

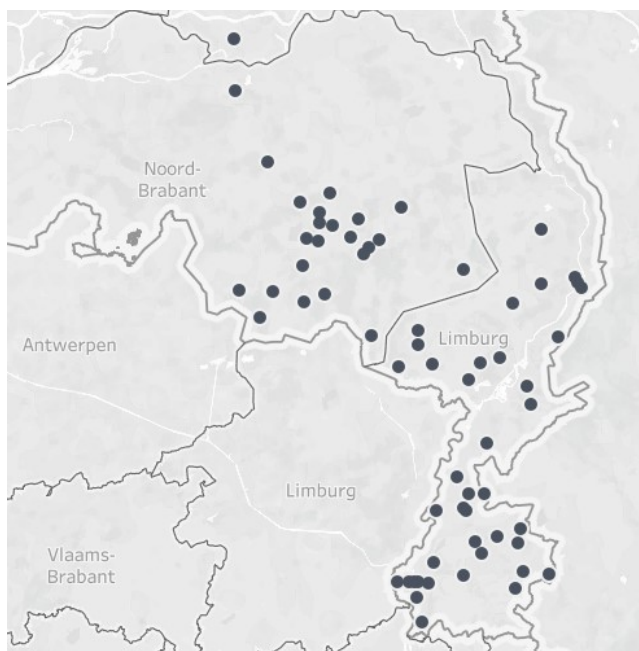


Kwaliteitsjaarverslag
2025 SPSZON

Inhoud

1. Werkgebied RC	3
2. Organisatie.....	3
2.1. Interne organisatie.....	3
2.2. Deelname landelijke overlegorganen	5
3. Uitvoering van de prenatale screening	5
3.1. Counseling.....	5
3.2. NIPT	6
3.3. Echoscopie.....	7
4. Deskundigheidsbevordering van contractanten.....	9
4.1. Bijscholing	9
4.2. Nieuwsbrief.....	10
5. Implementatie landelijke kwaliteitseisen en afspraken	10
6. Kwaliteitsborging.....	11
6.1. Counselingspraktijken.....	11
6.1.1. Kwaliteitstoets counseling	11
6.1.2. Tabel 16 Resultaten kwaliteitstoets counseling 2025.....	11
6.2. Counselors.....	11
6.2.1. Toetsing bijscholingseisen 2025	11
6.2.2. Toetsing normaantallen counseling	12
6.3. NIPT	12
6.3.1. Bloedafnameorganisaties	12
6.3.2. NIPT-laboratoria.....	13
6.4. Echocentra	14
6.4.1. Kwaliteitstoets echoscopie 2025.....	14
6.5. Echoscopisten	16
6.5.1. Beeldbeoordeling ETSEO en TTSEO in 2025	16
6.5.2. Toetsing normaantallen SEO	18
6.5.3. Toetsing bijscholing echoscopisten	19
7. Informatiebeveiliging	20
Bijlage 1. Samenwerkingscontracten	22

1. Werkgebied RC



Werkgebied SPSZON

De uitvoering van de prenatale screening op chromosomale afwijkingen en het structureel echoscopisch onderzoek valt onder de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO). SPSZON is één van de zeven regionale centra voor prenatale screening in Nederland die door het Ministerie van VWS zijn aangewezen als vergunninghouder en als regionale coördinator.

Als regiocoördinator is SPSZON verantwoordelijk voor de kwaliteitstoetsing en kwaliteitsborging binnen de eigen regio, voor de regionale uitvoering van de screening en voor de deskundigheidsbevordering (opleiding en nascholing). Voorts is SPSZON verantwoordelijk voor het verzamelen en verwerken van de data prenatale screening voor de landelijke (en regionale) monitoring en evaluatie van het programma in de regio Zuidoost Nederland (zie de afbeelding hierboven).

2. Organisatie

2.1. Interne organisatie

Tabel 1 Organen en aantal bijeenkomsten

Naam Orgaan	Aantal bijeenkomsten
Bestuurder(s) en/of Raad van Bestuur	N.v.t.: 1 bestuurder
Raad van Commissarissen/Raad van Toezicht	4 Bijeenkomsten
Raad van Advies	2 Bijeenkomsten

Tabel 2 Samenstelling Bestuur

Naam	Relevante nevenactiviteiten
Drs. M.J. Pieters	Gynaecoloog-perinatoloog MUMC+

Tabel 3 Samenstelling Raad van Toezicht

Naam	Relevante nevenactiviteiten
Drs. M. van Doorn, voorzitter	Docent Academie Verloskunde Maastricht ZZP eerstelijns echoscopie*
Drs. W. Bosch, lid	Gepensioneerd/Directeur Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht
Mr. N. Heilhof, lid	N.R. Heilhof Advocatenkantoor, advocaat GGz Breburg, jurist en functionaris gegevensbescherming METC azM/MUMc, jurist lid METC Maxima MC, jurist pl. lid Sem, Raad van Toezicht

*Verricht geen screeningsecho's binnen de SPSZON-regio

Tabel 4 Raad van Advies

Naam	Vertegenwoordiger/achtergrond
Mevr. S. Snelder	Verloskundige, vertegenwoordiger van counselors PNS
Mevr. M. Bonné	Echoscopist, vertegenwoordiger van echoscopisten PNS
Mevr. A. Wils, voorzitter	Verloskundige en docent, vertegenwoordiger opleiding verloskundigen (AV-M)
Mevr. Dr. L. de Wit-Zuurendonk	Gynaecoloog-perinatoloog, vertegenwoordiger PND en gynaecologen
Mevr. M. Kluck	Verloskundige, vertegenwoordiger van counselors PNS
Mevr. M. Dellebeke-Weijts	Echoscopist, vertegenwoordiger van echoscopisten PNS
Mevr. Dr. M. Heijligers	Klinisch geneticus met aandachtsgebied prenatale genetica, vertegenwoordiger van klinisch genetici

Tabel 5 Bestuur/Medewerkers

Type functionaris*		Aantal fte
1	Bestuurder*	0,4*2
2	Regiomanager 1 (stafadviseur)	0,57*3
3	Regiomanager 2 (stafadviseur)	0,78
4	Kwaliteitsmedewerker 1*	0,11
5	Kwaliteitsmedewerker 2*	0,11
6	Management Assistente	0,67
Totaal		2.64

* Bestuurder: gynaecoloog-perinatoloog en kwaliteitsmedewerkers: echoscopist SEO en GUO

*2 Verdeeld over 0,3 fte als bestuurder en 0,1 fte als inhoudskundige in werkgroepen en voor de regio

*3 Fte is in 2025 verlaagd van 0,67 naar 0,57

2.2. Deelname landelijke overlegorganen

De bestuurder en medewerkers van SPSZON nemen deel aan landelijke werk- en projectgroepen. Besproken landelijk beleid wordt intern teruggekoppeld en overlegd hoe dit beleid binnen de regio uitgevoerd wordt en gecommuniceerd wordt naar de contractanten.

Bestuurder en medewerkers van SPSZON hebben in 2025 deelgenomen aan de volgende project- en werkgroepen:

- Bestuurder: Platform Regionale Centra, Werkgroep Kwaliteit NIPT, Werkgroep Laboratoria NIPT, Audit team NIPT laboratoria.
- Regiomanagers: WBK (Werkgroep Beleidsuitvoering & Kwaliteitsborging), Projectgroep NIPT RC's, Projectgroep Informatiebeveiliging RC's, Projectgroep Rollen en Rechten (onderdeel WG Peridos) en Werkgroep Kwaliteitsborging SEO.
- Kwaliteitsmedewerker: Projectgroep Uniformiteit Beeldbeoordeling.

3. Uitvoering van de prenatale screening

3.1. Counseling

Tabel 6 Aantal gecontracteerde organisaties en zorgverleners en het aantal uitgevoerde verrichtingen in de regio per jaar.

	Aantal gecontracteerde organisaties in de regio		Aantal zorgverleners waarvan het RC de primaire regio is*1		Aantal uitgevoerde verrichtingen*2 in de regio	
	31-12-2025	31-12-2024	31-12-2025	31-12-2024	2025	2024
Counseling	68	68	257	255	15.962	14.994

*1 Het betreft hier alleen zorgverleners met een actieve rol waarvan het RC de primaire regio is (een zorgverlener kan in meerdere regio's tegelijk een actieve rol hebben. Elke zorgverlener heeft één primaire regio).

*2 Het aantal verrichtingen is het aantal verrichtingen per zwangerschap.

Op 1-1-2025 is het contract van een verloskundigenpraktijk beëindigd, op 1-12-2025 is er een nieuwe praktijk gestart (dit betreft een fusie van 8 reeds bestaande praktijken, waarvan het contract vanwege administratieve afhandelingen op 1-3-2026 beëindigd is).

Tabel 7 Formaat van counselingpraktijken o.b.v. het aantal uitgevoerde verrichtingen per jaar.

Aantal verrichtingen per jaar	Counselingspraktijken* op 31-12-2025		Counselingspraktijken* op 31-12-2024	
	Aantal	% van totaal	Aantal	% van totaal
< 50 counselinggesprekken	0		2	2,9%
51-150 counselinggesprekken	23	34,3%	24	35,3%
151- 250 counselinggesprekken	18	26,9%	19	27,9%
251 - 350 counselinggesprekken	15	22,4%	14	20,6%
>350 counselinggesprekken	11	16,4%	9	13,2%
Totaal	67	100%	68	100%

* Betreft alleen counselingpraktijken die het gehele kalenderjaar een contract hebben gehad.

3.2. NIPT

Tabel 8 Aantal (gecontracteerde) organisaties voor de uitvoering van de NIPT en het aantal uitgevoerde verrichtingen in de regio per jaar.

	Aantal organisaties in de regio		Aantal uitgevoerde verrichtingen* in de regio	
	31-12-2025	31-12-2024	2025	2024
NIPT BAO	9	9	12.892	12.480
NIPT bloedafnamelocaties	18	19		
NIPT-laboratorium voor analyse	1	1	12.866	12.436

* Het aantal verrichtingen is het aantal verrichtingen per zwangerschap.

Op 31-12-2024 is een BAO locatie gesloten, deze telt mee in de telling op 31-12-2024.

Tabel 9 Formaat van bloedafnamelocaties voor de NIPT o.b.v. het aantal uitgevoerde verrichtingen per jaar.

Aantallen per jaar	Bloedafnamelocaties* op 31-12-2025		Bloedafnamelocaties* op 31-12-2024	
	Aantal	% van totaal	Aantal	% van totaal
0 bloedafnames	0	0%	0	0%
≤ 50 bloedafnames	0	0%	1	5,6%
51 - 150 bloedafnames	0	0%	0	0%
151 - 250 bloedafnames	3	16,7%	3	16,7%
251 - 350 bloedafnames	2	11,1%	1	5,6%
351 - 450 bloedafnames	1	5,6%	2	11,1%
>450 bloedafnames	12	66,7%	11	61,1%
Totaal	18	100%	18	100%

* Betreft alleen bloedafnamelocaties die het gehele kalenderjaar geopend zijn geweest.

3.3. Echoscopie

Tabel 10 Aantal gecontracteerde organisaties en zorgverleners en het aantal uitgevoerde verrichtingen in de regio per jaar.

	Aantal gecontracteerde organisaties in de regio		Aantal zorgverleners waarvan het RC de primaire regio is* ¹		Aantal uitgevoerde verrichtingen in de regio	
	31-12-2025	31-12-2024	31-12-2025	31-12-2024	2025	2024
ETSEO	22	20	45	46	13.408* ²	13.254* ²
TTSEO	23	21	58	62	13.577* ^{2,3}	13.417* ^{2,3}

*¹ Het betreft hier alleen zorgverleners met een actieve rol waarvan het RC de primaire regio is (een zorgverlener kan in meerdere regio's tegelijk een actieve rol hebben. Elke zorgverlener heeft één primaire regio).

*² Het aantal verrichtingen is het aantal verrichtingen per foetus.

*³ Het aantal verrichtingen betreft alleen het primaire TTSEO.

In 2025 zijn 2 nieuwe echocentra gestart.

Er zijn 2 ETSEO kwaliteitsovereenkomsten ontbonden en 2 nieuwe ETSEO echoscopisten gestart.

Gedurende 2025 zijn 4 ETSEO echoscopisten aangesteld bij een andere primaire regio en zijn 3 ETSEO echoscopisten gekoppeld aan SPSZON als primaire regio.

Er zijn in 2025 7 TTSEO kwaliteitsovereenkomsten ontbonden en 2 nieuwe TTSEO echoscopisten zijn gestart. Gedurende 2025 zijn 2 TTSEO echoscopisten aan een andere primaire regio gekoppeld en 3 TTSEO echoscopisten werden aan SPSZON als primaire regio gekoppeld.

Tabel 11

Aantallen per jaar	ETSEO-echocentra ^{*1, 2} op 31-12-2025		ETSEO-echocentra ^{*1,2} op 31-12-2024	
	Aantal	% van totaal	Aantal	% van totaal
≤ 150 ETSEO	1	5%	0	0%
151-250 ETSEO	3	15%	4	20%
251-750 ETSEO	9	45%	9	45%
751-1250 ETSEO	4	20%	5	25%
1251-1750 ETSEO	2	10%	1	5%
1751-2250 ETSEO	0	0%	0	0%
2251- 2750 ETSEO	0	0%	0	0%
>2750 ETSEO	1	5%	1	5%
Totaal	20	100%	20	100%

Formaat van ETSEO-centra o.b.v. het aantal uitgevoerde verrichtingen per jaar

*1 Betreft alleen echocentra die het gehele kalenderjaar een ETSEO-contract hebben gehad.

*2 Het aantal verrichtingen is het aantal verrichtingen per foetus.

Tabel 12 Formaat van TTSEO-centra o.b.v. het aantal uitgevoerde verrichtingen per jaar

Aantallen per jaar	TTSEO-echocentra ^{*1,2} op 31-12-2025		TTSEO-echocentra ^{*1,2} op 31-12-2024	
	Aantal	% van totaal	Aantal	% van totaal
≤ 150 TTSEO	0	0%	0	0%
151-250 TTSEO	2	9,5%	4	19%
251 - 750 TTSEO	12	57,1%	10	47,6%
751 - 1250 TTSEO	5	23,8%	5	23,8%
1251 - 1750 TTSEO	1	4,8%	1	4,8%
1751 - 2250 TTSEO	0	0%	0	0%
2251- 2750 TTSEO	0	0%	0	0%
>2750 TTSEO	1	4,8%	1	4,8%
Totaal	21	100%	21	100%

*1 Betreft alleen echocentra die het gehele kalenderjaar een TTSEO-contract hebben gehad.

*2 Het aantal verrichtingen is het aantal verrichtingen per foetus.

4. Deskundigheidsbevordering van contractanten

4.1. Bijscholing

Tabel 13 Nascholing - regionaal

Categorie nascholing	Vorm	Datum	Accreditatie mogelijk ja/nee	Aantal accreditatie punten	Aantal deelnemers	Zelf organiseren/meewerken aan organisatie
Plenaire bijscholing zorgverleners / contractanten	Regionale bijeenkomst	9-10-2025	ja	3	96	SPSZON georganiseerd
Echoscopisten bijscholing**	Casuïstiek-bespreking	5-6-2025	ja	2	71	SPSZON georganiseerd
Echoscopisten bijscholing	OPUS training	25-4-2025 26-8-2025 7-10-2025 18-11-2025	ja	4	10 per training	SPSZON georganiseerd

** Exclusief opleiding ETSEO.

Tabel 14 Landelijke, door de RC's gezamenlijk georganiseerde, webinars

Naam nascholing*	Doelgroep	Datum	Aantal deelnemers**	Aantal accreditatie punten
De NIPT per 1-4-2025***	Counselors prenatale screening	11 februari 2025	1854 live en 1366 on de mand	KNOV, NVOG en V&VN: 1 punt.
Landelijk webinar Prenatale screening	Counselors, echoscopisten en andere belangstellenden	4 november 2025	927 live en 320 on de mand	NVOG, KNOV, NAPA en V&VN: 2 punten. BEN: 1 punt.

* De landelijke webinars zijn in principe tot één jaar na de uitzending terug te kijken.

** De aantallen zijn niet onderverdeeld per regio. Hier is dus het totaal aantal deelnemers te zien uit alle regio's samen. De aantallen betreft degene die het webinar voldoende (minstens 80%) hebben bekeken en waarvan de accreditatiepunten zijn toegekend.

*** Dit webinar is georganiseerd in samenwerking met het RIVM-CvB.

Het webinar 'NIPT per 1-4-2025' was voor counselors verplicht om te volgen. Counselors hadden tot en met 31 maart 2025 de tijd om dit webinar te volgen. Deelname aan dit webinar wordt door de CLBPS geregistreerd.

Begin maart hebben de RC's de stand van zaken bekeken voor alle counselors. De counselors die op dat moment het webinar nog niet (voldoende) hebben bekeken hebben van de RC's hierover bericht ontvangen. Bij counselors die bij de ingang van de NIPT per 1-4-2025 niet hadden voldaan aan de verplichte bijscholing, is de kwaliteitsovereenkomst ontbonden totdat aan de bijscholingseis is voldaan.

4.2. Nieuwsbrief

- Nieuwsbrieven: 9 regionale nieuwsbrieven
- Website: www.spszon.nl
- Mailings c.q. extra nieuwsberichten aan contractanten

5. Implementatie landelijke kwaliteitseisen en afspraken

Tabel 15 Gewijzigde kwaliteitseisen

Kwaliteitseisen en richtlijnen NIPT - verloskundig zorgverleners	Het is verplicht om de uitslagbrief van een niet-afwijkende uitslag per post of per veilige e-mail (zoals via Zorgmail) te versturen. De brief delen tijdens een later consult of via het patiëntportaal delen mag ook. De counselor registreert dit in het dossier. Ingangsdatum: 1-1-2025. <i>Gecommuniceerd via: nieuwsbrief december 2024, besproken tijdens audits counseling</i>
Kwaliteitseisen en richtlijnen NIPT - laboratoria	*De keuze wel of geen nevenbevindingen bij de NIPT is vervallen. Ook krijgen zwangeren RATs niet langer te horen. Ingangsdatum: 1-4-2025. <i>Gecommuniceerd via: nieuwsbrieven oktober-november 2024, januari 2025, besproken tijdens audits counseling, landelijk webinar</i>
Kwaliteitseisen en richtlijnen NIPT - bloedafnameorganisaties	Wijziging norm doorlooptijd BAO's (bloedafname-aankomst NIPT-laboratorium) van 100% naar 99,6%. Ingangsdatum: 8-9-2025. (zie ook hoofdstuk 6; kwaliteitsborging - NIPT- bloedafnameorganisaties) <i>Gecommuniceerd via: kwaliteitsrapportages BAO's, nieuwsbrief NIPT november 2025</i>
Kwaliteitseisen en richtlijnen TTSEO - beoordelingscriteria	Intactheid van het diafragma in 2 sagittale opnamen vastleggen. Ingangsdatum: 1-10-2025. <i>Gecommuniceerd via: nieuwsbrief oktober 2025, besproken tijdens audits echoscopie</i>
Kwaliteitseisen en richtlijnen TTSEO - kwaliteitsborging	Aanpassing puntentelling bij structurele fouten in de beeldbeoordeling TTSEO. Ingangsdatum: 1-10-2025. <i>Gecommuniceerd via: nieuwsbrief oktober 2025, besproken tijdens audits echoscopie</i>

*Het vervallen van de keuze voor nevenbevindingen bij de NIPT, naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad, is een grote wijziging geweest in 2025. Deze wijziging is per 1-4-2025 ingegaan. Vanaf dat moment wordt de NIPT een 'bloedonderzoek naar chromosoomafwijkingen' genoemd.

6. Kwaliteitsborging

6.1. Counselingspraktijken

6.1.1. Kwaliteitstoets counseling

In 2025 is een nieuwe ronde van de kwaliteitstoets counseling gestart. De kwaliteitstoets is vernieuwd; de vragenlijst die naar de counselingpraktijken wordt verstuurd is verkort en er wordt een kwaliteitsgesprek gehouden met de praktijk (live of digitaal).

De huidige ronde loopt van 2025 – 2027 waarin ook een evaluatie van de vernieuwde werkwijze zal plaats vinden.

In 2024 hebben de RC's deze vernieuwde kwaliteitstoets al middels een pilot bij enkele praktijken uitgevoerd. De resultaten hiervan zijn opgenomen in tabel 16.

6.1.2. Tabel 16 Resultaten kwaliteitstoets counseling 2025

	Absolute aantallen	Percentages
Aantal kwaliteitstoetsen uitgezet in 2025* ¹ en t.o.v. aantal praktijken dat in 2025 een contract had* ² .	23	34%
Aantal kwaliteitstoetsen dat in 2025 is uitgezet en in 2025 is afgerond* ³ en t.o.v. aantal kwaliteitstoetsen dat in 2025 is uitgezet.	20	87%

*1 Inclusief het aantal pilots dat in 2024 is uitgezet

*2 Aantal gecontacteerde praktijken op peildatum 31-12-2025.

*3 Onder afgeronde toetsen en definitief rapport wordt hier verstaan: "rapport beschikbaar" in Peridos.

In 2025 zijn 23 audits counseling in Peridos uitgezet en zijn daarvan 20 audits ook afgerond in 2025. Het totaal te verrichten audits zal in totaal lager te komen liggen vanwege de fusie van 8 praktijken in 2026.

6.2. Counselors

6.2.1. Toetsing bijscholingseisen 2025

Om counselors meer flexibiliteit te bieden hun bijscholing op tijd af te ronden, hebben de Regionale Centra Prenatale Screening en het RIVM-CvB de bijscholingsronde (2022-2026) aangepast. De aanpassing houdt in dat een counselor vanaf nu minimaal één scholing per onderdeel gevolgd moet hebben. De overige scholingen zijn naar keuze in te vullen. Hiermee wordt het minimaal aantal te behalen punten per onderdeel los gelaten. Het totaal aantal te behalen punten (20) blijft gehandhaafd.

Naast het aanpassen van de bijscholingsronde, hebben de RC's zich ook actief ingezet om counselors en bijscholingsaanbieders waar mogelijk gericht te ondersteunen, met als doel dat alle counselors eind 2026 hun benodigde bijscholingen hebben gevolgd.

- Het bijscholingsaanbod in de categorieën vaardigheden en reflectie is uitgebreid zodat counselors meer keuze hebben.
- Op clbps.nl is een actueel overzicht van de verschillende scholingen te vinden. Hier is duidelijk te zien of scholingen klassikaal, online of in-company zijn.
- Het dashboard 'Mijn Voortgang' is geüpdatet met individuele stand van zaken rondom bijscholing voor de counselor inzichtelijk te maken.

In 2024 heeft een tussentijdse evaluatie van de bijscholingsronde plaatsgevonden. In 2025 is twee keer op landelijk niveau gekeken naar de een stand van zaken, op basis waarvan de bijscholingseisen zijn aangepast. Ook in 2026 zal de voortgang regelmatig worden gemonitord. Begin 2027 zal de bijscholingsronde 2022-2026 worden getoetst en afgerond worden. Over de resultaten van deze toetsing zal in het verslag van 2027 worden gerapporteerd.

6.2.2. Toetsing normaantallen counseling

Tabel 17 Aantal verrichtingen per uitvoerder

Type zorgverlener	Totaal aantal beoordeelde zorgverleners in 2025 (over verrichtingen in 2024)	Aantal zorgverleners dat voldoet aan deze kwaliteitseis	Toelichting en consequenties voor contracten
Counselor Kwaliteitseis: 35	252	233	19 counselors voldeden niet aan de norm: 5 counselors stopten op eigen beweging met counselen. Van de overige 14 counselors die niet voldeden werd 1 KO Counseling ontbonden en ontvingen 12 Counselors een brief op maat: 8 Counselors dienden 35 gesprekken in 2025 te registreren en 4 starters werden geattendeerd op de te behalen norm in 2025 (zonder consequenties voor KO Counseling). 1 Counselor werd gevraagd naar de stand van zaken m.b.t. haar afwezigheid en gevraagd naar eventuele herstart in 2025.

6.3. NIPT

6.3.1. Bloedafnameorganisaties

De RC's en het Referentiecentrum NIPT monitoren periodiek de kwaliteit middels de volgende parameters:

- Doorlooptijd tussen afronden bloedafname en aankomst monsters bij het NIPT-laboratorium.
- Aantal bloedafnames per gehele bloedafnameorganisatie, per maand.
- Aantal bloedafnames per bloedafnamelocatie, per maand.
- Aantal correct aangeleverde bloedbuizen, die bruikbaar zijn voor analyse van de monsters.
- Aantal aangeleverde bloedbuizen per zwangere.

Begin 2025 hebben de BAO's de laatste kwartaalrapportage (Q4) van 2024 ontvangen. Aan de resultaten van dit rapport zijn consequenties verbonden.

Naar aanleiding van de kwartaalrapportage Q4 2024 is in totaal 1 locatie gesloten van 1 BAO. Reden was het structureel niet voldoen aan de minimale NIPT bloedafname per maand. In totaal zijn er 0 BAO's gesloten.

Ook in 2025 hebben de BAO's elk kwartaal een rapportage ontvangen van deze kwaliteitsparameters. De kwartaalrapportages geven de BAO's inzicht in de prestaties van de bloedafnamelocaties ten opzichte van de landelijke kwaliteitseisen. Hiermee is voor de BAO in één oogopslag zichtbaar of verbetering nodig is en op welk vlak. Hierdoor is het voor de BAO's mogelijk om gericht actie te ondernemen in het kader van kwaliteitsverbetering. Indien in de kwartaalrapportages bijzonderheden zijn geconstateerd, heeft het RC de BAO actief gevraagd om passende maatregelen te nemen.

Naast de kwartaalrapportages, hebben de RC's wekelijks gemonitord hoeveel incorrect aangeleverde bloedbuizen, inclusief de 'niet in Peridos geregistreerde'-bloedbuizen, door het laboratorium zijn ontvangen. Omdat de BAO's geen directe (digitale) terugkoppeling ontvangen van incorrect aangeleverde bloedbuizen, heeft deze wekelijkse monitoring door de RC's een belangrijke signaalfunctie richting de BAO's. Met BAO's, waarbij het aantal incorrect aangeleverde bloedbuizen opvallend hoog was, is contact opgenomen en gezocht naar oplossingen.

Enkele BAO's zijn in 2025 overgestapt op een andere LIMS, waardoor er in het proces van de bloedafname NIPT registratiefouten ontstonden. In het oplossen hiervan heeft het CLBPS ondersteuning geboden; zwangeren hebben hiervan geen last ondervonden.

Sinds 1 juli 2025 is de koppeling tussen Peridos en Daklapack¹ gerealiseerd. Wat betekent dat de registratie van de 'niet in Peridos geregistreerde'-bloedbuizen niet meer handmatig door de RC's en de servicedesk Peridos hoeft worden bijgehouden.

Uit evaluatie is gebleken dat de landelijke kwaliteitsnorm voor de doorlooptijd van de bloedbuizen niet haalbaar is. De omstandigheden waardoor de doorlooptijd afwijkt ligt soms buiten de macht van de BAO's, bijvoorbeeld weersomstandigheden. De norm is om die reden landelijk, op basis van ervaringscijfers, bijgesteld naar 99,6%, i.p.v. 100%.

In 2026 ontvangen de BAO's de laatste kwartaalrapportage 2025 en een jaarrapportage van 2025. Daarnaast wordt in het eerste kwartaal van 2026² door de RC's een kwaliteitsbeoordeling uitgevoerd op basis van de gegevens over 2025. Deze beoordeling vindt plaats aan de hand van het jaarrapport en een uitgebreid kwaliteitsgesprek. Aan de uitkomsten van de kwaliteitsbeoordeling kunnen, waar van toepassing, passende vervolgacties of consequenties worden verbonden (zoals bijvoorbeeld: sluiten van locaties, verbeteren van de doorlooptijd, en indien van toepassing het uitvoeren van een audit bij derde partijen³). De resultaten van deze kwaliteitsbeoordeling worden in het kwaliteitsjaarverslag 2026 opgenomen.

6.3.2. NIPT-laboratoria

Voor de kwaliteitsborging van de drie NIPT-laboratoria wordt nauw samengewerkt met het Referentiecentrum van het RIVM. Daar ligt de expertise en verantwoordelijkheid voor de inhoudelijke kwaliteitscontrole van de laboratoria. Bij de RC's ligt de kwaliteitscontrole op het gebied van de contract afspraken.

De kwaliteitsborging van de NIPT wordt op landelijkniveau uitgevoerd. De bestuurder van SPSZON is lid van het landelijke audit team. In het kwaliteitsjaarverslag RC's & CLBPS 2025 wordt hier verder op ingegaan.

¹ DaklaPack is de leverancier voor de NIPT-bloedafnamesets.

² Over de resultaten van deze kwaliteitsbeoordeling wordt in het kwaliteitsjaarverslag RC's en & CLBPS 2026 gerapporteerd.

³ Derde partijen: zorginstellingen die zelf de NIPT-bloedafname uitvoeren onder de verantwoordelijkheid van een BAO.

6.4. Echocentra

6.4.1. Kwaliteitstoets echoscopie 2025

De samenstelling van het auditteam

- Het auditteam van SPSZON bestaat uit 2 personen: 1 regiomanager + 1 kwaliteitsmedewerker (GUO-echoscopist/ beeldbeoordelaar). Er zijn 2 auditteams. De bestuurder maakt geen deel uit van het auditteam (behalve bij de audit van het echocentrum van het MUMC+ of bij een externe audit bij het echocentrum bij een ander UMC).

De werkwijze van de audit

- Ieder echocentrum wordt elke 2 jaar geïnspecteerd door SPSZON. In 2025 werden alle audits fysiek op locatie van het echocentrum uitgevoerd. De audit vindt plaats op basis van het actuele landelijke format kwaliteitstoets echoscopie. Indien counseling plaatsvindt in hetzelfde centrum dan wordt ook de uitvoering van de counseling geëvalueerd en in het format en auditrapport opgenomen. Verder is de bespreking van kwaliteit bevorderende maatregelen (zoals b.v. intercollegiale toetsing) toegevoegd aan de audit en wordt er sinds 2024 een extra echoscopisch onderzoek uitgevoerd bij een zwangere die in dit centrum al een SEO gehad heeft. Hierbij worden tips & tricks gegeven door de kwaliteitsmedewerker en worden vragen beantwoord. Dit onderdeel van de audit betreft geen toetsing, maar kwaliteitsbevordering. Bij ieder nieuw echocentrum wordt een startgesprek gepland.
- In 2025 liep auditronde 8 (van oktober 2024 tot oktober 2026).

De audit bij het gelieerde UMC

Op 2 juni 2025 is het echocentrum MUMC+ geïnspecteerd. Externe auditor was Mw. T. Draaijers, stafadviseur Beleid en Kwaliteit Stichting Prenatale Screening Noordoost Nederland (SPSNN). Beeldbeoordelingen werden uitgevoerd door de Stichting Prenatale Screening Nijmegen (SPN); voor de auditors van de SPN was het niet haalbaar aanwezig zijn bij de audit van het MUMC+ waardoor mw. Draaijers (SPNN) heeft deelgenomen. SPSZON visiteerde in 2025 niet mee met een audit van een echocentrum van een ander UMC.

Tabel 18 Tussentijdse periode tussen bezoeken in 2025 en de voorgaande bezoeken voor de gecontracteerde echocentra van het Regionaal Centrum

Periode tussen bezoeken in 2025 en vorige bezoeken	Aantal echocentra
minder dan 2,5 jaar	12
tussen 2,5 en 3 jaar	0
meer dan 3 jaar	0
Aantal centra voor 1e audit	0
Totaal aantal bezoeken in 2025	12

Er vonden in 2025 2 startgesprekken plaats. De eerste audits van deze echocentra werden in 2026 verricht.

Tabel 19 resultaten audits echoscopie 2025

	Absolute aantallen	Percentages
Aantal audits uitgevoerd in 2025* ¹ en t.o.v. aantal praktijken dat in 2025 een contract had* ²	12	12/23 (52%)
Aantal audits dat in 2025 is uitgevoerd en verbeterpunten* ³ heeft gekregen in het definitieve auditrapport en t.o.v. aantal audits dat in 2025 is uitgevoerd* ¹	12	100%
Aantal audits dat in 2025 is uitgevoerd en GEEN verbeterpunten heeft gekregen in het definitieve auditrapport en t.o.v. aantal audits dat in 2025 is uitgevoerd* ¹	0	0%

*1 Het totaal aantal uitgevoerde audits in verslagjaar (tabel 18), uitgaande van de datum van de visitatie.

*2 Aantal gecontacteerde praktijken op peildatum 31-12-2025.

*3 Het gaat hier dus om de verbeterpunten die zijn opgetekend in het definitieve auditrapport. Het gaat er in deze tabel niet om of deze verbeterpunten nog bestaan na drie of zes maanden. Die informatie wordt opgenomen in de toelichting.

Definitieve auditrapport = het rapport dat is vastgesteld nadat het centrum twee weken de tijd heeft gehad om te reageren op feitelijke onjuistheden in het voorlopige rapport (het gaat hier dus niet om de verbeterpunten die nog bestaan na drie of zes maanden, maar om de verbeterpunten die zijn opgetekend in het definitieve auditrapport).

Verbeterpunten die uit de audits vloeiden hadden met name betrekking op het wijzigingen van rollen in Peridos, wijzigen van de informatie op de website en het opstellen van een informatiebeveiligingsprocedure.

6.5. Echoscopisten

6.5.1. Beeldbeoordeling ETSEO en TTSEO in 2025

Tabel 21 Resultaten beeldbeoordeling ETSEO in 2025

	ETSEO	Absolute aantallen	Percentages
Eerste beoordeling	Totaal aantal uitgevoerde eerste beeldbeoordelingen in 2025 ^{*1} en het totaal aantal echoscopisten waarvan het RC de primaire regio was in 2025, gemeten op peildatum 31-12-2025 ^{*2} .	19	42% (19/45)
	Aantal voldoende dat n.a.v. een eerste beeldbeoordeling gegeven is in 2025 ^{*3} en t.o.v. het totaal aantal eerste beeldbeoordelingen uitgevoerd in 2025 ^{*1}	19	100%
	Aantal onvoldoendes dat n.a.v. een eerste beeldbeoordeling gegeven is in 2025 ^{*3} en t.o.v. het totaal aantal eerste beeldbeoordelingen uitgevoerd in 2025 ^{*1}	0	0%
Herbeoordeling	Totaal aantal uitgevoerde herbeoordelingen in 2025 ^{*4} en het totaal aantal echoscopisten waarvan het RC de primaire regio was in 2025, gemeten op peildatum 31-12-2025 ^{*2} .	0	0%
	Aantal voldoende dat n.a.v. een herbeoordeling gegeven is in 2025 en het totaal aantal herbeoordelingen uitgevoerd in 2025 ^{*1}	N.v.t.	N.v.t.
	Aantal onvoldoendes dat n.a.v. een herbeoordeling gegeven is in 2025 en het totaal aantal herbeoordelingen uitgevoerd in 2025 ^{*1}	N.v.t.	N.v.t.
	Aantal herbeoordelingen die nog uitgevoerd moeten worden (in 2026) ^{*5} en het totaal aantal her-beeldbeoordelingen uitgevoerd in 2025 ^{*1}	N.v.t.	N.v.t.

*1 Het aantal eerste beoordelingen dat in 2025 is uitgevoerd.

Voor alle echoscopisten waarvan het RC in 2025 primaire regio was, dus ook als de beoordeling door een ander RC is uitgevoerd (bijv. vanwege capaciteitsproblemen of onafhankelijkheid).

*2 Het betreft hier alleen zorgverleners met een actieve rol waarvan het RC de primaire regio is (een zorgverlener kan in meerdere regio's tegelijk een actieve rol hebben. Elke zorgverlener heeft één primaire regio). Zie ook tabel 10.

*3 Betreft eerste beeldbeoordelingen bij echoscopisten waarvan het RC in 2025 primaire regio was, dus ook als de beoordeling door een ander RC is uitgevoerd.

*4 Het aantal herbeoordelingen dat in 2025 is uitgevoerd.

Ook als de in 2025 uitgevoerde herbeoordeling volgt op een eerste beoordeling die in 2024 was uitgevoerd. Voor alle echoscopisten waarvan het RC in 2025 primaire regio was, dus ook als de beoordeling door een ander RC is uitgevoerd (bijv. vanwege capaciteitsproblemen of onafhankelijkheid).

*5 Het betreft hier een herbeoordeling na een onvoldoende, de herbeoordeling is nog niet uitgevoerd in 2025 en volgt dus in 2026.

Tabel 22 Resultaten beeldbeoordeling TTSEO in 2025

	TTSEO	Absolute aantallen	Percentages
Eerste beoordeling	Totaal aantal uitgevoerde eerste beeldbeoordelingen in 2025 ^{*1} en het totaal aantal echoscopisten waarvan het RC de primaire regio was in 2025, gemeten op peildatum 31-12-2025 ^{*2} .	43	74%
	Aantal voldoende dat n.a.v. een eerste beeldbeoordeling gegeven is in 2025 ^{*3} en t.o.v. het totaal aantal beeldbeoordelingen uitgevoerd in 2025 ^{*1}	41	95%
	Aantal onvoldoendes dat n.a.v. een eerste beeldbeoordeling gegeven is in 2025 ^{*3} en t.o.v. het totaal aantal beeldbeoordelingen uitgevoerd in 2025 ^{*1}	2	5%
Herbeoordeling	Totaal aantal uitgevoerde herbeoordelingen in 2025 ^{*4} en het totaal aantal echoscopisten waarvan het RC de primaire regio was in 2025, gemeten op peildatum 31-12-2025 ^{*2} .	1	2%
	Aantal voldoende dat n.a.v. een herbeoordeling gegeven is in 2025 en het totaal aantal herbeoordelingen uitgevoerd in 2025 ^{*4}	N.v.t.	N.v.t.
	Aantal onvoldoendes dat n.a.v. een herbeoordeling gegeven is in 2025 en het totaal aantal herbeoordelingen uitgevoerd in 2025 ^{*4}	N.v.t.	N.v.t.
	Aantal herbeoordelingen die nog uitgevoerd moeten worden (in 2026) ^{*5} tov het totaal aantal herbeoordelingen uitgevoerd in 2025 ^{*4}	2	200%

*1 Het aantal eerste beoordelingen dat in 2025 is uitgevoerd.

Voor alle echoscopisten waarvan het RC in 2025 primaire regio was, dus ook als de beoordeling door een ander RC is uitgevoerd (bijv. vanwege capaciteitsproblemen of onafhankelijkheid)

*2 Het betreft hier alleen zorgverleners met een actieve rol waarvan het RC de primaire regio is (een zorgverlener kan in meerdere regio's tegelijk een actieve rol hebben. Elke zorgverlener heeft één primaire regio). Zie ook tabel 10.

*3 Betreft eerste beeldbeoordelingen bij echoscopisten waarvan het RC in 2025 primaire regio was, dus ook als de beoordeling door een ander RC is uitgevoerd.

*4 Het aantal herbeoordelingen dat in 2025 is uitgevoerd.

Ook als de in 2025 uitgevoerde herbeoordeling volgt op een eerste beoordeling die in 2024 was uitgevoerd. Voor alle echoscopisten waarvan het RC in 2025 primaire regio was, dus ook als de beoordeling door een ander RC is uitgevoerd (bijv. vanwege capaciteitsproblemen of onafhankelijkheid).

*5 Het betreft hier een herbeoordeling na een onvoldoende, de herbeoordeling is nog niet uitgevoerd in 2025 en volgt dus in 2026.

De uitgevoerde TTSEO herbeoordeling (voldoende) in 2025 volgde op een onvoldoende beoordeling in 2024. In 2025 werden er 2 echoscopisten met een onvoldoende beoordeeld: de herbeoordelingen volgen in 2026.

6.5.2. Toetsing normaantallen SEO

Tabel 24 Normtoetsing zorgverleners ETSEO

Type zorgverlener Kwaliteitseis t.a.v. aantal verrichtingen per jaar	Aantal beoordeelde zorgverleners in 2025 (over verrichtingen in 2024)	Aantal zorgverleners dat voldoet aan deze kwaliteitseis	Toelichting en consequenties voor kwaliteitsovereenkomsten
ETSEO-echoscopist Kwaliteitseis: ervaren 150	42	39	2 echoscopisten stopten met de uitvoering van het ETSEO. 1 echoscopist gaat de gemiste aantallen in 2025 inhalen.
ETSEO-echoscopist Kwaliteitseis: starter 250	4	3	1 Starter ETSEO heeft het eerste jaar niet voldaan aan de normtoetsing. Wel goede beeldbeoordeling. Afspraak: na twee jaar 500 ETSEO's.
Totaal ETSEO- echoscopisten	46	42	

Tabel 25 Normtoetsing zorgverleners TTSEO

Type zorgverlener Kwaliteitseis t.a.v. aantal verrichtingen per jaar	Aantal beoordeelde zorgverleners in 2025 (over verrichtingen in 2024)	Aantal zorgverleners dat voldoet aan deze kwaliteitseis	Toelichting en consequenties voor kwaliteitsovereenkomsten
TTSEO-echoscopist Kwaliteitseis: ervaren 150	52	44	Vier echoscopisten stopten zelf met het uitvoeren van TTSEO's, van een echoscopist werd de kwaliteitsovereenkomst door het regionaal centrum ontbonden wegens structureel niet voldoen aan de norm. Drie echoscopisten moeten de ontbrekende aantallen inhalen in 2025.
TTSEO-echoscopist Kwaliteitseis: starter 250	10	4	Bij twee echoscopisten is vanwege ziekte/ verlof de startersperiode verlengd. Een echoscopist is een 1 ^e jaar starter. Echoscopist moet in twee jaar 500 TTSEO's verricht hebben. Drie echoscopisten voldeden net niet aan de aantallen. Moeten in 3 jaar 650 TTSEO's verricht hebben.
Totaal TTSEO-echoscopisten	62	48	

6.5.3. Toetsing bijscholing echoscopisten

De bijscholingsronde 2024/2025 wordt begin 2026 (gelijk met de normtoetsing echoscopie) getoetst.

De RC's vragen hiervoor een overzicht op van de bijscholing bij de echoscopisten.

Leden van de BEN downloaden van de gevraagde ronde een overzicht van de nascholing van de BEN en leveren dit aan, echoscopisten die geen lid van de BEN zijn wordt gevraagd de certificaten van de gevolgde nascholing aan te leveren.

Ten tijde van de audit van het echocentrum worden de gevolgde nascholingen van de echoscopisten ook beoordeeld en geëvalueerd of de echoscopist op schema ligt met de te behalen punten, tevens wordt indien nodig verdieping en/of internationale nascholing geadviseerd.

Bij onvoldoende aantal behaalde accreditatiepunten (< 16 punten per 2 jaar) dient de echoscopist de gemiste punten een bepaalde tijd (de daaropvolgende ronde) in te halen.

Wanneer een echoscopist minder dan twee jaar geleden gestart is, is het aantal te behalen punten naar rato. Er wordt geen rekening gehouden met periode van ziekte, alleen als er langdurige (> 1 jaar) afwezigheid is.

Het RC stuurt een terugkoppeling naar elke echoscopist over het voldoen aan de norm of een brief met afspraken op maat.

7. Informatiebeveiliging

Op landelijk niveau werken de RC's en de CLBPS aan informatiebeveiliging. Sinds de certificering van de CLBPS in 2021 is besloten dat RC's afzonderlijk niet gecertificeerd worden, maar zich wel dienen te conformeren aan de NEN 7510-norm. De RC's en de CLBPS beschikken over een Functionaris Gegevensbescherming (FG). Een Security Officer (CLBPS) geeft uitvoering aan het informatiebeveiligingsbeleid binnen de CLBPS en ondersteunt de RC's. De werkgroep informatiebeveiliging (WIB) dient als een overkoepelend orgaan met een adviserende en toezichhoudende rol.

Zowel de CLBPS als de RC's hebben een verwerkingsregister. De nodige verwerkersovereenkomsten zijn afgesloten.

Sinds maart 2025 is er een nieuwe meldmethode met Microsoft Forms die medewerkers kunnen raadplegen via het intranet. Deze nieuwe meldmethode geeft meer inzicht in trends en patronen. De data uit meldingen kunnen op deze manier beter worden geanalyseerd dankzij automatisch gegenereerde tabellen en dashboards.

Het registreren van de meldingen gebeurt altijd met het doel om de informatiebeveiliging te verbeteren. Bij de registratie wordt onderscheid gemaakt in de herkomst van de melding:

- Meldingen veroorzaakt door een zorginstelling/zorgverlener/BAO/laboratorium (hierna te noemen; zorginstelling).
Deze meldingen worden door de RC's en de CLBPS geregistreerd in het kader van kwaliteitsborging. Deze registratie kan bijvoorbeeld gebruikt worden om onderbouwd preventieve acties uit te zetten ter verbetering van privacy van cliënten.
- Meldingen veroorzaakt door medewerkers van de RC's of de CLBPS.
Deze meldingen worden door de RC's en de CLBPS geregistreerd en beoordeeld.

Sinds de invoering van het nieuwe meldproces wordt een risicobeoordeling uitgevoerd op alle incidenten die zijn veroorzaakt door de CLBPS of de RC's. Bij elke melding wordt eerst beoordeeld of het gaat om een informatiebeveiligingsincident of een datalek.

- Bij een datalek wordt een oorzakenanalyse uitgevoerd om herhaling te voorkomen en passende maatregelen te definiëren.
- Bij een informatiebeveiligingsincident wordt uitsluitend het risico op toekomstige datalekken beoordeeld en wordt waar nodig preventieve acties genomen.

Meldingen veroorzaakt door medewerkers van de RC's of de CLBPS worden beoordeeld door de Security Officer en waar nodig door de FG. Bij die beoordeling wordt onder andere bekeken of een melding bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) nodig is. Alle meldingen worden maandelijks in de WIB besproken.

In 2025 zijn in totaal 110 meldingen geregistreerd, dat is 52% meer dan in 2024. Deze stijging van het aantal meldingen is mogelijk veroorzaakt door:

- De introductie van het nieuwe meldproces via Microsoft Forms. Melden is eenvoudiger en laagdrempeliger geworden.
- Meer aandacht voor incidenten tijdens de WIB-bijeenkomsten.
- Verhoging van bewustzijn door de uitvoering van het awaressplan.

Van deze 110 meldingen zijn 88 veroorzaakt door zorginstellingen en 22 door RC- of CLBPS-medewerkers.

SPSZON heeft 5 meldingen gedaan van beveiligingsincidenten veroorzaakt door handelen van een zorginstelling. SPSZON heeft de betreffende zorginstellingen op het incident gewezen, waarna de nodige corrigerende maatregelen door de zorginstelling zijn genomen.

Tabel 26 geeft het aantal meldingen veroorzaakt door handelen van medewerkers van de SPSZON weer, inclusief het aantal meldingen dat geclassificeerd is als datalek. En hoe vaak in 2025 melding is gedaan bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

Binnen SPSZON is er één persoon tot aanspreekpunt voor beveiligingsincidenten benoemd. Zij neemt ook deel aan de Projectgroep Informatiebeveiliging RC's, welke een keer per maand overlegt. Incidenten worden tijdens het bureau overleg van SPSZON besproken. SPSZON gebruikt de ICT-infrastructuur van het MUMC. Het MUMC zorgt voor een veilige digitale omgeving, inclusief back-up en accountbeheer. Voor thuiswerken gebruiken de SPSZON-medewerkers een VPN-verbinding. Indien persoonsgegevens verstuurd moeten worden, gebruikt de SPSZON veilige e-mail en worden zorgverleners gevraagd deze gegevens ook via veilige mail te versturen, of wordt de beveiligde omgeving van SharePoint gebruikt als communicatiemiddel. Beeldbeoordelingen en de audit counseling gebeuren via de beveiligde omgeving van Peridos.

Tabel 26 Beveiligingsincidenten en datalekken veroorzaakt door RC-medewerkers in 2025

Aantal meldingen	Inhoud	Geclassificeerd als datalek	Melding bij AP
0	-	0	0

Bijlage 1. Samenwerkingscontracten

Organisatie Plaats	Organisatie Naam	Counseling	ETSEO	TTSEO
Asten	Verloskundigenpraktijk Asten-Someren			*
		*	*	
Baexem	Verloskundigen Midden Limburg	*		
Bergeijk	Verloskunde Bergeijk e.o.	*		
Best	Verloskundige praktijk Linde	*		
Bladel	Verloskundigen praktijk Ortus			*
		*	*	
Born	Verloskundigenpraktijk Born e.o.	*		
Boxtel	PNS de Meierij			*
	Verloskundig Centrum Midden Brabant	*		*
Brunssum	Echocentrum Hilde Beckers			*
	Verloskundige Praktijk Parkstad	*		
	Verloskundigenpraktijk La Vie Landgraaf			*
		*		
Budel	Maatschap Verloskundigen Cranendonck	*		
Echt	Praktijk Verloskundigen Bolle Buik	*		
Eersel	Verloskundige Praktijk in de Kempen	*		
Eijsden	Naomi Satijn verloskundige	*		
Eindhoven	040verloskunde	*		
	Catharina Ziekenhuis			*
		*	*	
	Diagnostiek voor u , Stichting Synergos			*
		*	*	
	Echo Eindhoven			*
		*	*	
	Kinderrijk Meerhoven	*		
	Lichtstad Verloskundigen	*		
LUX verloskundigen	*			
Verloskundigenpraktijk Clair de Lune				*
	*	*		

Geldrop	Sint Anna ziekenhuis	*		
	Verloskundigenpraktijk Geldrop-Heeze-Leende	*		
Geleen	Praktijk van Verloskundigen Geleen	*		
Grathem	Lilian Custers verloskundige praktijk	*		
Haelen	Verloskundigenpraktijk Leef	*		
Heerlen	Leeve verloskunde	*		
	Lotus Verloskundig Centrum	*		
	Verloskundigen Fier	*		
Helmond	Verloskundige Groepspraktijk Helmond	*		
Hoensbroek	Verloskundige MAMA	*		
	Verloskundige Praktijk 't Bolleke	*		
Horst	Danure verloskundigen	*		
Kerkrade	Verloskundigenpraktijk Puur (Kerkrade)	*		
Kerkwijk	Verloskundigenpraktijk Valencia	*		
Maasbree	Verloskundige Praktijk Raijer en Sup	*		
Maastricht	MUMC+		*	
			*	
		*		
	Puur Natal	*		
	Schoffelen & co	*		
	Verloskundig Huis Lief Leven	*		
	Verloskundige Elle	*		
	Verloskundigen Praktijk Maastricht	*		
Verloskundigenpraktijk Vita	*			
Meerssen	Verloskundige praktijk Meerssen e.o.	*		
Melick	Verloskundige Praktijk De Roerstreek	*		
Mierlo	Verloskundigenpraktijk Vol Verwachting	*		
Nederweert	Praktijk voor Verloskunde Nederweert e.o.	*		
Nuenen	NEO-verloskunde	*		
Nuth	Echocentrum Het Lichtpunt		*	
			*	
Panningen	Verloskundigenpraktijk Janneke van Hal	*		
Reuver	Verloskundige Praktijk Reuver-Tegelen e.o.	*		
Roermond	EC - Praktijk Viev		*	
			*	
	Laurentius Ziekenhuis Roermond		*	
			*	
	VP - Praktijk Viev	*		
Simpelveld	Verloskundigenpraktijk Lief	*		
	Verloskundigepraktijk Natuurlijk bij Jeanny	*		
Sittard	Praktijk voor verloskunde Sittard Oost e.o.	*		

	Verloskundigen Praktijk Sittard	*		
	Zuyderland MC		*	*
		*		
Son	Viamamaverloskunde	*		
Son en Breugel	Nivé Vrouw & Verloskunde	*		
Stein	PRIL Verloskundigen	*		
Valkenburg a/d Geul	Verloskundigenpraktijk Valkenburg	*		
Valkenswaard	Verloskundige praktijk Vivre		*	*
		*		
Veldhoven	Máxima Medisch Centrum		*	*
		*		
	PUUR Verloskundig Centrum Veldhoven		*	*
		*		
Venlo	CVONL		*	*
		*		
	Verloskundigenpraktijk Venlo-Blerick	*		
	VieCuri Medisch Centrum Noord Limburg	*		
Venlo-Blerick	Verloskundigen Praktijk Astrea		*	*
		*		
Vlijmen	Verloskundige praktijk Angelique Plasman Vlijmen e.o.	*		
Weert	St. Jans Gasthuis		*	*
		*		
	Verloskundige Praktijk Miriam van Leuken	*		
	Verloskundigenpraktijk Weert		*	*
		*		
Westerhoven	Echografie Francette Poos-Heuvelmans		*	*
		*		
Wijnandsrade	Verloskundigepraktijk bevaltbeter	*		

BAO Plaats	BAO Naam
Eindhoven	Stichting Catharina Ziekenhuis
	Stichting Synergos, h.o.d.n. Diagnostiek voor U
Geldrop	Stichting St. Anna Zorggroep
Heerlen	Stichting Zuyderland Medisch Centrum
Maastricht	Academisch Ziekenhuis Maastricht
Roermond	Stichting Laurentius Ziekenhuis
Veldhoven	Stichting Maxima Medisch Centrum
Venlo	Stichting VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg
Weert	Stichting voor medische en verpleegkundige zorgverlening st. Jans Gasthuis (SJG Weert)