag niveau van bewijskracht werden geselecteerd als kennishiaat, evenals kennislacunes die zijn opgeleverd bij desbetreffende richtlijnen. In totaal werden er vanuit de richtlijnen 224 mogelijke kennishiaten ingebracht.

Daarnaast werden ook een aantal internationale richtlijnen geraadpleegd ([bijlage 1](#)). Omdat deze richtlijnen hun conclusies niet baseren op GRADE en geen specifieke kennislacunes hebben geformuleerd zijn hier geen kennishiaten uit geïdentificeerd.

Inventarisatie kennishiaten in kennisagenda's van andere wetenschappelijke verenigingen

De kennisagenda's van andere wetenschappelijke verenigingen zijn geanalyseerd om relevante kennishiaten te selecteren die betrekking hebben op de obstetrie en gynaecologie. In totaal werden 29 kennisagenda's ([bijlage 2](#)) geanalyseerd. De kennishiaten in de top-10 zijn doorgenomen, evenals de kennishiaten die in eventuele bijlagen zijn genoemd om een compleet overzicht te krijgen. Er werden in totaal 18 kennishiaten geselecteerd uit 5 kennisagenda's van andere wetenschappelijke verenigingen.

Inventarisatie kennishiaten bij leden en secties van de NVOG

Alle leden en secties van de NVOG zijn door middel van een online enquête gevraagd om maximaal tien kennishiaten in te brengen waar men tegenaan loopt in de dagelijkse praktijk. Deze kennishiaten konden zowel betrekking hebben op zorgevaluatie-onderzoek als op translationeel onderzoek. De leden werden gevraagd kennishiaten aan te leveren in de vorm van een onderzoeksvraag en om hierbij een korte toelichting te geven. In totaal hebben 59 individuele leden en/of groepen van leden kennishiaten aangeleverd en werden er in totaal 216 kennishiaten ingebracht.

Inventarisatie kennishiaten bij overige stakeholders

Stakeholders, waaronder verschillende patiëntenorganisaties, huisartsen, fysiotherapeuten, kraamzorgpartijen en verpleegkundigen zijn per e-mail benaderd om kennishiaten door te geven op het gebied van obstetrie en gynaecologie. In totaal hebben 24 organisaties gereageerd, waaronder 18 patiëntenorganisaties. Een overzicht van de partijen is te vinden in [bijlage 3](#).

Er werden 117 kennishiaten aangeleverd, waarvan 82 door de patiëntenorganisaties en 35 van overige belanghebbenden.

Athena Instituut

In deze kennisagenda is er gepoogd de patiëntenparticipatie te optimaliseren. Het Athena Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam is gevraagd om de NVOG te ondersteunen bij het optimaliseren van patiëntenparticipatie. Daarbij is er specifieke aandacht voor het betrekken van patiënten die nog niet verenigd zijn binnen een patiëntenorganisatie, voor patiënten met een lage Sociaal Economische Positie (SEP), een migrantenachtergrond en/of lage gezondheidsvaardigheden, zodat meer diversiteit en pluraliteit ontstaat in de betrokken patiëntengroepen bij het opstellen van de derde kennisagenda.

De eerste stap was het identificeren van groepen patiënten die nog niet zijn vertegenwoordigd via de Patiëntenfederatie Nederland (PFN). Hiervoor zijn ziektebeelden en/of aandoeningen uitgevraagd bij een aantal artsen per pijler. Op deze manier ontstond een lijst met alle mogelijke relevante patiëntengroepen om te betrekken bij het opstellen van de derde kennisagenda. Door middel van desk study research is per geïdentificeerd ziektebeeld onderzocht wat voor mogelijke georganiseerde of verenigde patiëntengroep(en) er is/zijn, waar een patiënt zich bij aan zou kunnen sluiten. Hierbij werd dus verder gekeken dan slechts naar de grote/professionele patiëntenorganisaties. Het was voor een organisatie niet noodzakelijk om een officiële vereniging te zijn om geïnccludeerd te worden: lotgenotengroepen, Facebookgroepen en andere fora en (social media) platforms werden ook meegenomen, omdat dit allemaal (mogelijk meer laagdrempelige) manieren zijn om patiënten met een overeenkomstig ziektebeeld of aandoening bij elkaar te brengen.

Vervolgens is er een vragenlijst opgesteld om ingevuld te worden door individuele patiënten, alsmede een vragenlijst om ingevuld te worden door een vertegenwoordiger van een benaderde groep patiënten, vereniging of organisatie, namens de achterban. Ook zijn er gesprekken gevoerd met een kleine groep individuele patiënten op twee verschillende gynaecologiepoliklinieken in verschillende delen van Nederland (Haaglanden Medisch Centrum in Den Haag en het Gelre Ziekenhuis in Zutphen). Het volledige rapport is te raadplegen [deze link](#).

Er werden in totaal 52 kennishiaten via het Athena Instituut aangeleverd.



James Lind Alliance

De James Lind Alliance (JLA) is een initiatief zonder winstoogmerk dat patiënten, verzorgers en artsen samenbrengt om een top 10 onderzoeksvragen te formuleren voor verschillende onderwerpen. In totaal zijn 20 onderwerpen vanuit de JLA gescreend op kennishiaten die betrekking hebben op de obstetrie en/of gynaecologie. Er werden in totaal 280 kennishiaten geïdentificeerd via de JLA.

Totaal geïdentificeerde kennishiaten

In totaal werden 907 kennishiaten geselecteerd, deze kennishiaten vormen de zogenaamde 'groslijst'. De vier pijlers hebben een eerste ruwe selectie gemaakt van deze kennishiaten op basis van verschillende criteria. De pijler heeft een kennishiaat beoordeeld als onbruikbaar indien:

- Kennis voorhanden is en gebruikt wordt in een aanbeveling in een geldende richtlijn(module), maar waarbij het nog niet is gelukt om dit in de praktijk te implementeren, men spreekt dan eigenlijk van een implementatieprobleem;
- Momenteel al onderzoek naar het kennishiaat wordt gedaan;
- Kennis voorhanden is, maar nog niet in een aanbeveling is opgenomen in een richtlijn;
- Er sprake is van een kennishiaat wat een ander vakgebied betreft en dus geen betrekking heeft op de obstetrie en gynaecologie;
- Er sprake is van een niet of zeer moeilijk onderzoekbaar kennishiaat;
- Het kennishiaat geen zorgevaluatie betreft;
- Er sprake is van een dubbel kennishiaat (deze kennishiaten werden samengevoegd tot één kennishiaat);
- Er sprake is van een onduidelijk geformuleerd kennishiaat waaruit niet af te leiden is welke vraag beantwoord moet worden;
- Er sprake is van een andere reden.

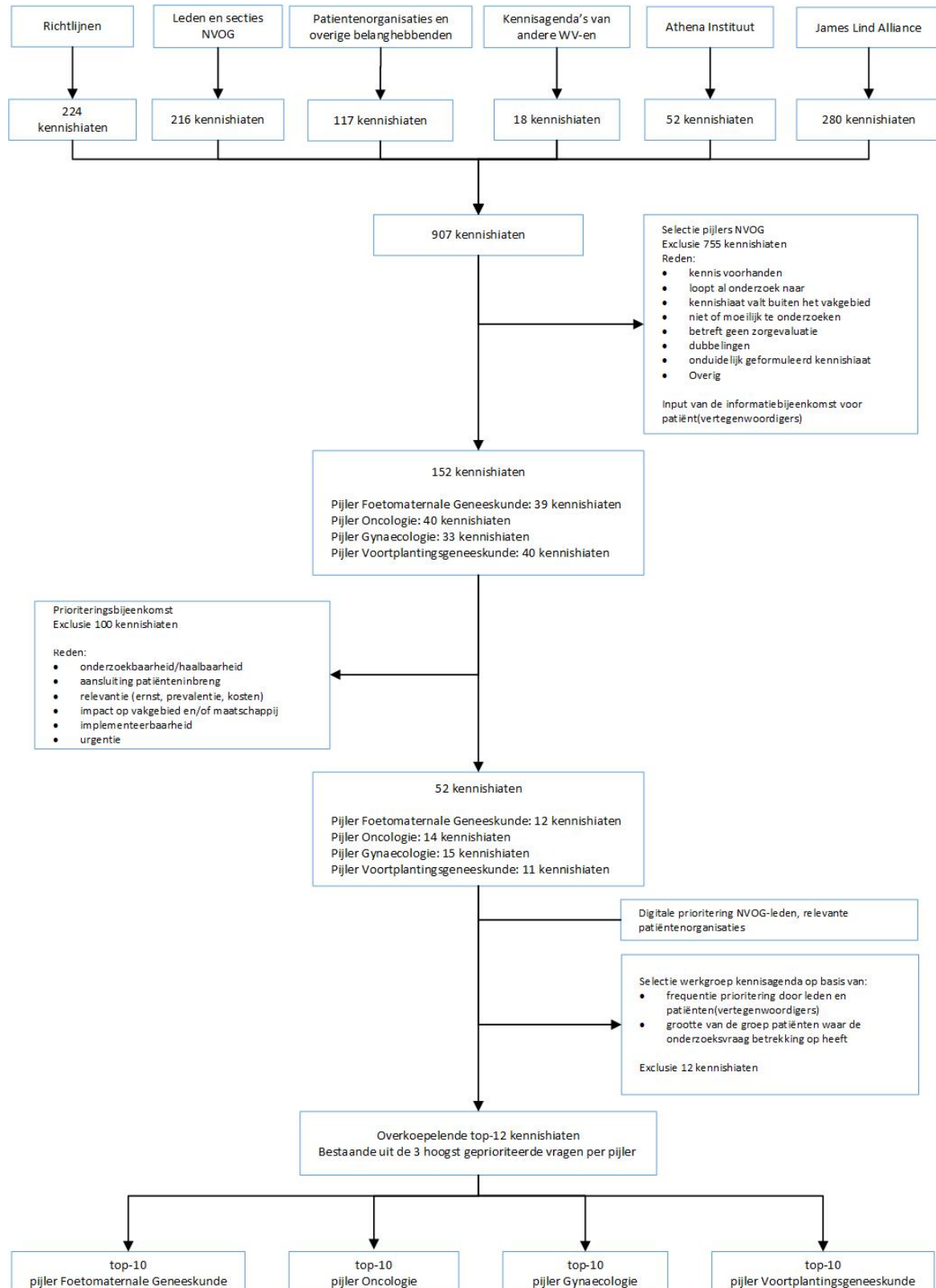
Kennishiaten die niet zo zeer passend waren bij zorgevaluatie maar bijvoorbeeld gericht zijn op translationeel of ander preklinisch onderzoek, zorginrichting, technische innovatie of duurzaamheid worden in het overkoepelend visiedocument besproken en indien van toepassing in de diverse visiedocumenten van de individuele pijlers (zie hoofdstuk overkoepelend visiedocument).

Informatiebijeenkomst voor patiënt(vertegenwoordigers)

Op 21 november 2022 werd een informatiebijeenkomst georganiseerd speciaal voor betrokken patiëntenorganisaties. Het doel van deze bijeenkomst was om in gesprek te gaan met patiënten over zowel de kennishiaten die door de voorselectie heen zullen komen, als de kennishiaten die hier niet doorheen komen. De keuzes die zijn gemaakt wat betreft de voorselectie werden toegelicht en er was mogelijkheid tot verduidelijking van ingebrachte kennishiaten. Op die manier kon men inzicht krijgen in elkaars perspectief en was er de mogelijkheid om de voorselectie aan te passen op basis van de gesprekken.

Voorselectie

In totaal bleven 152 kennishiaten over die geprioriteerd konden worden tijdens de prioriteringsbijeenkomst. Dit betreffen 39 kennishiaten vanuit de pijler Foetomaternale geneeskunde, 40 kennishiaten uit de pijler Oncologie, 33 kennishiaten vanuit de pijler Gynaecologie en 40 kennishiaten uit de pijler Voortplantingsgeneeskunde. De definitieve lijst met kennishiaten, de zogenaamde shortlist, is op te vragen via de NVOG.



Prioritering en opstellen kennisagenda

Prioriteringsbijeenkomst

Op 13 februari 2023 werd een prioriteringsbijeenkomst gehouden om de 152 kennishiaten (beschreven in paragraaf 2.1.7) te bespreken. Het doel van deze prioriteringsbijeenkomst was om de geselecteerde kennishiaten op het gebied van zorgevaluatie te prioriteren. De translationele kennishiaten en kennishiaten op het gebied van preklinisch onderzoek, zorginrichting of duurzaamheid zijn hierbij niet meegenomen. De wetenschapscommissies van iedere pijler, de werkgroep Kwaliteitscirkel en de belangrijkste patiëntenorganisatie per pijler (Olijf voor de pijler Oncologie, Freya voor de pijler Voortplantingsgeneeskunde, Stichting Bekkenbodem4all en de Endometriose Stichting voor de pijler Gynaecologie en de Patiëntenfederatie Nederland voor de pijler Foetomaternale geneeskunde) hebben tijdens de fysieke prioriteringsbijeenkomst een voorselectie gemaakt van de +/- 20 belangrijkste kennishiaten per pijler.

De discussie en prioritering vond in beide rondes plaats op basis van de volgende criteria:

- Onderzoekbaarheid/haalbaarheid (financierbaarheid door andere bronnen; voldoende capaciteit voor onderzoek);
- Aansluiting bij patiënteninbreng;
- Relevantie (ernst, prevalentie, kosten);
- Impact op vakgebied en/of op de maatschappij;
- Implementeerbaarheid (is men bereid de zorg daadwerkelijk toe te passen);
- Urgentie.

Op basis van deze bijeenkomst werden er in totaal 52 kennishiaten als meest relevant aangemerkt (zie [bijlage 5](#)). Hiervan kwamen er 12 vanuit de pijler Voortplantingsgeneeskunde, 14 vanuit de pijler Oncologie, 15 vanuit de pijler Gynaecologie en 11 vanuit de pijler Foetomaternale geneeskunde. Enkele van deze kennishiaten werden tijdens de bijeenkomst geherformuleerd zodat ze toch in aanmerking zouden kunnen komen voor zorgevaluatie. Tevens werden enkele hiaten samengevoegd omdat er overlap was. De input van de patiëntenvertegenwoordigers was bij deze bijeenkomst van grote toegevoegde waarde.

Prioritering

Na de bijeenkomst konden alle NVOG-leden en relevante patiëntenorganisaties digitaal hun prioritering uitbrengen om tot een top-10 per pijler te komen. Ook konden zij aangeven welk van de afgevallen kennishiaten geprioriteerd hadden moeten worden en wat de reden hiervan was. Deze informatie werd meegenomen bij de definitieve prioritering. Dit alles om een solide draagvlak te creëren voor de kennisagenda.

Methodiek opstellen definitieve kennisagenda

Nadat de prioritering had plaatsgevonden heeft de werkgroep een verdere selectie uitgevoerd om tot een definitieve top-10 per pijler te komen en tot een overkoepelende top-12. De overkoepelende top-12 bestond uit de top-3 per pijler.

De volgende weegfactoren zijn hierin meegenomen:

- De frequentie van prioritering door zowel leden als patiënten(vertegenwoordigers);
- De grootte van de groep patiënten waar de onderzoeksvraag betrekking op heeft.

De overkoepelende top-12 zal in willekeurige volgorde worden gepresenteerd, hier zit geen hiërarchie in.

Naast de zorgevaluatie kennishiaten heeft de werkgroep ook aandacht besteed aan translationeel onderzoek en meer beleidsmatige onderwerpen die binnen zijn gekomen bij het ophalen van kennishiaten. Ondanks dat deze kennishiaten niet onder zorgevaluatie-onderzoek

vallen is de werkgroep van mening dat ook dit belangrijke onderwerpen zijn voor de NVOG als wetenschappelijke vereniging om in de nabije toekomst aandacht aan te besteden.

Het hooglerarenconvent binnen de NVOG is gevraagd om een overzicht te geven van onderzoekslijnen met betrekking tot klinisch patiëntgebonden en preklinisch onderzoek, en promoties die hebben plaatsgevonden van 2018 tot en met 2022. Het doel was om een compleet overzicht van alle wetenschappelijke activiteiten te presenteren (zie ook bijlage 6: het [wetenschappelijk jaarverslag](#)). Het verkregen overzicht is echter niet compleet, maar biedt wel een aantal inzichten die zijn opgenomen in het overkoepelend visiedocument en de visiedocumenten van de verschillende pijlers).



Wetenschappelijke resultaten NVOG

Overkoepelende top-12

Op basis van de prioriteringsbijeenkomst, het online stemmen en de discussie binnen de werkgroep Kennisagenda is een lijst met 12 kennishiaten samengesteld. Dit betreffen de drie belangrijkste vragen per pijler.

U vindt deze vragen hieronder, in willekeurige volgorde:

Kennishiaat	Pijler
Wat is de optimale vorm van foetale bewaking durante partu?	FMG
Wat zijn effectieve diagnostische criteria/interventies voorafgaand en in de zwangerschap ter preventie en behandeling van hypertensieve aandoeningen en placenta insufficiëntie?	FMG
Wat zijn effectieve diagnostische criteria/interventies voorafgaand en in de zwangerschap ter preventie en behandeling van vroeggeboorte?	FMG
Wat is het verschil in effect van je beleid gemaakt op basis van subjectieve en/of objectieve factoren t.a.v. modus partus na Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS)?	GYN
Hoe effectief zijn behandelingen bij chronische bekkenpijn als gevolg van bijvoorbeeld endometriose/MESH complicaties/postoperatieve pijn. Te denken valt aan Bekkenfysiotherapie, psychologische ondersteuning, pijnteambegeleiding, medicatie zoals Esketamine, lifestyle-interventies, eHealth-toepassingen (of een combinatie hiervan)?	GYN
Hoe verhouden nieuwe behandelingen (bijvoorbeeld met GnRH-antagonisten) zich tot de bestaande behandelingen (hormoonpreparaten, mirena, embolisatie of hysterectomie) bij vrouwen met adenomyose, met of zonder kinderwens?	GYN
Hoe groot is het effect van profylactische Humaan Papillomavirus (HPV)-vaccinatie op een recidief HSIL in vrouwen die een primaire behandeling voor vulvaire Hooggradige Squameuze Intraepitheliale Laesie (HSIL) ondergingen?	ONCO
Wat is de rol van posthabilitatie (leefstijl, eHealth, supportieve care, seksualiteit etc.) op de kwaliteit van leven en overleving van patiënten met gynaecologische tumoren?	ONCO
Is de behandeling met vaginale natuurlijke opening transluminale endoscopische chirurgie (vNOTES) hysterectomie bij laag-stadium/laag-risico endometriumcarcinoom oncologisch veilig en wat het voordeel is t.o.v. Totale Laparoscopische Hysterectomie (TLH) met bilaterale salpingo-ovariectomie (BSO)?	ONCO
Wat is de beste behandeling om vruchtbaarheid te verbeteren en te behouden bij vrouwen met adenomyose of endometriose?	VPG

Wat zijn de meest effectieve interventies bij myomen en in het kader van een (toekomstige) kinderwens (enucleatie, embolisatie, High-intensity focused ultrasound (HIFUS), Sonata, hysteroscopische resectie)?	VPG & GYN
Wat zijn de oorzaken en effectieve interventies om een miskraam en een herhaalde miskraam te voorkomen en de gevolgen te beperken?	VPG

Overkoepelend visiedocument

In het overkoepelende visiedocument zal worden ingegaan op belangrijke thema's binnen de NVOG die buiten het doelmatigheidsonderzoek vallen. Dit betreft translationeel en ander preklinisch onderzoek, technische ontwikkelingen, zorginnovaties en duurzaamheid.

Inleiding

Preklinisch en translationeel onderzoek speelt een cruciale rol bij het bevorderen van kennis en innovatie binnen de gynaecologie en obstetrie. Naast de doelmatigheidsstudies is het stimuleren van preklinisch en translationeel onderzoek binnen de Verloskunde en Gynaecologie van essentieel belang voor het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van vrouwen in alle levensfasen. Daarnaast zijn er diverse ontwikkelingen gaande zoals veranderingen in zorginrichting, gebruik van nieuwe technologieën, eHealth en artificiële intelligentie (AI) die geëvalueerd moeten worden. Tevens vinden we dat we aandacht moeten vragen voor duurzaamheid van ons handelen in de zorg en het onderzoek. In dit document geven we onze overkoepelende visie weer op deze onderwerpen.

Visie en doel

Bij navraag van diverse stakeholders (patiënten, artsen, onderzoekers en beleidsmakers) blijkt ook binnen de obstetrie en gynaecologie grote behoefte om de verschillende ziektebeelden beter te kunnen begrijpen en op een duurzame (milieubewuste) wijze sneller te diagnosticeren en innovatief te behandelen. Van veel diagnoses in ons veld is de etiologie niet en de pathofysiologie slechts ten dele ontrafeld, dit beperkt vroege opsporing en adequate behandeling. Personalized medicine staat nog in de kinderschoenen en veel van onze behandelingen hebben ongewenste bijwerkingen en lange termijn uitkomsten zijn vrijwel niet onderzocht. Dit bestrijkt alle pijlers: voorplantingsgeneeskunde, obstetrie, gynaecologie en oncologie.

Er zijn vijf hoofdthema's gedefinieerd binnen translationeel en fundamenteel onderzoek op basis van input opgehaald door het Athena Instituut bij het uitvragen van patiënten, bij uitvraag van patiëntenverenigingen, het hoogleraarconvent, en zoals geïdentificeerd bij het doornemen van bestaande richtlijnen en internationale kennisagenda's waaronder de JLA (James Lind Alliance) agenda. Daarnaast is ook de noodzaak voor de evaluatie van zorginrichting en het gebruik van e-health en AI, op kwaliteit van zorg, relevante patiëntenuitkomsten, ervaringen en duurzaamheid als belangrijke aanvullende overkoepelende thema's benoemd.

Translationeel en fundamenteel onderzoek

1. Etiologie van aandoeningen en pathofysiologie van gerelateerde symptomen

Het begrijpen van de oorzaken en risicofactoren van gynaecologische aandoeningen is van cruciaal belang voor het ontwikkelen van preventieve strategieën en gerichte behandelingen. Wij willen onderzoek stimuleren dat zich richt op het identificeren van genetische, omgevings- en leefstijlfactoren die bijdragen aan de ontwikkeling van gynaecologische aandoeningen. Door middel van interdisciplinaire samenwerking en het gebruik van geavanceerde technieken, zoals genomics en moleculaire biologie (denk hierbij aan gebruik van zogenaamde 'avatars' als organoids) kan etiologisch onderzoek bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid van vrouwen.

2. Drug development

Dit omvat het verkennen van nieuwe therapeutische doelen, het identificeren van veelbelovende moleculen en het ontwikkelen van innovatieve geneesmiddelen om gynaecologische aandoeningen effectiever te behandelen. Hiervoor willen we samenwerking tussen farmacie, onderzoeksinstituten en regulerende instanties aanmoedigen om zodoende de ontwikkeling van veilige en effectieve medicatie te bevorderen, waarbij de NVOG professionele onafhankelijkheid zal borgen. Het faciliteren van klinische onderzoeken en het ondersteunen van translationeel onderzoek naar nieuwe medicijnen zijn cruciaal om de behandelingsopties voor vrouwen te verbeteren.

3. Tissue-engineering

Tissue engineering biedt mogelijkheden voor het ontwikkelen van weefsel- en orgaanvervangende therapieën, het bevorderen van wondgenezing en het herstellen van functies bij gynaecologische aandoeningen. We willen ons inzetten voor het bevorderen van onderzoek naar tissue engineering en het vertalen van deze bevindingen naar klinische toepassingen. Dit omvat het stimuleren van de ontwikkeling van innovatieve biomaterialen, 3D-printing technologieën en geavanceerde weefselkweektechnieken. Door de samenwerking tussen gynaecologen, biomedische ingenieurs en regeneratieve geneeskundigen te bevorderen, kunnen we bijdragen aan de ontwikkeling van op maat gemaakte behandelingsstrategieën die het herstel bevorderen en de kwaliteit van leven van vrouwen verbeteren.

4. Personalized medicine (biomarker/genetisch/organoids)

Personalized medicine, ook wel precisiegeneeskunde genoemd, streeft ernaar om individuele variaties in genetische aanleg, levensstijl en omgevingsfactoren te benutten om op maat gemaakte behandelingsstrategieën te ontwikkelen. Wij erkennen dat vrouwen uniek zijn en dat hun reactie op behandelingen kan variëren. Daarom is het essentieel om te streven naar een meer gepersonaliseerde benadering van de gynaecologische zorg. Door middel van geavanceerde diagnostische tests, genetische profilering en biomarkeranalyse kunnen we meer inzicht krijgen in de individuele kenmerken van patiënten en hun risico op bepaalde aandoeningen beter voorspellen.

5. Innovatieve technologie

Als NVOG erkennen we de potentie maar ook de groeiende invloed van innovatieve technologieën, zoals artificiële intelligentie (AI), om onze diagnostiek te verbeteren en prognostische modellen te maken voor het voorspellen van behandelingsresultaat. AI kan ook bijdragen aan ontwikkeling van nieuwe eHealth-toepassingen en informatievoorziening van patiënten. Tevens is het investeren in de ontwikkeling van nieuwe en verbetering van bestaande apparatuur voor diagnostiek (als verbetering echotechniek) en behandeling (denk aan robotica, artificial womb en targeted therapy met behulp van CEUS) essentieel om onze zorg te verbeteren. Wel moet nieuwe technologie goed worden geëvalueerd voor het te implementeren aangezien het vaak om dure zorg gaat met aanvullend een potentiële belasting voor het milieu (zie ook paragraaf duurzaamheid).

Zorginnovatie

1. Evaluatie van e- health en smarttools

De toegenomen zorgvraag in combinatie met de afgenomen beschikbaarheid van verpleegkundigen vraagt om een andere zorginrichting om toch de zorg en begeleiding te kunnen geven die gevraagd wordt. Er zijn een aantal problemen die we willen oplossen: we willen zowel te late diagnostiek maar ook onnodige verwijzingen voorkomen, we willen patiënten gerichter advies geven bijvoorbeeld waar ze naar toe moeten om onnodige second opinions of doorverwijzingen te reduceren. Aanvullend willen we patiënten beter begeleiden tijdens en na verschillende behandelingen of tijdens chronische aandoeningen om eigen inzicht te vergroten en onzekerheid weg te nemen.

We verwachten dat eHealth mogelijkheden biedt mits dit goed wordt geïntegreerd in de zorg(keten) en niet op zichzelf staat. Alleen dan zullen deze middelen kunnen bijdragen aan zelfmanagement en betere uitkomsten. Deze tools zijn niet alleen nuttig om de zorg te ontlasten maar verbeteren ook de toegankelijkheid van zorg en dragen bij aan betere patiëntenervaringen. Er komen diverse apps op de markt maar de meeste tools zijn niet wetenschappelijk onderzocht. Wij zijn van mening dat deze tools pas ingevoerd moeten worden nadat deze wetenschappelijk bewezen zijn. Daarom is het belangrijk om prioriteit te geven aan de evaluatie van deze tools en implementatie van bewezen effectieve middelen.

2. Evaluatie van vernieuwingen in de zorginrichting te bevordering van zelfmanagement en inspraak

Zorginrichting ter verbetering van de toegankelijkheid van zorg en ervaringen van patiënten. Zelf regie hebben in eigen ziektebeeld, inzicht in eigen gegevens en shared decision making zijn belangrijk en dragen bij aan de ervaringen van patiënten en naasten. Patiëntenparticipatie bij de ontwikkelingen van deze zorgvernieuwing is essentieel evenals het evalueren van de effecten van deze aanpassingen.

3. Integratie van psychosociale hulp binnen de reguliere zorg

Eigenlijk zou het geen zorginnovatie moeten zijn, maar vrijwel alle patiëntenorganisaties hebben aangegeven dat er meer onderzoek gedaan zou moeten worden naar de toegevoegde waarde van psychosociale hulp binnen de reguliere zorg die geboden wordt binnen de verloskunde en gynaecologie. Dit is van toepassing bij vrijwel alle zorg die we leveren omdat er vaak sprake is van traumaverwerking bij bijvoorbeeld niet vervullen van vruchtbaarheid of afname vruchtbaarheidskansen door behandeling of het verliezen van een zwangerschap of kindje, het doormaken van een problematische zwangerschap, het hebben van een oncologische aandoening, het niet meer optimaal kunnen functioneren door aandoeningen of het hebben van chronische pijn, de effecten op seksuologische of maatschappelijke participatie. Het huidige zorgsysteem schiet tekort in het bieden van optimale en vaak multidisciplinaire psychologische begeleiding en wij erkennen de noodzaak om te onderzoeken hoe we dit kunnen verbeteren. Aanpassingen van het zorgsysteem en vergoedingen zijn hiervoor nodig.

4. Evaluatie effecten van centralisatie van zorg en netwerkzorg

Door de toegenomen medische en technische ontwikkelingen in de zorg is centralisatie van zorg essentieel. Niet iedereen moet alle zorg leveren en daarom moet er een goed netwerk komen waarbij basiszorg dicht in de buurt van de patiënt gegarandeerd wordt en specialistische zorg in enkele expertisecentra wordt uitgevoerd. Zowel de basis- als gespecialiseerde zorg dient aan de kwaliteitseisen te voldoen. Idealiter is er nauwe afstemming in de hele keten en is er differentiatie in geleverde zorg.

Goede afspraken moeten gemaakt worden over wat in de 1e, 2e en 3e lijn wordt uitgevoerd. In lijn met het Integraal Zorgakkoord (IZA) is het belangrijk om ook binnen de 3e lijn nog verder te specialiseren, niet alle academische centra hoeven alle zorg te leveren. De invoering van het IZA zal resulteren in grote verschuivingen in de zorg. Er is echter ook een keerzijde aan deze verandering. Een van de grootste risico's is dat in de academische en grote tweedelijns ziekenhuizen de focus komt te liggen op de onderwerpen die in het IZA beschreven zijn.

Aangezien de meeste zorg die geleverd wordt door de verloskunde en gynaecologie niet opgenomen is in het IZA komen de beschikbare middelen en capaciteit voor deze zorg onder druk te staan. Het is belangrijk dat de toegankelijkheid van zorg gegarandeerd blijft voor alle pijlers en het is ook heel belangrijk dat bij de portfoliokeuzes van de academische centra de verloskundige, gynaecologische en voortplantingszorg voldoende geprioriteerd worden.

Academische inbedding van alle pijlers is nodig voor het vervullen van de last resort functie, het bevorderen van kwaliteit van zorg, ontwikkelen van (inter)nationale richtlijnen, uitvoeren van preklinisch en translationeel onderzoek, ontwikkelen van innovaties en het initiëren van (internationale) multicenter studies. Het effect van de invoering van zorgverplaatsing en de uitvoering van zorg in de keten op toegankelijkheid, kwaliteit van zorg, patient reported outcomes en patiëntenervaringen, dienen uitvoerig geëvalueerd te worden.

Duurzaamheid

Het wordt steeds belangrijker om de zorg te verduurzamen: de Nederlandse zorg is verantwoordelijk voor 7,3% van de Nederlandse CO₂ uitstoot en heeft daarmee een verantwoordelijkheid om hier iets aan te doen. Om aan impactverlaging te kunnen doen, moet in kaart gebracht worden wat de milieubelasting is van verschillende behandelingen, diagnostische middelen en individuele instrumenten/medicijnen die gebruikt worden in de zorg. Als de kwantitatieve impact vast staat, kan gestuurd worden op 'de duurzame keuze' of kan het proces worden verbeterd door hoge uitstoot in de productieketen aan te pakken (hotspotanalyse).

In de komende jaren willen wij ons erop toeleggen om deze impactkwantificering te incorporeren in het evaluatieonderzoek wat we doen en duurzaamheid als vast onderdeel mee te laten wegen in de besluitvorming. De methodologie hiervoor is nog niet standaard beschikbaar, wij willen er echter actief aan bijdragen om de bouwstenen hiervoor aan te leveren en staan ervoor open om dit – zodra het beschikbaar komt - te incorporeren in het onderzoek wat wij doen. Tot die tijd proberen we duurzaamheid in de breedste zin van het woord toe te passen binnen onderzoek met de nu al beschikbare middelen.

Door duurzaamheid te integreren in onderzoek, willen we niet alleen bijdragen aan wetenschappelijke vooruitgang, maar ook aan de bredere inspanning om de impact van de medische sector op het milieu te verminderen. Het streven naar duurzaamheid in het onderzoek toont een betrokkenheid bij een verantwoorde en ethische benadering van wetenschap, waarbij de gezondheid van vrouwen wordt bevorderd in harmonie met de natuurlijke omgeving.

Top-10 Foetomaternale geneeskunde (FMG)

Op basis van de prioriteringsbijeenkomst, het online stemmen en de discussie binnen de werkgroep Kennisagenda is een lijst met de 10 belangrijkste kennishiaten samengesteld voor de pijler FMG. U vindt deze vragen hieronder, in willekeurige volgorde:

Kennishiaat	
Thema Placenta	
A	Wat zijn effectieve diagnostische criteria/interventies voorafgaand en in de zwangerschap ter preventie en behandeling van hypertensieve aandoeningen en placenta insufficiëntie?
B	Hoe kunnen we doodgeboorte voorspellen en voorkomen?
Thema Vroeggeboorte	
C	Wat zijn effectieve diagnostische criteria/interventies voorafgaand en in de zwangerschap ter preventie en behandeling van vroeggeboorte?
D	Wat zijn de (on)gunstige effecten van inleiden bij prematuur gebroken vliezen (PPROM) tussen 34-37 weken bij bewezen GBS dragerschap?
Thema Foetale geneeskunde	
E	Is bij een diagnose <i>vasa previa</i> rond 20 weken een vervolgecho voldoende betrouwbaar voor definitieve diagnose?
Thema Diabetes	
F	Wat zijn de effectieve interventies voorafgaand en in de zwangerschap ter preventie, diagnose en behandeling van preexistente diabetes en/of diabetes gravidarum zowel korte als lange termijn?
Thema Bevalling	
G	Wat is de optimale vorm van foetale bewaking durante partu?
H	Welke interventies (zoals bijvoorbeeld inhoud geboorteplan, shared decision making, inforoverstrekking, consult 2e lijn, integrale geboortezorg) zijn effectief om de bevallingservaring te optimaliseren?
I	Wat is het optimale geboorte-interval en interventie (zoals een primaire stuitextractie op het 2e kind) tussen kind 1 en 2 voor de uitkomsten van tweede kinderen (meerlingzwangerschap)?
Overkoepelende vragen	
J	Wat is de impact van medicatie tijdens de zwangerschap op de foetus en/of neonat, wat zijn de effecten en bijwerkingen van het medicament?

Daarnaast heeft de pijler FMG ook een visiedocument opgesteld waarin de belangrijkste doelen voor de komende jaren worden toegelicht:

Inleiding

In Nederland worden per jaar 160.000 kinderen geboren. De PERISTAT-cijfers uit 2022 laten, na een daling tot 2015, een stabilisering zien van de perinatale sterfte in de afgelopen decennia op 4.4/1000 geboortes. Nederland staat daarmee onveranderd de 14e plaats van de 23 Europese landen in PERISTAT.

Naast preventie van sterfte speelt preventie en behandeling van zowel maternale als neonatale morbiditeit een belangrijke rol bij zorgverleners in de geboortezorg. De pijler FMG van de NVOG zet zich in om de zwangere vrouw en haar partner zo goed en veilig mogelijk te begeleiden en heeft de ambitie om het aantal complicaties in de zwangerschap, bevalling en kraambed verder te doen dalen. Dit tracht zij te doen door wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar de achtergrond en mechanismen van belangrijke complicaties in de zwangerschap, als vroeggeboorte, pre-eclampsie, groeivertraging, diabetes en aangeboren afwijkingen. Veelbelovende interventies worden in het landelijk samenwerkingsverband NVOG Consortium 2.0 onderzocht in klinisch zorgevaluatie-onderzoek. Verdere verbetering van samenwerking tussen de zorgverleners die actief zijn in de geboortezorg, en in toenemende mate ook partners in het sociale domein, wordt gestimuleerd.

Om het onderzoek te stroomlijnen zijn binnen de pijler FMG 9 speciale interesse groepen (SIG's) rondom een onderzoeksthema gevormd. Nagenoeg alle kennislacunes kunnen worden geschaard onder 1 van deze onderzoeksthema's. De onderzoeksthema's zijn:

1. Basaal en Translationeel onderzoek
2. Vroeggeboorte
3. Psychosociaal
4. Placenta-insufficiëntie – pre-eclampsia/fetal growth restriction
5. Diabetes-Obesitas
6. Bevalling
7. Organisatie van Geboortezorg
8. Lange termijn follow-up
9. Foetale Geneeskunde

Zwangerschapscomplicaties

Preventie

De meest voorkomende zwangerschapscomplicaties die leiden tot foetale, neonatale en maternale morbiditeit en mortaliteit zijn foetale congenitale afwijkingen, vroeggeboorte, pre-eclampsie, groeivertraging, diabetes en complicaties tijdens de bevalling. Preventie door pre-conceptionele of vroege interventies en/of leefstijl programma's hebben de potentie om de incidentie van deze zwangerschapscomplicaties te doen dalen en zijn binnen alle SIG's onder de aandacht.

Placenta-insufficiëntie

Placenta-insufficiëntie kan leiden tot pre-eclampsie en foetale groeirestrictie: beide ziektebeelden met kans op ernstige maternale en foetale en neonatale morbiditeit en mortaliteit.

Basaal en translationeel onderzoek naar de pathofysiologische mechanismen achter placenta-insufficiëntie zijn tot speerpunt benoemd in de SIG's placenta-insufficiëntie en basaal en translationeel onderzoek en een onderzoeksnetwerk om dit te faciliteren is opgericht. Vroege identificatie van vrouwen met een verhoogd risico op placenta-insufficiëntie en onderzoek naar effectieve preventieve interventies hebben topprioriteit.

Vroeggeboorte

In Nederland bevallen jaarlijks 12.000 zwangeren voor 37 weken zwangerschapsduur, waarvan 1.500 door spontane vroeggeboorte voor 32 weken. Daarmee is spontane vroeggeboorte in Nederland de belangrijkste oorzaak van neonatale mortaliteit en morbiditeit en van complicaties op de lange termijn bij het kind. Basaal en translationeel onderzoek naar de pathofysiologische mechanismen achter spontane vroeggeboorte zijn tot speerpunt benoemd in de SIG's

vroeggeboorte en basaal en translationeel onderzoek. Vroege identificatie van vrouwen met een verhoogd risico op vroeggeboorte en onderzoek naar effectieve preventieve interventies hebben topprioriteit.

Foetale geneeskunde

Naast aandacht en uitbreiding van de diagnostiek naar congenitale afwijkingen, staat onderzoek naar verbetering en doelmatige uitbreiding van de detectie van vasa previa hoog op de agenda. Ook de inrichting van zorg voor vrouwen die zwanger zijn van een kind met een congenitale afwijking of placenta previa/ risicofactoren voor vasa previa staat samen met de SIG organisatie van zorg op de agenda.

Diabetes

Diabetes in de zwangerschap is een van de meest voorkomende ziektebeelden met grote gevolgen voor moeder en kind. Ieder jaar neemt het aantal zwangerschappen met diabetes toe. De SIG Diabetes-Obesitas heeft als doelstelling te zorgen dat in Nederland de kwaliteit van kennis over én de kwaliteit van zorg voor vrouwen met diabetes en obesitas in de fertiele levensfase in alle facetten worden geoptimaliseerd: onderzoek naar de doelmatigheid van de huidige inzet van middelen, maar ook onderzoek over innovatieve interventies voor en tijdens de zwangerschap, die het doel hebben dat zwangerschap en diabetes met betere geboorte-uitkomsten gepaard zal gaan, hebben prioriteit.

Bevalling

De Pijler FMG streeft naar een veilige bevalling voor zowel moeder als kind, die door alle betrokkenen als goed en prettig wordt ervaren en waar met grote tevredenheid op wordt teruggekeken. Interventies die streven naar het verder reduceren van complicaties (o.a. hoe bewaken we de conditie van de foetus durante partu?) tijdens en vlak na de bevalling én de patiënttevredenheid zullen verder worden onderzocht door de SIG's bevalling, psychosociaal en kwaliteit en organisatie van geboortezorg. Hierbij hebben optimale inzet van het geboortepan, de informatieverstrekking en shared decision making prioriteit.

Overkoepelende vragen

Bij veel van de bovengenoemde ziektebeelden wordt gebruik gemaakt van medicatie. Omdat medicatie soms off-label wordt ingezet, of omdat de werking en bijwerkingen in de zwangerschap onvoldoende zijn onderzocht, of omdat er een nieuwe toepassing in de zwangerschap is van bestaande medicatie, is er dringend behoefte aan meer zicht op de effecten van medicatie in de zwangerschap. Wat is de impact van medicatie tijdens de zwangerschap op de foetus en/of neonat, wat zijn de effecten en bijwerkingen van het medicament?

Lange termijn follow-up van kinderen met een congenitale afwijking, of die na placenta-insufficiëntie, maternale hypertensieve aandoeningen, na prematuriteit of na maternale diabetes zijn geboren, maar juist ook de impact van obstetrische interventies (bijv. inleiding, modus partus, obstetrisch beleid, medicatie) zijn geprioriteerd door alle SIG's in samenwerking met de SIG lange termijn follow-up. Het uiteindelijke doel van ons handelen is maximale gezondheidswinst voor een leven lang gezondheid voor moeder en kind.

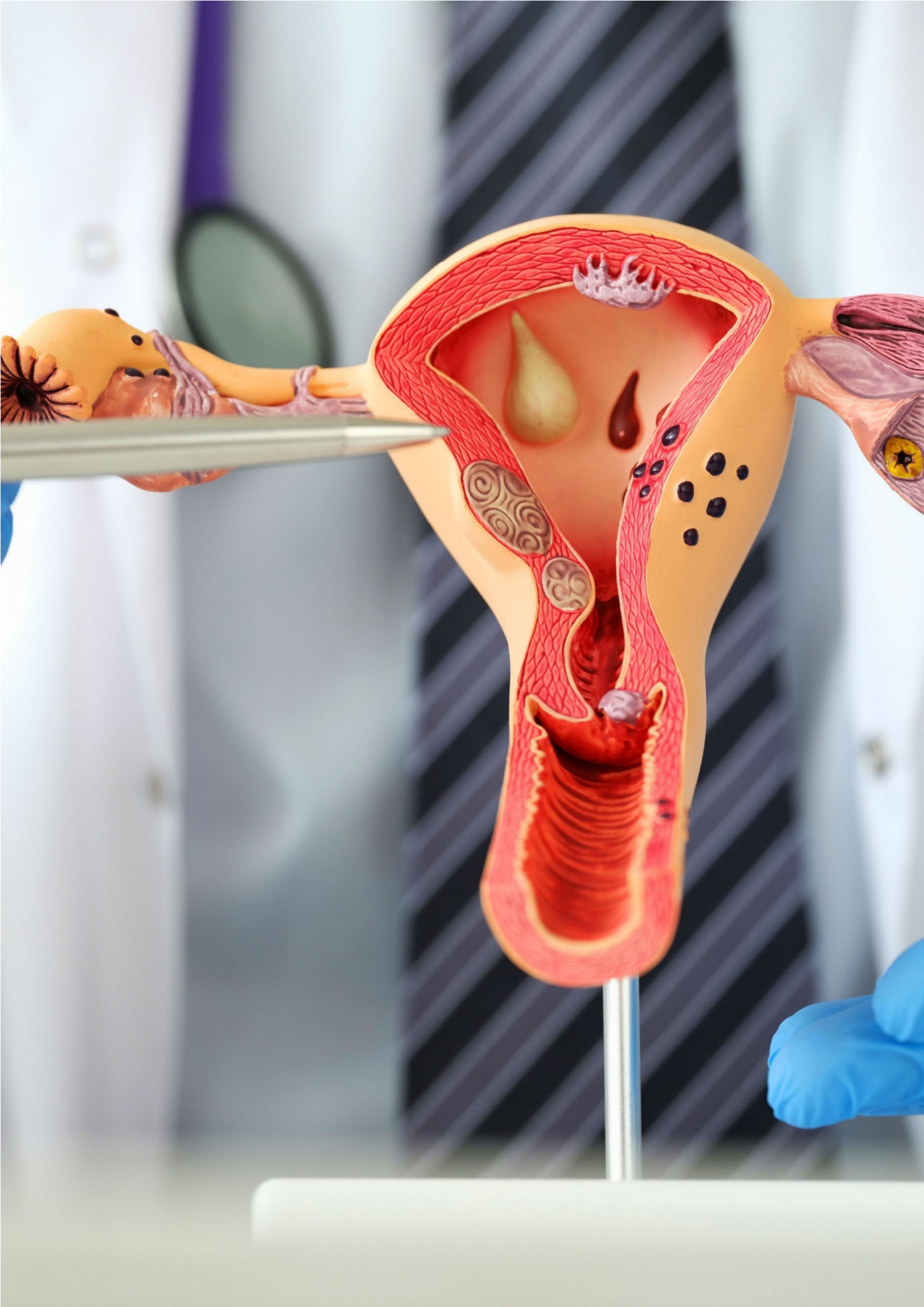
De toekomst

Nieuwe technologische ontwikkelingen op het gebied van foetale en maternale bewaking tijdens de zwangerschap en ondersteuning van de neonat na de geboorte zijn als speerpunten benoemd binnen de SIG Basaal en translationeel onderzoek. De ontwikkeling van een kunstmatige baarmoeder is in gang gezet in Nederland en meerdere SIG's zijn hierbij betrokken. Basaal en/of translationeel onderzoek kan de resultaten van pragmatisch klinisch evaluatieonderzoek duiden en vervolghypothesen formuleren, onderzoeken en benutten. De combinatie van basaal en/of translationeel onderzoek met klinisch onderzoek is essentieel om vooruitgang te boeken, de ambitie van de Pijler FMG waar te maken en te streven naar de best haalbare zwangerschapsuitkomst. De komende jaren zal de Pijler FMG zich voor deze verbinding hard maken.

Top-10 Gynaecologie (GYN)

Op basis van de prioriteringsbijeenkomst, het online stemmen en de discussie binnen de werkgroep Kennisagenda is een lijst met de 10 belangrijkste kennishiaten samengesteld voor de pijler GYN. U vindt deze vragen hieronder, in willekeurige volgorde:

Kennishiaat	
Thema Uteriene afwijkingen	
A	Welke myomen moeten bij actieve kinderwens of subfertiliteit behandeld worden, en met welke behandelmodaliteit (enucleatie, embolisatie, High-intensity focused ultrasound (HIFUS) en wat is de waarde van de SONATA behandeling?
B	Hoe verhouden nieuwe behandelingen (bijvoorbeeld met GnRH-antagonisten) zich tot de bestaande behandelingen (hormoonpreparaten, mirena, embolisatie of hysterectomie) bij vrouwen met adenomyose, met of zonder kinderwens?
C	Hoe effectief is het gebruik van zelfdiagnostiek (middels een gevalideerde app) naar uteriene afwijkingen bij vrouwen met hevige menstrueel bloedverlies en pijnlijke menstruaties en hoe kan dit onderwerp in de breedste zin van het woord verbeterd worden voor het welzijn van vrouwen?
Thema Prolaps/incontinentie	
D	Wat is het verschil in effect van je beleid gemaakt op basis van subjectieve en/of objectieve factoren t.a.v. modus partus na Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS)?
E	(Kosten)Effectiviteit verschillende behandelingen voor overactieve blaasklachten.
F	Wat is de meest (kosten)effectieve diagnostiek en behandeling voor patiënten met problemen in het achterste compartiment?
Thema Chronische bekkenpijn	
G	Hoe effectief zijn behandelingen bij chronische bekkenpijn als gevolg van bijvoorbeeld endometriose/MESH-complicaties/postoperatieve pijn. Te denken valt aan bekkenfysiotherapie, psychologische ondersteuning, pijnteambegeleiding, medicatie zoals Esketamine, lifestyle-interventies, eHealth-toepassingen (of een combinatie hiervan)?
Thema Artificial intelligence	
C	Hoe effectief is het gebruik van zelfdiagnostiek (middels een gevalideerde app) naar uteriene afwijkingen bij vrouwen met hevige menstrueel bloedverlies en pijnlijke menstruaties en hoe kan dit onderwerp in de breedste zin van het woord verbeterd worden voor het welzijn van vrouwen?
H	Wat zijn de behandelopties bij cyclusklachten als focus ligt op meest effectief, innovatief, alternatief, levensstijl, beste kwaliteit van leven, voorspelling behandelrespons en nieuwe technologieën? Het betreft cyclusklachten door uteriene afwijkingen, (iatrogene) stollingsstoornissen of zonder aanwijsbare oorzaak.
Thema Ovariumafwijkingen	
I	Welke strategie (inclusief beeldvorming, tumormarkers en modellen) is superieur voor differentiatie benigne versus maligne ovariumcysten?
Thema Overkoepelend	
J	Optimalisatie van fast track chirurgische behandeling (bijv. sedatie/dagbehandeling/klinische opname).



Daarnaast heeft de pijler GYN ook een visiedocument opgesteld waarin de belangrijkste doelen voor de komende jaren worden toegelicht:

Inleiding

De pijler GYN vertegenwoordigt alle vrouwspecifieke zorg binnen de verloskunde en gynaecologie die goedaardig van aard is. Dit betreft uteriene afwijkingen, endometriose, bekkenbodempromblematiek, ovariumcysten, anticonceptie, overgangsklachten, vulvaire afwijkingen, seksuologie, psychosomatiek, jonge-zwangerschapspromblematiek, kindergynaecologie en gynaecologische-genderzorg. Vele werkgroepen hebben zich binnen de pijler verenigd om deze zorg te optimaliseren. Het belang hiervan is groot, vrijwel de helft van onze hele bevolking krijgt te maken met één of meerdere van deze aandoeningen in haar leven en daardoor wordt het te vaak beoordeeld als problemen die er nu eenmaal bij horen. Echter de impact op de kwaliteit van leven is groot, de gerelateerde zorgkosten hoog vooral omdat de diagnose vaak te laat gesteld wordt, omdat niet direct de juiste diagnostiek of behandeling wordt ingezet of patiënten niet weten bij wie ze terecht kunnen. Maar ook zijn het problemen waar je niet zo makkelijk over praat en waar nog vaak een taboe op rust. De behandelingen zijn nog vaak gericht op symptoombestrijding.

Goede gerichte passende en tijdige zorg die aangrijpt op de onderliggende oorzaak met zo min mogelijk bijwerkingen is onvoldoende voorhanden. Deze visie wordt niet alleen uitgedragen vanuit de pijler, maar werd ook opgehaald door het Athena-instituut bij het uitvragen van patiënten en vertegenwoordigers en sluit aan bij de internationale agenda opgesteld met behandelaars, patiënten en familieleden ook wel de James Lind Alliance (JLA) agenda genoemd.

Visie en doel wetenschappelijk onderzoek

Om de zorg te kunnen optimaliseren en te kunnen blijven bekostigen is het nodig om onderzoek te doen naar de doelmatigheid van bestaande behandelingen, hiervoor hebben we wederom de klassieke kennisagenda opgesteld. Maar evenzo belangrijk is het om meer onderzoek te doen naar de onderliggende oorzaak van diverse aandoeningen zodat gerichte behandelingen kunnen worden ontwikkeld. Hoe gericht de behandeling, hoe minder invasief een behandeling kan zijn en hoe minder onnodige bijwerkingen ontstaan. Meer inzicht in individuele patiëntprofielen die risicofactoren in kaart brengen voor het krijgen van bijwerkingen en het ontwikkelen van langetermijn problemen (zoals bijvoorbeeld verzakkingen of infertiliteit) zijn van belang om te komen tot personalized medicine.

Om de bovengenoemde doelstellingen te bereiken moet ingezet worden op verschillende domeinen:

- Er is meer aandacht nodig voor vrouwspecifieke problemen, aandacht voor educatie zou verankerd moeten worden op middelbare scholen en in de verschillende medische opleidingen. Maar ook via internet en social media.
- Er is erkenning nodig dat deze zorg speciale expertise vergt. Bovendien is er meer onderzoek nodig. Naast voldoende financiering is het ook belangrijk dat deze zorg in universitaire medische centra verankerd blijft en dat er voldoende hoogleraren (uro)gynaecologie in Nederland zijn.
- De diagnostiek naar vrouwspecifieke aandoeningen moet verbeteren en verder worden ontwikkeld. Daarnaast moeten meer tools ontwikkeld worden die bijdragen aan zelfmanagement van de vrouw of adolescent zodat ze eerder zelf kunnen beoordelen of hulp nodig is en waar ze die kunnen vinden.
- Zorgprocessen dienen te worden geoptimaliseerd. Door verschillen in expertise en praktijkvariatie bezoekt een patiënt vaak meerdere loketten voordat ze uiteindelijk de juiste behandeling krijgt. Process mining kan bijdragen om de zorgprocessen beter in kaart te brengen en te optimaliseren.
- Optimale registratie van core-outcome sets dient het fundament te zijn voor het ontwikkelen van prognostische modellen op basis van big data. Langetermijnuitkomsten dienen meegenomen te worden bij alle (chirurgische) interventies. Alleen dan krijgen we inzicht in de effecten van ons handelen en kunnen we praktijkvariatie verminderen en

eventuele preventieve maatregelen nemen om langetermijncomplicaties tegen te gaan. De negatieve effecten van uterus chirurgie waaronder de keizersnede, maar ook aandacht voor bevallingsgerelateerde schade aan de bekkenbodern, zijn voorbeelden hiervan. Maar ook de fertiliteitsuitkomsten na uteriene en adnexchirurgie zoals bij myomen, endometriose en ovariële cysten. Tevens de effecten van vaginale of laparoscopische (prolaps)chirurgie op langetermijncomplicaties of seksuologisch functioneren zijn hier voorbeelden van.

- Preklinisch, translationeel onderzoek naar onderliggende werkingsmechanismen van bijvoorbeeld uteriene afwijkingen zoals adenomyose, endometriose en niches maar ook onderzoek naar regeneratie van bekkenbodernschade om de schade als gevolg van vaginale baring en veroudering te corrigeren, zijn essentieel voor de preventie en gerichte behandeling van de verschillende vrouwspecifieke aandoeningen. We vinden dit onderwerp zo belangrijk dat we naast een prioriteringsagenda voor klinisch evaluatieonderzoek een onderzoeksagenda voor translationeel onderzoek hebben opgesteld.

Er is dus heel veel werk te doen en daarom moet structurele inbedding van wetenschappelijk onderzoek en zorgevaluatie worden bevorderd. Wij zijn van mening dat het doen van onderzoek binnen de gynaecologie een kwaliteitscriterium moet worden bij kwaliteitsvisitaties van de NVOG. Ook is aanbeveling en intensivering van samenwerking op het gebied van wetenschappelijk onderzoek met patiëntenverenigingen, Patiëntenfederatie Nederland en verzekeraars van groot belang.

Kennisagenda translationeel onderzoek en nieuwe technieken in de gynaecologie

(A-E)

A. Preklinisch en translationeel onderzoek gynaecologie

Verschillende etiologische en translationele kennisvelden en bijbehorende onderzoeksstrategieën zijn geagendeerd om meer inzicht te krijgen in mechanismen van ziekte en behandeling. Hierin willen wij ook meer samenwerking binnen de Nederlandse centra bevorderen.

1. Myomen, adenomyose/endorometriose/vulvaire afwijkingen: onderzoek naar mechanismen van ontstaan, groei, maligne onttaarding, en behandeling van myomen, adenomyose en endometriose ligt aan de basis om de zorg binnen de benigne gynaecologie te kunnen verbeteren. Ontwikkeling van nieuwe technieken voor de behandeling van deze aandoeningen is belangrijk voor vrouwen. Het opzetten van een nationale biobank van weefsel van deze aandoeningen zal ook fundamenteel onderzoek faciliteren.
2. Hevig menstrueel bloedverlies (HMB): hoewel veel voorkomend is veel onderzoek gericht op de behandeling van HMB. De oorzaak van HMB met name in een "normale uterus" is voor een groot deel onopgehelderd. Internationale samenwerking kan ons versterken met het doen van dit fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.
3. Bevalling gerelateerde schade:
 - a. Prolaps (verzakking), urine- en fecale incontinentie
Het is belangrijk om de uitkomsten van operaties vanwege verzakking, urine- en fecale incontinentie te verbeteren en dit kan door het ontwikkelen van tissue-engineered technieken. Daarnaast moet er bij de bevalling meer aandacht komen voor de preventie en vroege diagnostiek en behandeling van schade aan bekkenbodemp en sfincter.
 - b. Asherman syndroom
De etiologie van verklevingen in de baarmoederholte die zijn ontstaan na een zwangerschapsgerelateerde ingreep of aandoening (zoals curettage of manuele placentaverwijdering), is onopgehelderd.
 - c. Uteriene niche
Een defect in het uteriene keizersnedelitteken is een relatief nieuwe bevinding met grote impact op gynaecologische klachten en infertiliteit. Onderzoek naar de oorzaak, behandeling en het voorkomen van de afwijking is belangrijk. Ook hier zouden tissue engineered technieken een rol kunnen spelen.

B. In vitro onderzoek

Hypothesen met betrekking tot verschillende mechanismen van ziekte die spelen bij patiëntensubgroepen worden getest met weefsel en vocht van patiënten. Analyses ('systems biology') op weefsel en vocht samples worden gecombineerd met het ontwikkelen van een cell biobank en de constructie van zogenaamde 'patiënt avatars' (zoals organoids).

Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om in vitro de menstruatiecyclus van het endometrium na te bootsen en onderzoek te doen naar angiogenese. Zowel etiologische vragen als verschillende interventies kunnen vervolgens worden getest op avatars van verschillende subgroepen om zo de basis te leggen voor dierproeven en nieuwe gestratificeerde clinical trials en om het gebruik van bestaande therapie beter te onderbouwen. Er zijn al verschillende cell biobanken van verschillende patiënten in aanleg (o.a. UMC Utrecht, Amsterdam UMC).

C. Tissue engineering

Weefselreacties en tissue engineering zijn belangrijk om het ontstaan van, de gevoeligheid voor en de behandeling van verzakkingen en uteriene afwijkingen te onderzoeken evenals de primaire preventie hiervan. Research naar nieuwe veilige en effectieve synthetische en lichaamseigen materialen ter voorkoming van complicaties en recidieven na chirurgische behandeling van m.n. verzakkingen en uteriene afwijkingen (zoals sectio caesarea, myoomenucleatie) is nodig.

D. Differentiëren benigne/maligne

Discovery van (circulerende en beeldvorming) “tumormarkers” voor benigne en maligne tumoren en afwijkingen van de genitalia interna voor zowel vroege opsporing als evaluatie van therapie.

E. Personalized medicine

Voorspellen respons op bepaalde behandelingen of medicatie van individuele patiënten op basis van patiëntenkenmerken, genetische eigenschappen, specifieke bio-markers en persoonlijke voorkeuren kan sterk bijdragen aan het reduceren van ineffectieve behandelingen of onnodig hoge doseringen en daaraan gerelateerde bijwerkingen. Effectievere (personalized) therapie zal ook bijdragen aan kostenreductie en duurzaamheid.

F. Imaging technieken

Onderzoek naar hoe verschillende imaging technieken (m.n. echo en MRI) ter verbetering van de diagnostiek en om vervolgens vroege detectie en uitkomsten van behandelingen te bevorderen door betere patiëntselectie. Vernieuwende beeldvorming middels echo hoort bij deze innovaties, zoals bijvoorbeeld echografische beoordeling van subendometriale contracties van de uterus die een rol kunnen spelen bij embryo-implantatie. Diverse nieuwe geavanceerde echotechnieken bieden potentie om duurdere en invasievere beeldvorming zoals MRI- of CT-scan te vervangen. Enkele voorbeelden van deze technieken zijn 3D-echografie, power doppler, MV-flow of contrast enhanced (CEUS) voor de beeldvorming van uteriene afwijkingen en endometriose. Of transperineale echografie bij vrouwen met verzakkingen of obstructieve defaecatie. Naast de optimalisatie van deze technieken is ook evaluatie van de toegevoegde waarde ten opzichte van de huidige technieken essentieel.

G. Technologische vernieuwingen/Robotica

Nieuwe technologieën en innovaties van technieken en instrumenten ter behandeling van gynaecologische afwijkingen kunnen bijdragen aan verbetering van de behandeling van afwijkingen van vrouwelijke geslachtsorganen. De Technische Universiteiten (TU's) van Nederland kunnen daarin bijdragen. Onderzoek onder andere in het veld van de robotica. Daarnaast wordt het initiëren van nieuwe minimaal invasieve technieken steeds belangrijker, waardoor snel herstel en behoud van conditie voor minder ziektelast zorgen. Ook hier is samenwerking met innovatieve bedrijven, TU's en creatieve denkers heel belangrijk.

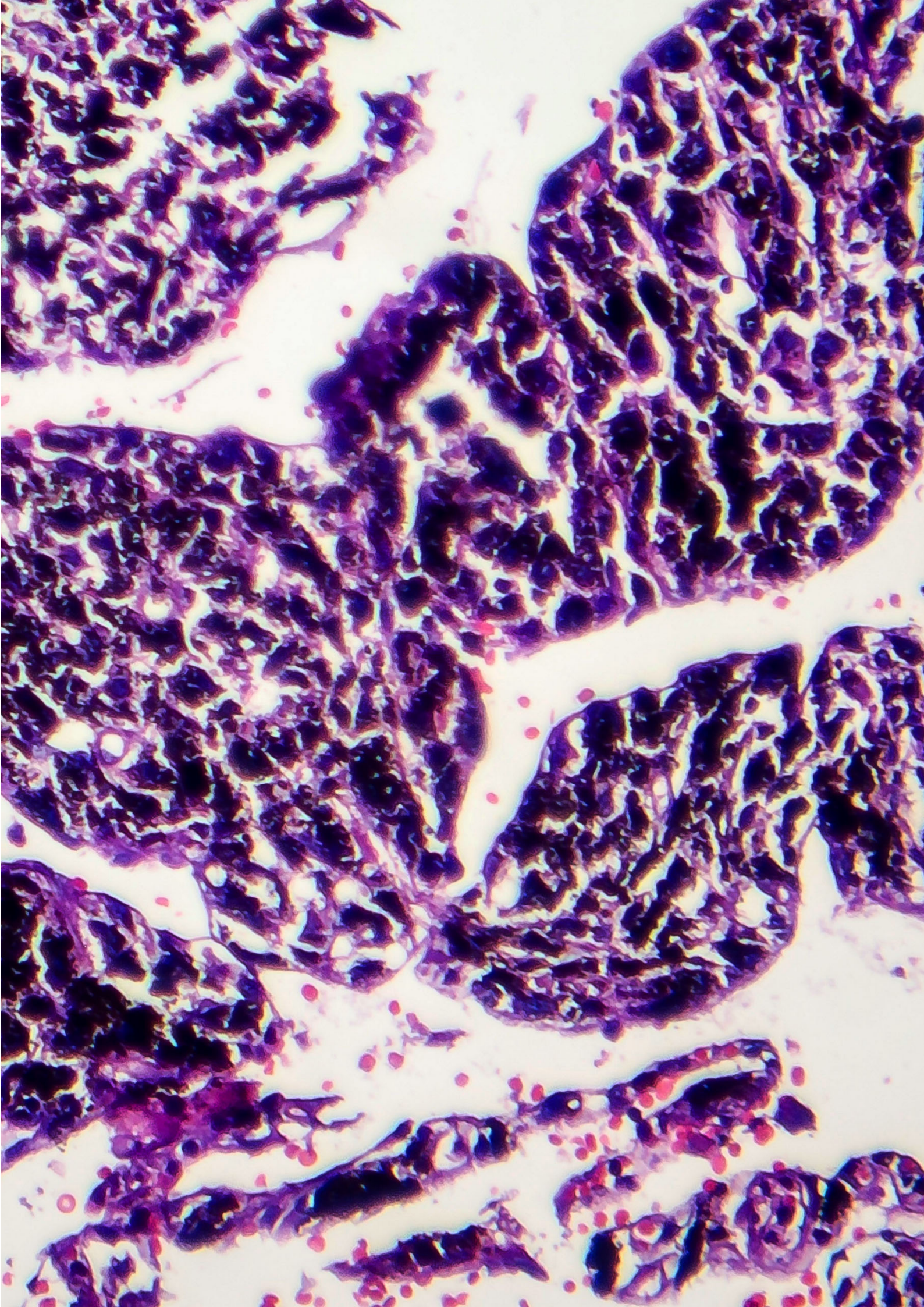
H. Artificiële Intelligentie (AI)

AI is niet meer weg te denken en de ontwikkelingen gaan erg snel. Onderzoek is nodig om te zien waar AI ons kan helpen zoals bijvoorbeeld voor ondersteuning in diagnostiek maar ook bij het ontwikkelen van prognostische modellen. We verwachten dat AI een belangrijk onderdeel kan zijn van blended care.

Top-10 Oncologie (ONCO)

Op basis van de prioriteringsbijeenkomst, het online stemmen en de discussie binnen de werkgroep Kennisagenda is een lijst met de 10 belangrijkste kennishiaten samengesteld voor de pijler Oncologie. U vindt deze vragen hieronder, in willekeurige volgorde:

Kennishiaat	
Thema Preventie	
A	Wat is de optimale screening strategie voor immunogecompromitteerde vrouwen ter preventie van cervixcarcinoom en voor het opsporen van Cervicale Intraepitheliale Neoplasie (CIN)2+?
B	Wat zijn de effecten van preventieve vaccinatie in immunogecompromitteerde vrouwen bij cervixcarcinoom en CIN2+?
C	Wat is de effectiviteit en het optimale screeningsschema bij gynaecologische surveillance van patiënten met het lynch syndroom?
D	Hoe groot is het effect van profylactische Humaan Papillomavirus (HPV)-vaccinatie op een recidief Hooggradige Squameuze Intraepitheliale Laesie (HSIL) in vrouwen die een primaire behandeling voor vulvaire HSIL ondergingen?
Thema Diagnostiek	
E	Hoe (kosten)effectief, accuraat en effectief zijn beeldvormende technieken voor gynaecologische tumoren?
F	Leidt het uitvoeren van echo's volgens International Endometrial Tumor Analysis (IETA) tot een betere preoperatieve risicoselectie bij vrouwen met endometriumcarcinoom?
G	Is het effectief om bij het endometriumcarcinoom pre-operatief moleculaire diagnostiek te verrichten en de chirurgische en adjuvante therapie daarop te baseren?
Thema Optimaliseren behandeling	
H	Wat is de rol van prehabilitatie (leefstijl, eHealth, supportieve care etc.) op de kwaliteit van leven en overleving van patiënten met gynaecologische tumoren?
I	Is de behandeling met vaginale natuurlijke opening transluminale endoscopische chirurgie (vNOTES) hysterectomie bij laag stadium/laag risico endometriumcarcinoom oncologisch veilig en wat het voordeel is t.o.v. Totale Laparoscopische Hysterectomie (TLH) met bilaterale salpingo-ovariectomie (BSO)?
J	Wat is de rol van posthabilitatie (leefstijl, eHealth, supportieve care, seksualiteit etc.) op de kwaliteit van leven en overleving van patiënten met gynaecologische tumoren?



Daarnaast heeft de pijler oncologie ook een visiedocument opgesteld waarin de belangrijkste doelen voor de komende jaren worden toegelicht:

Algemeen

De gynaecologische oncologie is een multidisciplinair vakgebied met nauwe samenwerking met onder andere medisch oncologen, radiotherapeuten, radiologen, pathologen, klinisch genetici, verpleegkundigen en patiëntenorganisaties. Naast de wetenschapscommissie van de Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG) van de NVOG, wordt op gebied van onderzoek deze samenwerking bekrachtigd door de Dutch Gynaecological Oncology Group (DGOG). In de DGOG zijn bovenstaande disciplines vertegenwoordigd. Via de DGOG zijn ook de contacten met de internationale gemeenschap op dit gebied gewaarborgd.

Gynaecologische tumoren zijn, met uitzondering van het endometriumcarcinoom, zeldzame tumoren. Mede om deze reden is de zorg georganiseerd in acht gynaecologisch oncologische regio's. Landelijk, maar ook internationale, samenwerking op het gebied van onderzoek is dus van groot belang. Kennis over deze zeldzame tumoren loopt vaak achter doordat patiënten verspreid zijn over het land, studies moeilijk te verrichten zijn en subsidies nauwelijks toegekend worden. Derhalve moet concurrentie, lange inclusieperiodes en overlap in (klinisch) onderzoek voorkomen worden. In Nederland zijn goede initiatieven genomen op het gebied van registratie Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en Dutch Gynaecological Oncology Audit (DGOA) waarmee onderzoek op basis van landelijke data de zorg kan verbeteren.

Voor al het onderzoek binnen de gynaecologische oncologie geldt dat de WOG nauw samenwerkt met Stichting Olijf, het netwerk voor vrouwen met gynaecologische kanker. Het streven is het patiëntenperspectief te betrekken in alle fasen van het onderzoek: van projectidee tot en met interpretatie van deze resultaten. Tot slot vindt de WOG het belangrijk dat belangrijke bevindingen uit onderzoek vlot de weg naar de praktijk kunnen vinden en onderstreept dus ook het belang van implementatie (onderzoek), waarbij ook oog voor de impact op het klimaat.

Wetenschappelijke visie voor 2023 – 2026

Doorontwikkelen van wetenschappelijke visie

Sleutelwoorden voor onderzoek in de komende jaren zijn samenwerking, transparantie en implementatie. De werkgroep vindt het van belang dat wetenschappelijke voorstellen breed gedragen worden door alle leden van de WOG, en dat de onderzoeksideeën klinische impact zullen hebben met meerwaarde voor de patiënten. Om deze reden zal de WOG de komende jaren energie steken in het verder uitwerken van de wetenschappelijke visie met onderstaande onderzoeksthema's als basis (A tot en met F), samen met haar leden. Hierdoor zal er niet alleen een breder draagvlak zijn voor de onderzoeksideeën, maar worden ook de samenwerking, verbondenheid en uitvoer bekrachtigd. De huidige wetenschapscommissie streeft ernaar om zichzelf uit te breiden tot een orgaan waarin elke regio vertegenwoordigd is, zodat een zo compleet mogelijk beeld van de wetenschappelijke ambitie in Nederland vertegenwoordigd is.

Verdere ideeën zijn:

- het ontwikkelen van een online overzicht / platform van lopende lokale, landelijke en internationale onderzoeken waar onderzoekers samenwerking kunnen opzoeken;
- het organiseren van een 'hackaton' om goed geformuleerde kennishiaten en onderzoeksplannen te genereren.

Een kleine groep is - naar voorbeeld van de Dutch Snapshot Research Group (www.snapshotresearch.nl) – gestart met het opzetten van een landelijk netwerk dat het doen van retrospectief data-onderzoek vergemakkelijkt.

Onderzoeksthema's voor 2023 - 2026

A. Architectuur

Een huidig belangrijk initiatief is de nationale Archipelago biobank voor ovariumcarcinoom. Dit landelijke onderzoeksproject heeft tot doel om wetenschappelijk onderzoek naar ovariumcarcinoom te centraliseren en uit te breiden en daardoor de diagnostiek, behandeling en overleving van deze ziekte te verbeteren. Het doel voor de komende jaren is om deze architectuur als blauwdruk te gebruiken voor de andere tumorsoorten. Ook zijn er enkele eerste initiatieven om landelijke PROMs data te verzamelen. Hiermee is het doel dat patiënten niet voor elk ander onderzoek dezelfde vragenlijsten invullen. Ook kunnen we hiermee beter inzicht krijgen in de korte en lange termijn kwaliteit van leven na behandelingen voor gynaecologische kanker. Hierin kan het voorbeeld gevolgd worden van de Dutch Pancreatic Cancer Project (PACAP).

B. Preventie

De grootste winst tegen kanker is te behalen wanneer er onderzoek wordt gedaan naar de preventie van deze ziekte. Speerpunten waaraan gedacht kan worden zijn bijvoorbeeld:

- HPV-vaccinatie in het kader van secundaire preventie na een behandeling van een premaligniteit van de vulva of cervix;
- het verbeteren van leefstijl zoals het stoppen met roken en pre- en posthabilitatie. Het stoppen met roken en verbeteren van de leefstijl kan ook de uitkomsten van onze oncologische behandelingen verbeteren;
- aandacht voor erfelijke tumoren en de surveillance hiervan;
- optimalisatie van de behandeling van premaligne afwijkingen.

C. Verbeteren diagnostiek

Goede, accurate, betrouwbare en weinig invasieve diagnostiek is gewenst bij het bepalen van oncologische behandelingen. Hiervoor is verdere kennis nodig welk type beeldvormende onderzoeken daadwerkelijk bijdragen aan het verbeteren van het behandelplan en klinische meerwaarde hebben voor patiënten (bijvoorbeeld: is MRI beter dan CT in het beoordelen van de debulkebaarheid van patiënten met ovariumcarcinoom).

Hetzelfde geldt voor onderzoek naar biomarkers: welke biomarkers hebben een hoge sensitiviteit en specificiteit en welke biomarkers zijn geschikt voor welke setting (1e, 2e, 3e lijn, diagnostisch, predictief of prognostisch, of voor beoordelen therapie respons).

Ook kan Artificial intelligence bijdragen aan het verbeteren van bijvoorbeeld pathologische diagnostiek maar ook beoordeling van beeldvormende technieken. De toegevoegde waarde hiervan dient verder uitgezocht te worden.

D. Verbeteren uitkomst van de (huidige) behandeling

Bij het verbeteren van de (huidige) oncologische behandeling willen we streven naar de-escalatie wanneer het kan en escalatie wanneer het moet van huidige behandelingen: bijvoorbeeld het nut van toevoegen van sentinel-node procedures bij een laag-stadium endometriumcarcinoom of de implementatie van de SHAPE-studie bij het cervixcarcinoom (simpele in plaats van radicale hysterectomie bij FIGO-stadium 1B1 cervixcarcinoom).

Precision medicine is een zeer belangrijk onderzoeksthema voor de komende jaren. Hierbij zal verder onderzocht worden in hoeverre behandeling gepersonaliseerd kunnen worden op basis van patient- en tumorkarakteristieken. Hierbij kan gedacht worden aan op maat gemaakte behandelingen op basis van patienten- en tumorkarakteristieken (bijv. RAINBO-studie), immunologische achtergrond (bijv. APOLLO-studie), maar ook fertiliteitssparende behandelingen voor vrouwen met een kinderwens.

Pre- en posthabilitatie: het is nodig dat er meer onderzoek wordt verricht naar optimale pre- en posthabilitatie rondom oncologische behandelingen. Het is aannemelijk dat uitkomsten van behandelingen hierdoor kunnen verbeteren als ook de kwaliteit van leven van patiënten.

Technologische innovaties van behandelingen: hierbij kan gedacht worden aan chirurgische innovaties alsook gebruikmakend van nieuwe beeldvormende technieken om behandelingen te personaliseren.

Onderzoek naar nieuwe behandelmodaliteiten, zoals immunotherapie of combinatie van immunotherapie met chirurgie of chemotherapie: steeds meer nieuwe middelen komen op de markt die effectief kunnen zijn in de behandeling van gynaecologische tumoren. Bij bewezen effectiviteit, is het echter ook belangrijk dat voordat nieuwe modaliteiten geïmplementeerd worden in de praktijk de afweging wordt gemaakt van kosten, toxiciteit en daadwerkelijk relevante klinische impact voor de patiënt.

E. Impact op kwaliteit van leven en verbeteren van de (na)zorg

Nazorg en kwaliteit van leven: toekomstig onderzoek moet gericht zijn op het onderzoeken wat de impact van diagnose en behandelingen is op de kwaliteit van leven van patiënten. Nazorg voor de korte en lange termijn moet worden verbeterd. Het is belangrijk dat er meer kennis en behandel mogelijkheden komen voor de late effecten van oncologische behandelingen. Deze nazorg moet op de patiënt afgestemde zorg zijn.

Samen beslissen: mogelijkheden tot diagnostiek, behandeling en nazorg zullen toenemen in de toekomst. Bovendien zal er steeds meer gevraagd worden naar een gepersonaliseerde en geïntegreerde manier van zorg. Geen patiënt is hetzelfde. De principes van samen beslissen (shared decision-making) zijn onontbeerlijk en meer onderzoek is nodig op welke manier dit het beste tot zijn recht komt. Hierbij dient er speciale aandacht te zijn voor de groep minder (gezondheids)vaardige patiënten.

F. Translationeel onderzoek

Translationeel onderzoek wordt gestimuleerd vanuit de WOG omdat de inzichten die voortkomen uit fundamenteel onderzoek verder ontwikkeld kunnen worden tot onder andere nieuwe behandelingen en diagnostiek waarbij de patient centraal staat. Dit is de basis voor precision medicine. Vele voorbeelden zijn te noemen waarbij uitkomsten van translationeel onderzoek in een klinische studie setting worden toegepast (onder andere pembrolizumab als nieuwe behandeling bij vulvacarcinoom en HPV-vaccinatie studie bij VIN, CIN en cervixcarcinoom). Toegang tot impactvolle data en voldoende materialen van patienten met (zeldzame) gynaecologische tumoren vergt samenwerking, een netwerk en een biobank zoals de eerdergenoemde Archipelago biobank. Ook is het gebruik van *ex vivo* modellen zoals Patient-Derived Xenografts (PDX), Patient-Derived explants (PDE) en organoïden nodig.

Top-10 Voortplantingsgeneeskunde (VPG)

Op basis van de prioriteringsbijeenkomst, het online stemmen en de discussie binnen de werkgroep Kennisagenda is een lijst met de 10 belangrijkste kennishiaten samengesteld voor de pijler Voortplantingsgeneeskunde (VPG). U vindt deze vragen hieronder, in willekeurige volgorde:

Kennishiaat	
Thema's: Vruchtbaarheidsstoornissen, reproductieve gezondheid en kinderen uit geassisteerde voortplanting	
A	Op welke manier kunnen we diagnostische/prognostische modellen en therapieën doelmatiger inzetten binnen de Voortplantingsgeneeskunde (VPG)?
B	Wat zijn effectieve interventies bij vrouwen en/of mannen met ongezonde lifestyle factoren en subfertiliteit t.a.v. de kans op zwangerschap, kans op een gezond kind, risico en complicaties tijdens fertiliteitsbehandeling en zwangerschap, bij vrouw en kind?
C	Wat is de beste behandeling om vruchtbaarheid te verbeteren en te behouden bij vrouwen met adenomyose of endometriose?
D	Hoe kunnen de diverse processen in de luteale fase, bij de innesteling van een embryo resulterend in een gezonde zwangerschap met een levendgeborene, worden ontrafeld en waar liggen therapeutische mogelijkheden om dit innestelingsproces te optimaliseren?
E	Wat zijn de oorzaken van mannelijke subfertiliteit en hoe kunnen we hierop handelen?
F	Wat zijn de meest effectieve interventies bij myomen en in het kader van een kinderwens?
Thema Fertiliteitsbehoud	
G	Wat is de effectiviteit en veiligheid van bestaande en nieuwe fertiliteitspreservatie technieken op uiteenlopende indicaties (waaronder transgenders) en welke maatschappelijke effecten heeft dit?
Thema Jonge zwangerschap	
H	Wat zijn de oorzaken en effectieve interventies om een miskraam en een herhaalde miskraam te voorkomen en de gevolgen te beperken?
I	Wat is het effect van vroege interventie, preventie en behandeling op hyperemesis gravidarum op de huidige en eventuele volgende zwangerschap?
Thema Menopauze	
J	Wat is de effectiviteit en veiligheid van de verschillende hormonale en non-hormonale vormen bij de behandeling van (peri-)menopauzale klachten?



Daarnaast heeft de pijler VPG ook een visiedocument opgesteld waarin de belangrijkste doelen voor de komende jaren worden toegelicht:

De pijler VPG kent zes onderzoeksthema's waarbinnen kennislacunes kunnen worden ondergebracht:

1. Reproductieve gezondheid
2. Vruchtbaarheidsstoornissen
3. Fertiliteitsbehoud
4. Jonge zwangerschap
5. Kinderen uit geassisteerde voortplanting
6. Menopauze

De pijler VPG stelt vast dat zestig jaar na de introductie van hormonale cyclus suppressie, veertig jaar na de geboorte van de eerste IVF-baby en bijna dertig jaar na de introductie van Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie (ICSI) zich opnieuw uitdagingen hebben aangediend.

De *developmental origin of health and disease hypothesis* omvat een breed scala van preconceptionele tot en met direct postnatale ongunstige omstandigheden en gebeurtenissen. Preventie daarvan kan belangrijke gezondheidswinst opleveren.

De explosie aan genetische sequencing technieken maakt steeds meer mogelijk in het zoeken naar de genetische achtergronden van de zogenaamde complexe ziekten zoals de non communicable diseases (Type II DM, Hart- en vaatziekten en Neurodegeneratieve ziekten). Daarmee ontstaan mogelijkheden om deze ziekten beter te fenotyperen en dus mogelijk ook beter te behandelen zoals dat bij Type II DM al het geval is. Ook zullen de mogelijkheden toenemen om dergelijke ziekten en de aanleg daarvoor reeds vroeg in het leven te kunnen vaststellen om zodoende de behandeling vroeg te kunnen inzetten om zo schade op termijn te voorkomen.

Tenslotte lijken de ontwikkelingen rond het in vitro genereren van gezonde eicellen en zaadcellen een sterke versnelling te krijgen, zodanig dat toepassing bij vruchtbaarheidsbehandelingen het stadium van dagdromen zomaar zou kunnen zijn gepasseerd.

De voortplantingsgeneeskunde groeit door deze ontwikkelingen van een specialisme waarin preventie van ongewenste zwangerschappen en kinderloosheid centraal staan naar een specialisme waarin creëren van gezondheid voor het nageslacht de nieuwe focus wordt.

Veel energie is in de afgelopen tien jaar gestoken in doelmatigheidsstudies. Hiermee is de VPG-zorg in Nederland op een hoog niveau van succes en veiligheid gebleven met een zeer houdbaar financieel niveau van uitgaven. Daar zijn we bijzonder trots op. Doelmatigheidswinst blijft in de kennisagenda op onze agenda staan en veel van de gedefinieerde kennislacunes zijn daarop gericht.

In het Nederlandse VPG-landschap van meer basaal en translationeel onderzoek zijn diverse onderzoeksprogramma's te vinden die ingaan op gezond ouder worden. Hoewel dit voor een groot deel genetisch bepaald lijkt te zijn en lijkt te berusten op de manier waarop men DNA-schade lijkt te kunnen repareren. Enerzijds is dit genetisch bepaald maar anderzijds wordt de schade veroorzaakt door onder andere ongezonde leefstijlen. Recente inzichten onderstrepen juist de importantie van leefstijlinterventies bij het voorkomen van deze DNA-schade. Derhalve hebben dat soort interventies wellicht een grotere impact op vruchtbaarheidsstoornissen, zwangerschapsuitkomsten en vrouwen en mannen gezondheid dan eerder werd gedacht.

Daarnaast bieden recente technologische ontwikkelingen, zoals de mogelijkheden om organoïden van allerlei soorten weefsel te creëren, met als doel die weefsels te onderzoeken op functionele aspecten een scala aan mogelijkheden om de functie van die organen in vitro/vivo te exploreren. Daarnaast kunnen allerlei effecten van medicatie worden getest in deze organoïden hetgeen de samenwerking met anderen zou kunnen stimuleren.

De pijler VPG heeft het belang van paren met vruchtbaarheidsstoornissen hoog op de agenda en er wordt in de onderzoeksprogramma's gewerkt aan 'Zinnige Zorg'. Dit betekent het toetsen van behandelingen op werkelijke effectiviteit en het optimaliseren van bestaande onderdelen van vruchtbaarheidsbehandelingen zoals embryo-selectie, kweekomstandigheden in het IVF-lab en de endometriumfunctie.

Op het kruispunt van gezondheid en voortplanting is in Nederland ook groeiend aandacht voor embryoselectie ter preventie van erfelijke ziekten (Pre-implantatie genetische test (PGT)) waarmee de technologie van de IVF een snelgroeiende toepassing krijgt bij primaire ziektepreventie.

Tenslotte is optimalisatie van de preservatie van vruchtbaarheid bij oncologische indicaties en andere indicaties zoals bij transgenders een blijvende uitdaging voor de voortplantingsgeneeskunde. Naast de mogelijkheden van het gebruik van eicellen of embryo's na spoed IVF-behandeling zal het gebruik van ingevroren ovariumweefsel worden onderzocht.



Implementatie

Organisatie

Deze NVOG-kennisagenda dient als basis voor een continu zorgevaluatieproces. De geprioriteerde kennisvragen worden uitgewerkt tot onderzoeksvoorstellen. Binnen de NVOG worden in principe alle onderzoeksvoorstellen door de Koepel Wetenschap en de desbetreffende pijler beoordeeld voordat deze ingediend worden bij subsidiegevers nadat input gevraagd is van alle leden middels een draagvlakenquête.

De uitkomsten hiervan worden daarna besproken samen met de werkgroep Kwaliteitscirkel. Zie hiervoor bijlage 6: het [wetenschappelijk jaarverslag](#). Op deze manier borgen we de wetenschappelijke kwaliteit en denkt de NVOG mee over de uitvoerbaarheid van de studies waarbij speciale aandacht besteed wordt aan potentiële lopende studies om voldoende includeerbare patiënten te borgen en te veel studies binnen eenzelfde patiëntenpopulatie te voorkomen.

Daarnaast kijken we ook of de onderzochte interventie uiteindelijk ook uitvoerbaar is in de dagelijkse praktijk. De NVOG heeft deze zorgvuldige procedure in de loop der jaren geoptimaliseerd om de kans op een toekenning van een subsidieaanvraag en een hoge inclusiesnelheid te vergroten en overlappende/dubbele studies te voorkomen.

Verder is het belangrijk om patiënten(organisaties) te betrekken bij het uitwerken van kennisvragen naar onderzoek. Zo wordt het onderzoek relevanter en sluit het beter aan bij de praktijk (betere inclusie en betere implementatie van resultaten). Daarnaast is het vanuit financierders ook vaak een voorwaarde dat patiënten(organisaties) participeren.

Financiering

De belangrijkste bronnen voor financiering van onderzoek naar de door de NVOG geprioriteerde kennisvragen zijn:

1. Via de reguliere subsidieaanvragen via het ZonMw-programma Doelmatigheidsonderzoek (DO) en Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG);
2. Via de subsidierondes van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG).

Opname van resultaten in richtlijnen

Een ander belangrijke reden om de gehele beroepsgroep bij zorgevaluatieonderzoek te betrekken is het feit dat de resultaten van de onderzoeken snel kunnen worden geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk. Verder is het essentieel dat deze snel hun weg vinden naar richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten.

Door de modulaire opbouw van de richtlijnen die in de Richtlijndatabase zijn opgenomen, kunnen de resultaten van de onderzoeksvoorstellen makkelijk en snel verwerkt worden door alleen de corresponderende modules aan te passen. De richtlijnen in de Richtlijndatabase worden ontwikkeld door medisch specialisten en geautoriseerd door wetenschappelijke

verenigingen. Zij zijn dan ook de eigenaar van de inhoud van de richtlijnen. Nieuwe of geactualiseerde richtlijnen of modules zullen in de eerste plaats gefinancierd worden door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) en worden aangevraagd door het NVOG-bestuur na voordracht door de Koepel Kwaliteit van de NVOG.

Netwerken

Scenario's voor netwerkvorming

In 2016 bracht de Federatie Medisch Specialisten het Adviesrapport Zorgevaluatie uit, waarin de mogelijkheden voor netwerkvorming worden beschreven (Federatie Medisch Specialisten, 2016). Er zijn verschillende fasen (scenario's) in netwerkvorming te onderscheiden. De verschillende scenario's zijn in Tabel 1 uitgewerkt met daarbij de voor- en nadelen per scenario.

Tabel 1

Scenario	Kenmerken	Voordelen	Nadelen
1. Geen netwerk binnen vereniging	Ad hoc indienen studies (veelal de huidige situatie).	Geen	Risico op: <ul style="list-style-type: none"> • Afstemmingsproblemen; • Inclusieproblemen; • draagvlakproblemen en daarmee brede implementatie.
2. Geen netwerk, enige coördinatie binnen vereniging	Commissie/ werkgroep/ aanspreekpunt binnen de vereniging die afstemt met de onderzoekers, waarbij de vereniging studies steunt uit de bestaande zorgevaluatie agenda van de desbetreffende vereniging.	Steun vereniging, waarmee grotere honoreringskans financiers. Voorkomen van doublures tussen onderzoeken.	T.o.v. scenario 1 minder risico op: <ul style="list-style-type: none"> • afstemmingsproblemen; • draagvlakproblemen en daarmee brede implementatie; • inclusieproblemen.
3. Netwerk van onderzoekers binnen een vereniging	Onderzoekers stemmen onderling af, gezamenlijk indienen van studies en stemmen af over de inclusie. Afspraken maken over uitvoering van studies en taken verdelen. De vereniging coördineert/faciliteert. Kennis wordt gedeeld binnen het netwerk.	In aanvulling op de punten genoemd onder scenario 2; breed draagvlak binnen vereniging, daarmee betere implementatie van resultaten. Afstemming tussen onderzoekers. Betrouwbare en snellere patiënteninclusie.	Afstemming tussen onderzoekers te realiseren. Geen complete regie.

		Kwaliteit van onderzoeksvoorstel gaat omhoog.	
4. Geïntegreerd netwerk	De faciliteiten zoals een Trialbureau worden geïntegreerd binnen een vereniging. Er is een centrale regie van de vereniging.	In aanvulling op de punten genoemd onder scenario 3; breed draagvlak binnen vereniging, daarmee betere implementatie van resultaten. Brede afstemming tussen onderzoekers. Betrouwbare en snellere patiënteninclusie. Kwaliteit van onderzoeksvoorstel gaat omhoog. Vergrote kans op betrouwbare uitvoering van studies. Complete regie.	Grote investering noodzakelijk. Financieel risico voor de vereniging. Kan alleen slagen bij een aanzienlijk aantal studies per jaar binnen het netwerk.

Binnen de huidige infrastructuur van de NVOG is op dit moment het hoogst haalbare scenario het opzetten van een netwerk van onderzoekers binnen de vereniging (scenario 3). Het is bijvoorbeeld van belang om alle centra in Nederland mee te krijgen om onderzoek op te gaan zetten om de geprioriteerde kennishiaten op te gaan lossen. Om alle relevante partijen te betrekken is een van de acties om het hooglerarenconvent binnen de NVOG te raadplegen om te inventariseren welke centra interesse hebben voor het oppakken van de verschillende kennishiaten en deze te “verdelen” en samen te werken. Het doel is om centra met elkaar in verbinding te brengen om zo in een breder netwerkonderzoek op te zetten om de kans op slagen te vergroten. Daarnaast zal dit ook bijdragen aan een betere implementatie van de onderzoeksresultaten op de werkvloer.

Vanwege het multidisciplinaire karakter van (een aantal van) de geprioriteerde kennishiaten is het nodig om andere disciplines te betrekken en samen te werken bij het opstellen van onderzoeksvoorstellen en het uitvoeren van doelmatigheidsstudies ten behoeve van het oplossen van de geprioriteerde kennishiaten. Men kan bijvoorbeeld denken aan (klinisch) verloskundigen, anesthesiologen voor kennishiaten op het gebied van pijnbestrijding, radiotherapeuten, 0^{de} lijn­zorg, medisch oncologen, seksuologen, bekkenfysiotherapeuten, psychologen, leefstijlcoaches etc. De NVOG zal zorgdragen dat relevante disciplines worden betrokken bij de onderzoeksvoorstellen die bij subsidiegevers worden ingediend.

Uitvoering

De kennisagenda geeft een basis voor zorgevaluatie van de gynaecologische praktijk. Geprioriteerde kennisvragen om uitwerking tot onderzoeksvorstellen. Door onderzoek in samenwerking tussen meerdere vakgroepen en ziekenhuizen op te zetten en uit te voeren (multicenter en combinatie 2^e lijn en 3^e lijn centra) wordt direct aansluiting gezocht met de praktijk en implementatie in de kliniek. Bovendien zijn subsidieaanvragen voor zorgevaluaties met een hoge gezondheidswinst, potentiële kostenbesparing en volume kansrijker.

De afgelopen 20 jaar heeft de NVOG samen met het Consortium en het huidige Consortium 2.0 een stevig fundament gebouwd voor het efficiënt uitvoeren van multicentrische doelmatigheidsstudies in ons land (en in samenwerking buiten Nederland). Hier zijn we als beroepsvereniging trots op. Het Consortium 2.0, de Koepel Wetenschap en werkgroep Kwaliteitscirkel van de NVOG ondersteunen en stimuleren initiatieven in de uitvoering van de kennisagenda en adviseren en ondersteunen indien nodig de betrokken projectgroepen. Zowel 2^e als 3^e lijns centra zijn betrokken bij het initiëren, opzetten en uitvoeren van studies waardoor veel klinieken bekend zijn met de onderzochte interventies en uitkomsten en hierdoor het implementeren van de resultaten sneller verloopt.

Het Trialbureau van het Consortium 2.0 is de afgelopen jaren sterk geprofessionaliseerd waardoor het uitvoeren van zorgevaluatiestudies via het Consortium 2.0 voldoet aan alle wet- en regelgeving leidend tot betrouwbare en valide resultaten. Het Trialbureau ondersteunt o.a. bij de methodologie, het maken van databases en het uitvoeren van de monitoring. Dit zal gaan veranderen omdat er onvoldoende financiering beschikbaar is voor de kostendekking van het Trialbureau. De bijdrage vanuit individuele studies is onvoldoende om deze werkzaamheden (beheer en onderhoud studies) die het Trialbureau voor het NVOG Consortium uitvoert, te dekken. De financiering is daarnaast ook ieder jaar afhankelijk van het al dan niet gehonoreerd krijgen van nieuwe studies (en daarmee kwetsbaar en onzeker).

Naast de financiering van het Trialbureau zijn inclusievergoedingen voor de kosten voor het uitvoeren van onderzoek in de verschillende klinieken niet volledig kostendekkend, waardoor niet alle klinieken kunnen of willen deelnemen aan de zorgevaluaties.

Willen we patiënten hoogstaande kwalitatieve zorg (blijven) leveren in de toekomst, dan is het zaak dat de financiering voor zorgevaluaties voldoende is om het gehele project van begin tot eind te financieren, inclusief de kosten van de onderzoeksmedewerkers in de ziekenhuizen.

Zoals bovenstaand vermeld gaat de ondersteuning vanuit het Trialbureau veranderen, concreet betekent dit dat er geen ondersteuning meer zal worden geboden door het Trialbureau t.a.v. het gehele traject van nieuwe zorgevaluatiestudies (per 2024). De lopende studies worden nog wel door het Trialbureau ondersteund totdat deze zijn afgerond. De NVOG onderzoekt op dit moment de mogelijkheden qua ondersteuning en beheer m.b.t. zorgevaluatiestudies.

Een grote uitdaging ligt voor ons en de NVOG wil en zal zich als vereniging blijven inzetten voor Consortium-zorgevaluaties, het is immers één van de drijfveren van onze wetenschappelijke vereniging.



Bijlage 1

Richtlijnen

NVOG initiërende partij

- Antipsychotica en niet-SSRI antidepressiva tijdens zwangerschap en lactatie
- Behandeling vruchtbaarheidsproblemen bij PCOS
- Beleid zwangerschap 41 weken
- Bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten
- Diabetes en Zwangerschap
- Electieve inductie
- Endometriumcarcinoom
- Foetale Groeibeperking (FGR)
- Fertiliteitsbehoud bij vrouwen met kanker
- Hemorrhagia Postpartum (HPP)
- Het vergrote ovarium
- Hevig menstrueel bloedverlies (HMB)
- Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap
- Management rondom menopauze
- Meerlingzwangerschap
- Minimaal Invasieve Chirurgie (MIC)
- Miskraam
- Onverklaarde subfertiliteit
- Pelvic inflammatory disease
- Premaligniteiten van de vulva (VIN)
- Preventie recidief spontane vroeggeboorte
- Primaire amenorroe
- Sterilisatie van de vrouw
- Stuitligging
- Trofoblastziekten
- Vulvodynie
- Zwangerschapscholestase
- Vulvacarcinoom

Geautoriseerd door NVOG

- Acute appendicitis
- Antenatale hydronefrose
- Beeldvorming met ioniserende straling
- Behandeling influenza
- Beleid rondom spoedoperaties
- Bloedtransfusiebeleid
- Bronchopulmonale dysplasie (BPD)
- Chirurgische behandeling van obesitas
- Chronische buikpijn
- CIN, AIS en VAIN
- Colorectaal carcinoom
- Craniosynostose

- Genetische diagnostiek bij echoafwijkingen
- Hypertensief spoedgeval
- Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist (HASP)
- Kinderwens en zwangerschap bij nierziekten
- Klinische postmortem radiologie
- Kwaliteitsstandaard Intramurale Spoedzorg
- Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch
- Lichen sclerosus
- Luchtbehandeling in operatiekamers en behandelkamers
- Maagcarcinoom
- Medisch specialistische revalidatie bij oncologie
- Melanoom
- Niet kleincellig longcarcinoom
- Obstructieve azoöspermie
- Perioperatief traject
- Pijnbehandeling tijdens de bevalling
- Plaveiselcelcarcinoom (PCC) van de huid
- Postnatale zorg in de algemene kindergeneeskunde
- Preconceptie Dragerschapsonderzoek (PDO) voor hoogrisicogroepen
- Preconceptioneel advies bij AGS
- Preventie en behandeling van early-onset neonatale infecties
- Rectumprolaps
- Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)
- Varicella
- Chronische bekkenpijn

Richtlijnen in autorisatiefase

- PPROM
- Vaginale kunstverlossing
- Sectio
- European collaborative obstetrics and gynaecology guidelines
- Schouderdystocie

Internationale richtlijnen

- Endometrium cancer
- Vulvar cancer
- Cervical cancer
- Ovarian cancer
- Rare cancers
- Trofoblastziekten
- Endometrium cancer
- Vulvar cancer
- Cervical cancer
- Ovarian cancer
- Gestational trofoblast ziekten

Bijlage 2

Kennisagenda's van andere wetenschappelijke verenigingen

- Kennisagenda KNO 2018
- Kennisagenda NIV 2017
- Kennisagenda NOG
- Kennisagenda NOV
- Kennisagenda NVA 2018
- Kennisagenda NVALT 2019
- Kennisagenda NVDV
- Kennisagenda NVvH 2022
- **Kennisagenda NVK**
- Kennisagenda NVKC
- Kennisagenda NVKF
- Kennisagenda NVKG
- Kennisagenda NVMDL 2023
- **Kennisagenda NVMM**
- Kennisagenda NVN 2023-2027
- Kennisagenda NVPC
- **Kennisagenda NVR**
- Kennisagenda NVT
- Kennisagenda NVVC
- Kennisagenda NVvN
- Kennisagenda NVVP
- Kennisagenda NVvP
- Kennisagenda NVvR i.s.m. NVNG
- **Kennisagenda NVRO**
- Kennisagenda NVU 2020-2024
- Kennisagenda NVZA
- **Kennisagenda VKGN**
- Kennisagenda VRA
- Kennisagenda VSG

De dikgedrukte kennisagenda's betreffen de kennisagenda's waaruit obstetrische en/of gynaecologische kennishiaten zijn geselecteerd.

Bijlage 3

Patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden

De onderstaande patiëntenorganisaties hebben kennislieden aangeleverd en/of waren aanwezig bij de prioriteringsbijeenkomst:

- Care4Neo
- Endometriose stichting*
- Freya*
- Geboortebeweging
- Hellp Stichting
- Nierpatiënten Vereniging Nederland*
- Patiëntenfederatie Nederland*
- Stille levens
- Stichting Bekkenbodem4all*
- Stichting Contactgroep Zwangerschapsbeëindiging*
- Stichting DES centrum
- Stichting Kind en Ziekenhuis*
- Stichting Lichen Sclerosus*
- Stichting Me Mam
- Stichting Olijf*
- Stichting OverdrukSyndroom NL*
- Stichting Vuurvrouw*
- Stichting Zwangerschapsmisselijkheid en Hyperemesis Gravidarum (ZEHG)*
- TAPS Support Foundation (lid VSOP)*
- Transgender Netwerk*
- Vasa Previa Foundation*
- Vereniging van Ehlers-Danlos patiënten (lid VSOP)*
- VSOP-Patiëntenkoepel voor zeldzame en genetische aandoeningen*
- Zelfbewustzwanger*

Onderstaande overige belanghebbende zijn benaderd om kennisiaten aan te leveren en aanwezig te zijn bij de prioriteringsbijeenkomst:

- Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (NVFB) en Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) *
- Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ) *
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) *
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) *
- Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS) *
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Verpleegkundige Voortplanting, Obstetrie & Gynaecologie (VOG) (onderdeel van V&VN) *
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Zorginstituut Nederland (ZIN)

* Deze organisaties hebben vooraf input gegeven.

Bijlage 4

JLA onderwerpen

- Anaesthesia and Perioperative Care (2015)
- Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease Top 10 (priority setting in association with the JLA (2021)
- Bipolar (2016)
- Bleeding Disorders (2018)
- Blood Pressure in Pregnancy (2020)
- Cleft Lip and Palate (2012)
- Contraception (2017)
- Detecting Cancer Early (2019)
- Diabetes and Pregnancy (2020)
- Electronic cigarettes (2019)
- Endometriose (2017)
- Epilepsy (Canada) (2021)
- Hyperemesis Gravidarum (2019)
- Living With and Beyond Cancer
- Miscarriage (2017)
- Pessary use for Prolapse (2017)
- Preterm Birth (2014)
- Stillbirth (2015)
- Urinary Incontinence (2008)
- Womb Cancer (2016)

Bijlage 5

Kennishiaten geprioriteerd tijdens de prioriteringsbijeenkomst

Pijler Voortplantingsgeneeskunde

1. Op welke manier kunnen we diagnostische en prognostische modellen doelmatiger inzetten binnen de VPG?
2. Hoe kunnen de diverse processen in de luteale fase, bij de innesteling van een embryo resulterend in een gezonde zwangerschap met een levendgeborene, worden ontrafeld en waar liggen therapeutische mogelijkheden om dit innestelingsproces te optimaliseren?
3. Wat zijn effectieve interventies bij vrouwen en/of mannen met ongezonde lifestyle factoren en subfertiliteit t.a.v. de kans op zwangerschap, kans op een gezond kind, risico en complicaties tijdens fertiliteitsbehandeling en zwangerschap, bij vrouw en kind?
4. Wat zijn de oorzaken van mannelijke subfertiliteit en hoe kunnen we hierop handelen?
5. Wat zijn de oorzaken en effectieve interventies om een miskraam en een herhaalde miskraam te voorkomen en de gevolgen te beperken?
6. Wat is de effectiviteit en veiligheid van bestaande en nieuwe fertiliteitspreservatie technieken op uiteenlopende indicaties en welke maatschappelijke effecten heeft dit?
7. Wat is de effectiviteit en veiligheid van de verschillende hormonale en non-hormonale vormen bij de behandeling van (peri-)menopauzale klachten?
8. Wat is de beste behandeling om vruchtbaarheid te verbeteren en te behouden bij vrouwen met adenomyose of endometriose?
9. Wat is de beste zorg voor transgender personen met betrekking tot fertiliteitspreservatie, zwangerschap en bevalling?
10. Wat zijn de meest effectieve interventies bij myomen en in het kader van een kinderwens?
11. Wat is het effect van preventieve behandeling of vroege interventie op de ernst en duur van hyperemesis gravidarum bij een volgende zwangerschap?
12. Wat is de effectiviteit van een anti-emeticum in de behandeling van hyperemesis gravidarum?

Pijler Oncologie

1. Wat is de rol van posthabilitatie (leefstijl, eHealth, supportive care, seksualiteit etc.) op de kwaliteit van leven en overleving van patiënten met gynaecologische tumoren?
2. Is er een rol voor radiotherapie bij de behandeling van het ovariumcarcinoom?
3. Wat is de toegevoegde waarde van plastische reconstructieve chirurgie (i.p.v. primair sluiten) in de behandeling van patiënten met een vulvacarcinoom op de chirurgische complicaties, oncologische uitkomsten en health-related quality of life, body image en seksueel functioneren?
4. Hoe groot is het effect van profylactische HPV-vaccinatie op een recidief HSIL in vrouwen die een primaire behandeling voor vulvaire HSIL ondergingen?
5. Welk type behandeling (chirurgie, radiotherapie en/of chemotherapie) of combinatie hiervan is het meest effectief in geval van een liesrecidief van een vulvacarcinoom?
6. Is de behandeling met vNOTES hysterectomie bij laag-stadium/laag-risico endometriumcarcinoom oncologisch veilig en wat het voordeel is t.o.v. TLH BSO?
7. Is het effectief om bij het endometriumcarcinoom preoperatief moleculaire diagnostiek te verrichten en de chirurgische en adjuvante therapie daarop te baseren?
8. Leidt het uitvoeren van echo's volgens IETA tot een betere preoperatieve risicoselectie bij vrouwen met endometriumcarcinoom?
9. Wat is de rol van prehabilitatie (leefstijl, eHealth, supportive care etc.) op de kwaliteit van leven en overleving van patiënten met gynaecologische tumoren?
10. Welke innovaties kunnen worden toegepast om lymfoedeem en wondproblematiek na liesklierdissecties te verminderen?
11. Wat is de effectiviteit en het optimale screeningschema bij gynaecologische surveillance van patiënten met het lynch syndroom?
12. Hoe (kosten)effectief, accuraat en effectief zijn beeldvormende technieken voor gynaecologische tumoren?
13. Wat is de optimale screenings strategie voor immunogecompromitteerde vrouwen ter preventie van cervixcarcinoom en voor het opsporen van CIN2+?
14. Wat zijn de effecten van preventieve vaccinatie in immunogecompromitteerde vrouwen bij cervix carcinoom en CIN2+?

Pijler Gynaecologie

1. Welke myomen moeten bij actieve kinderwens of subfertiliteit behandeld worden, en met welke behandelmodaliteit (enucleatie, embolisatie, HIFUS) en wat is de waarde van de SONATA-behandeling?
2. Hoe verhouden nieuwe behandelingen (bijvoorbeeld met GnRH-antagonisten) zich tot de bestaande behandelingen (hormoonpreparaten, mirena, embolisatie of hysterectomie) bij vrouwen met adenomyose, met of zonder kinderwens?
3. Welke strategie (inclusief beeldvorming, tumormarkers en modellen) is superieur voor differentiatie benigne versus maligne ovariumcysten?
4. Wat is de effectiviteit van het verwijderen van het contralaterale adnex bij vrouwen met een indicatie voor verwijderen van een adnex op benigne indicatie?
5. Hoe effectief is het gebruik van zelfdiagnostiek (middels een gevalideerde app) naar uteriene afwijkingen bij vrouwen met hevige menstrueel bloedverlies en pijnlijke menstruaties en hoe kan dit onderwerp in de breedste zin van het woord verbeterd worden voor het welzijn van vrouwen?
6. Wat zijn de behandelopties bij cyclusklachten als focus ligt op meest effectief, innovatief, alternatief, levensstijl, beste kwaliteit van leven, voorspelling behandelrespons en nieuwe technologieën? Het betreft cyclusklachten door uteriene afwijkingen, (iatrogene) stollingsstoornissen of zonder aanwijsbare oorzaak.
7. Wat is de waarde van geavanceerde echodiagnostiek bij hevig menstrueel bloedverlies of uteriene afwijkingen (inclusief congenitale afwijkingen)?
8. Biedt hormoontherapie een effectieve behandeling bij psychische of niet typische klachten tijdens de overgang?
9. Wat is de effectiviteit van GnRH-agonisten met add back op essentieel HMB en voor welke vrouwen kan deze medicatie het beste worden ingezet?
10. Optimalisatie van fast track chirurgische behandeling (bijv. sedatie/dagbehandeling/klinische opname).
11. Optimalisatie zorgpad conservatieve behandeling POP met de eerste lijn.
12. Wat is het verschil in effect van je beleid gemaakt op basis van subjectieve en/of objectieve factoren t.a.v. modus partus na OASIS?
13. Wat is de meest (kosten-) effectieve diagnostiek en behandeling voor patienten met problemen in het achterste compartiment?
14. Hoe effectief zijn behandelingen bij chronische bekkenpijn als gevolg van bijvoorbeeld endometriose/MESH-complicaties/postoperatieve pijn. Te denken valt aan bekkenfysiotherapie, psychologische ondersteuning, pijnteambegeleiding, medicatie zoals Esketamine, lifestyle-interventies, eHealth-toepassingen (of een combinatie hiervan)?
15. (Kosten)Effectiviteit verschillende behandelingen voor overactieve blaasklachten.

Pijler Foetomaternale geneeskunde

1. Wat is de optimale vorm van foetale bewaking durante partu?
2. Welke interventies (zoals bijv. inhoud geboorteplan, shared decision making, inforestrekking, consult 2e lijn, integrale geboortezorg) zijn effectief om de bevallingservaring te optimaliseren?
3. Wat zijn de (on)gunstige effecten van inleiden bij PPRM tussen 34-37 weken bij bewezen GBS-dragerschap?
4. Wat zijn effectieve diagnostische criteria/interventies voorafgaand en in de zwangerschap ter preventie en behandeling van vroeggeboorte?
5. Wat zijn effectieve diagnostische criteria/interventies voorafgaand en in de zwangerschap ter preventie en behandeling van hypertensieve aandoeningen en placenta insufficiëntie?
6. Wat zijn de effectieve interventies voorafgaand en in de zwangerschap ter preventie en behandeling van diabetes en of diabetes gravidarum zowel korte als lange termijn?
7. Wat is de beste test om diabetes bij zwangere vrouwen te diagnosticeren?
8. Hoe kunnen we doodgeboorte voorspellen en voorkomen?
9. Wat is het optimale geboorte-interval en de interventie (zoals een primaire stuitextractie op het 2e kind) tussen kind 1 en 2 voor de uitkomsten van tweede kinderen (meerlingenzwangerschap)?
10. Is bij een diagnose *vasa previa* rond 20 weken een vervolgecho voldoende betrouwbaar voor definitieve diagnose?
11. Wat is de impact van medicatie tijdens de zwangerschap op de foetus en/of neonat, wat zijn de effecten en symptomen van het medicament?

Bijlage 6

Wetenschappelijk jaarverslag

De Koepel Wetenschap van de NVOG geeft hierbij een overzicht van het wetenschappelijk onderzoek van de NVOG-leden over de jaren 2019-2022. In de vorige Kennisagenda (2020-2023) is de wetenschappelijke output van onze leden weergegeven vanaf 2002 tot 2019 met als doel een overzicht te creëren van zowel de kwaliteit als de kwantiteit van de gezamenlijke Nederlandse prestaties, publicaties, subsidies en promoties. Voor de huidige Kennisagenda (2023-2026) is gekozen voor een andere opzet van het wetenschappelijk jaarverslag. De informatie in het huidige wetenschappelijk jaarverslag is gebaseerd op de terugkoppeling van de leden van de NVOG.

Let op: voor alle hieronder benoemde documenten geldt dat wij afhankelijk zijn geweest van de input van NVOG-leden. Dat betekent dat het kan zijn dat de documenten niet volledig zijn. Wij doen hierbij de oproep aan projectleiders om in de toekomst de NVOG jaarlijks op de hoogte te houden over de voortgang van een studie (mail kan naar <mailto:wetenschap@nvog.nl>)

Consortiumstudies 2019-2022

Voor een overzicht van de Consortiumstudies die in de jaren 2019-2022 hebben gelopen c.q. zijn opgestart, verwijzen wij u naar dit overzicht. Let op: dit overzicht is exclusief de studies die lopen bij de Dutch Gynaecological Oncology Group (DGOG). De studies die bij de DGOG lopen treft u aan via deze link.

Resultaten kennisagenda 2017 – 2020 en kennisagenda 2020 – 2023

De kennisagenda's van 2017 – 2020 en 2020-2023 hebben ertoe geleid dat verschillende kennislacunes uit de overkoepelende top 10 zijn uitgewerkt in studievoorstellen waarvan diverse zijn gehonoreerd door subsidiegevers.

Kennisagenda 2017 – 2020

Kennishiaten die zijn onderzocht	Pijler	Ingediend	Subsidie verkregen	Stand van zaken
<p>Strategie ter preventie ovariumcarcinoom bij adnexafwijking</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tubectomie bij hysterectomie • Unilateraal versus bilateraal adnexextirpatie bij postmenopauzale vrouwen • Cystectomie bij endometriose-cyste • Strategie differentiatie maligne versus benigne/betrouwbaarheid echo 	GYN	SOMA	Ja (ZonMw)	De studie bevindt zich in de fase van datamanagement.
<p>Vergelijkende chirurgische therapieën voor prolaps, uitkomst: recidief prolaps met klachten op korte en lange termijn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laparoscopische versus vaginale behandeling van een recidief cystocele na MESH 	GYN	SAM	Ja (ZonMw)	De studie bevindt zich in de fase van datamanagement.
<p>Effect Ulipristal versus usual care voor behandeling abnormal uterine bloedverlies</p>	GYN	MYOMEX 2	Ja (ZonMw)	De studie bevindt zich in de inclusiefase (de verwachte einddatum: 01-01-2024)
<p>De waarde van dopplersonderzoek bij intra-uteriene groeirestrictie (IUGR)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cerebroplacentaire ratio bij opsporing van late IUGR • Verbetering van de neonatale uitkomst bij gebruik van dopplersonderzoek • Corticosteroïdengebruik bij IUGR 	FMG	DRIGITAT	Ja (ZonMw)	De studie bevindt zich in de fase van datamanagement.
<p>Management diabetes gravidarum (DG) volgens WHO-criteria 1999 versus 2013</p>	FMG	TANGO-DM	Ja (LTC)	De studie bevindt zich in de inclusiefase (de verwachte einddatum: 31-12-2023)

Nazorg gynaecologische tumoren	ONCO	ENSURE	Ja (IKNL)	De studie is afgerond en gepubliceerd .
<ul style="list-style-type: none"> Preventie bijwerkingen Effectiviteit: kosteneffectiviteit (nazorgplan versus routinezorg) Rehabilitatie 				
Luteal support met hCG vs Progesteron bij IVF-stimulatie: kans op zwangerschap	VPG			
Het vaststellen wat doelmatiger is: embryotransfer op dag 3 of op dag 5 in termen van de cumulatieve kans op een levend geboren kind per cyclus (inclusief gecryopreserveerde embryo's)	VPG	TOP	Ja (LtC)	Loopt
Is bij een ernstige endometriose met ovariumcyste en kinderwens het effectiever om eerst te opereren of eerst een behandeling voor de kinderwens aan te bieden: kans op ovariële reserve beschadiging, infectueuze complicatie, en zwangerschapskans per tijd van behandeling	VPG			
Welke factoren zijn van belang in het implantatieproces? Kunnen therapeutische interventies het implantatieproces beïnvloeden?	VPG	SCRATCH-IVF	Ja (ZonMw)	De studie is afgerond en gepubliceerd.
<ul style="list-style-type: none"> Bestuderen van de frequentie van endometrium functie-afwijkingen in de populatie van infertiele paren 				

Kennishiaten die niet zijn onderzocht	Pijler	Ingediend	Subsidie verkregen	
Preventie infecties	FMG	ANNIE	Nee	
<ul style="list-style-type: none"> Maternale koorts bij epidurale anesthesie: expectatief beleid versus antibiotica 				
Werking en bijwerkingen Mirena bij bijzondere indicaties	GYN	Geen	Nee	Doorgeschoven naar kennisagenda 2020-2023

Kennisagenda 2020 – 2023

Kennishiaten die zijn onderzocht	Pijler	Ingediend	Subsidie verkregen	Stand van zaken
Heeft het toevoegen van Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) aan de primaire debulking van ovariumcarcinoom een langere overleving tot gevolg?	ONCO	OVHIPEC-2	Ja (KWF)	OVHIPEC-2 studie loopt momenteel
Wat is de toepasbaarheid en effectiviteit van imiquimod bij de behandeling van een recidief cervicale intra-epitheliale neoplasie (CIN) na Loop Excisie van de Transformatiezone (LLETZ)?	ONCO	TopIC-2 PREDICT-TOPIC I	Nee Ja	De pilot van de TopIC-2 studie heeft gelopen zonder subsidie. Vanwege tegenvallende resultaten van de pilot is er geen subsidieverzoek ingediend en ziet de onderzoeksgroep af van het voortzetten van de trial. PREDICT-TOPIC I loopt, binnenkort wordt de biomarker gevalideerd.

Kennishiaten die niet zijn onderzocht	Pijler	Ingediend	Subsidie verkregen	Stand van zaken
Wat is de juiste handelswijze bij postmenopauzale vrouwen met verdikt endometrium (EDD > 4 mm) zonder vaginaal bloedverlies?	GYN	Nee	N.v.t.	N.v.t.
Wat is het effect van oestrogeentherapie op abnormaal bloedverlies bij een levonorgestrel Intra Uterine Device (IUD) meer dan 6 maanden na plaatsing?	GYN	MIRA 3 (projectidee is niet genomineerd om uit te werken door NVOG)	Nee	Er is wel een pilot in het Maxima MC gedaan, deze is afgerond maar moet nog worden gepubliceerd.
Geeft het gebruik van een levonorgestrel IUD bij obese patiënten met postmenopauzaal bloedverlies een reductie van recidiverend bloedverlies en verlaagt dit het risico op endometriumcarcinoom?	GYN	Nee	N.v.t.	Er is wel een pilot in het Maxima MC gedaan (MOP-studie). Resultaten volgen, komen in het proefschrift van Tamara Oderkerk.

Leidt het toedienen van corticosteroïden voorafgaand aan een primaire sectio tussen 37 en 39 weken amenorroeduur tot betere neonatale uitkomst?	FMG	ACETS trial	Nee	N.v.t.
Leidt het electief inleiden van laag-risico vrouwen in de à terme periode tot een betere neonatale uitkomst? En bij welke vrouwen zou je dat eerder of later moeten doen?	FMG	Dutch Arrive	Nee	Een dergelijke studie is door ZonMw beoordeeld als niet haalbaar in Nederland.
Wat is het effect van antenatale corticosteroïden op neonatale mortaliteit en morbiditeit en het effect op de lange termijn ontwikkeling bij prematuur geboren kinderen met intra-uteriene groei restrictie?	FMG	Nee	N.v.t.	N.v.t.
Wat is de effectiviteit van behandeling met anti-oestrogenen ten opzichte van behandeling met aromataseremmers, bij patiënten met Polycysteus Ovarium Syndroom (PCOS) met een actieve kinderwens?	VPG	OvuLET	Nee	N.v.t.
Leiden pre-conceptionele leefstijl programma's (niet roken, geen alcohol, normale BMI, voeding, vitamines suppleren, sporten etc.) bij infertiele paren tot een verbetering van de kans op zwangerschap en verbetering van de zwangerschapsuitkomst?	VPG	eFUSE	Nee	N.v.t.

Promoties 2018-2022:

Via [deze link](#) komt u bij een overzicht van de promoties opgedeeld per pijler, onderzoekslijn en jaartal.

Winnaars van de Wim Schellekens prijs (Talent-In-Onderzoek)

[Hier](#) ziet u de winnaars van de Wim Schellekens (Talent in Onderzoek) prijs van de afgelopen jaren. Dit is een beloning voor AIOS voor hun publicaties of voor wetenschappelijk onderzoek.

Prijswinnaars Louis Schellekens Trofee

De Louis Schellekens Trofee wordt ieder jaar voor twee verschillende pijlers van de NVOG uitgereikt voor het beste proefschrift verschenen binnen het aandachtsgebied. Het bestaat uit een geldbedrag van €1.000,-. De prijs wordt beschikbaar gesteld door de Wim Schellekens Stichting. [Hier](#) vindt u een overzicht van de winnaars van de afgelopen jaren.

Het logistieke proces van Kennisagenda naar project(toekenning) binnen de NVOG uitgelegd (zie ook [deze link](#))

1. Jaarlijks wordt een oproep gedaan (organisatie via het NVOG-bureau) om te inventariseren wie een studievoorstel wil indienen en wie projectleider wil zijn. Men kan een studievoorstel indienen aan de hand van een meegestuurd Excel-format. Hierin wordt ook gevraagd wat deze studie betekent voor de (toekomstige) richtlijnen. Studievoorstellen worden ingediend bij het NVOG-bureau en bij de betreffende (wetenschapscommissie van de) pijler.
2. Het NVOG-bureau levert de ingediende studievoorstellen aan de wetenschapscommissies van de pijlers aan.
3. De wetenschapscommissies beoordelen deze voorstellen en doen een voorstel voor de in te dienen studies en beoogde projectleiders. De wetenschapscommissie kan om tot dit voorstel te komen een bijeenkomst organiseren om de voorstellen te bediscussiëren, draagvlak te toetsen en eventuele samenwerking te bespreken. Hierbij wordt opnieuw gekeken naar de maatschappelijke relevantie, of de studie in de Nederlandse situatie binnen enkele jaren is uit te voeren en of de studie te bekostigen is. In het voorstel wordt rekening gehouden met de verdeling over het land, en wordt samenwerking gestimuleerd. Een duo-projectleiderschap (waarbij twee centra betrokken zijn) is mogelijk. Streven is te komen tot maximaal 3-4 in te dienen studies per jaar per pijler, ervan uitgaande dat >50% wordt gehonoreerd en er elk jaar dus 2-3 studies per pijler zullen starten. Dit zal per jaar bekeken moeten worden, en hangt ook af van hoeveel studies er lopen en wanneer de te verwachten inclusieperiodes klaar zijn. De beslissingen zijn transparant, notulen van vergaderingen zijn opvraagbaar. De pijlers brengen de beoogde projectleiders op de hoogte indien (en waarom) een studievoorstel niet is geselecteerd voor verdere uitwerking.
4. De door de pijlers geprioriteerde voorstellen worden besproken in een gezamenlijke vergadering van de Koepel Wetenschap en de werkgroep Kwaliteitscirkel. Hierbij wordt naar het grote geheel gekeken, naar de haalbaarheid, of de interventie uitvoerbaar is, of de methodologie passend is, of de belasting voor de deelnemende centra goed is. Tevens wordt beoordeeld of er geen conflicterende studies lopen en onderzoeken we of er praktische bezwaren te verwachten zijn bij implementatie van de studieresultaten. De Koepel Wetenschap neemt het besluit, de werkgroep Kwaliteitscirkel accordeert (controlefunctie). Het bureau van de NVOG geeft vervolgens – in samenspraak met de pijlervertegenwoordiger vanuit de Koepel Wetenschap - een terugkoppeling aan de indieners.

5. Er wordt een enquête uitgezet onder alle leden. Deze enquête is bedoeld om te toetsen of de studies uitvoerbaar zijn; zijn er problemen te verwachten bij de uitvoering van de genoemde interventies, zijn er voldoende centra die aangeven te willen participeren met voldoende inclusies. Ook onderzoeken we of er praktische bezwaren te verwachten zijn bij implementatie van de studieresultaten.
6. De uitkomst van de draagvlakenquête wordt besproken in een vergadering van de Koepel Wetenschap. Het bureau van de NVOG geeft vervolgens - in samenspraak met de pijlvertegenwoordiger vanuit de Koepel Wetenschap - een terugkoppeling aan de indieners.
7. (Beoogde) Projectleiders leveren het projectidee in het ZonMw-indieningsformat aan bij het NVOG-bureau.
8. De Koepel Wetenschap en de werkgroep Kwaliteitscirkel komen voor een laatste keer bijeen om te beoordelen of het studievoorstel een steunbetuigingsbrief vanuit de NVOG ontvangt.
9. Het NVOG-bureau verzendt de steunbrieven.
10. Een overzicht van de studies die worden ingediend, wordt aan de NVOG-leden kenbaar gemaakt via de nieuwsbrief en/of website. Tevens wordt er een overzicht gegeven m.b.t. welke projecten er mogen worden uitgewerkt en aan welke projecten een subsidie wordt toegekend.

Bijlage 7

Steunbrief Patiëntenfederatie Nederland (PFN)



Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Datum 1 november 2023
Onderwerp **Kennisagenda NVOG**

Geacht bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie,

Middels deze brief geven wij een steunverklaring af voor de kennisagenda van de NVOG. De kennisagenda is tot stand gekomen met betrokkenheid van patiënten.

Voor een toekomstige herziening van de kennisagenda zullen er nieuwe afspraken worden gemaakt over het proces rondom de patiëntbetrokkenheid.

Namens Patiëntenfederatie Nederland,

Linda Daniels-van Saase





Image by Ed Uthman

