

## **Prenatale zorg in België in 2005**

Studie van het Intermutualistisch Agentschap

**Januari 2007**

Intermutualistisch Agentschap  
Sint- Pieterssteenweg 373  
1040 Brussel  
[www.nic-ima.be](http://www.nic-ima.be)

Dit rapport werd gerealiseerd door:

Kristel De Gauquier	<a href="mailto:kristel.degauquier@socmut.be">kristel.degauquier@socmut.be</a>
Anne Remacle	<a href="mailto:anne.remacle@mc.be">anne.remacle@mc.be</a>

Werkten ook mee:

Raf Mertens	<a href="mailto:raf.mertens@cm.be">raf.mertens@cm.be</a>
-------------	--

# Inhoudsopgave

<b>I.</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>5</b>
<b>II.</b>	<b>Methodologie</b> .....	<b>6</b>
II.1.	<i>Databronnen</i> .....	6
II.2.	<i>Selectie van de bevallingen</i> .....	7
II.3.	<i>Exclusie van vrouwen met een zelfstandig statuut</i> .....	7
II.4.	<i>Bepaling van de prenatale periode</i> .....	8
II.5.	<i>Risicoprofiel van de zwangere</i> .....	8
II.5.1.	Waarom is een risicostratificatie nodig ? .....	8
II.5.2.	Welke risicofactoren op basis van ziekenfondsgegevens ?.....	9
II.6.	<i>Prenatale zorg</i> .....	10
II.6.1.	Procesindicatoren.....	10
II.6.2.	Geselecteerde prenatale zorg.....	11
II.6.3.	Indicatoren van prenatale zorg .....	11
II.7.	<i>Wetenschappelijke aanbevelingen</i> .....	12
<b>III.</b>	<b>Resultaten</b> .....	<b>13</b>
III.1.	<i>Risicoprofiel van de zwangeren</i> .....	13
III.2.	<i>Consultaties tijdens de zwangerschap</i> .....	15
III.2.1.	Aantal consultaties per zwangerschap .....	15
III.2.2.	Hoe zijn de consultaties verdeeld over de zorgverstrekkers? .....	17
III.3.	<i>Labanalyses tijdens de zwangerschap</i> .....	18
III.3.1.	Hematologie .....	20
III.3.2.	Opsporing van infecties .....	21
III.3.2.1.	Urinecultuur.....	21
III.3.2.2.	Vaginale cultuur (GBS) .....	22
III.3.2.3.	Cytomegalovirus (CMV) .....	22
III.3.2.4.	Hepatitis B.....	23
III.3.2.5.	Rubella .....	23
III.3.2.6.	Syfilis .....	24
III.3.2.7.	HIV .....	24
III.3.2.8.	Toxoplasmose.....	24
III.3.3.	Opsporing van zwangerschapsdiabetes.....	25
III.3.4.	Labanalyses zonder bewezen nut .....	26
III.3.4.1.	Cholesterol .....	26
III.3.4.2.	Allergietesten.....	26
III.4.	<i>Technische onderzoeken tijdens de zwangerschap</i> .....	27
III.4.1.	Echografieën .....	28
III.4.2.	Invasieve prenatale diagnostiek .....	30
III.4.3.	Cardiotocografieën .....	31
III.5.	<i>Opsporing van het syndroom van Down</i> .....	32
III.6.	<i>Kinesitherapie tijdens de zwangerschap</i> .....	33
<b>IV.</b>	<b>Beperkingen van de gegevens</b> .....	<b>35</b>
<b>V.</b>	<b>Discussie</b> .....	<b>37</b>

<b>VI.</b>	<b>Besluit .....</b>	<b>46</b>
<b>VII.</b>	<b>Afkortingen .....</b>	<b>49</b>
<b>VIII.</b>	<b>Bibliografie .....</b>	<b>50</b>
<b>IX.</b>	<b>Bijlagen .....</b>	<b>52</b>
<i>IX.1.</i>	<i>Nomenclatuurcodes voor de bevallingen.....</i>	<i>52</i>
<i>IX.2.</i>	<i>ATC codes voor de co-morbiditeit.....</i>	<i>52</i>
<i>IX.3.</i>	<i>Nomenclatuurcodes voor de consultaties in de prenatale periode.....</i>	<i>54</i>
IX.3.1.	Huisartsen .....	54
IX.3.2.	Vroedvrouwen .....	55
IX.3.3.	Gynaecologen .....	55
IX.3.4.	Andere geneesheerspecialisten .....	56
<i>IX.4.</i>	<i>Nomenclatuurcodes voor de klinische biologie in de prenatale periode .....</i>	<i>57</i>
<i>IX.5.</i>	<i>Nomenclatuurcodes voor de technische onderzoeken in de prenatale periode. ....</i>	<i>59</i>
<i>IX.6.</i>	<i>Nomenclatuurcodes voor de kinesitherapie in de prenatale periode.....</i>	<i>59</i>
<i>IX.7.</i>	<i>Voorschrijvers van labanalyses.....</i>	<i>60</i>
<i>IX.8.</i>	<i>Voorschrijvers van kinesitherapie .....</i>	<i>61</i>

## I. Inleiding

Op initiatief van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie ontvingen 13.700 huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen in januari 2007 een **feedback over prenatale zorg**.

Deze feedback heeft als doel zorgverleners te informeren over de recentste wetenschappelijke aanbevelingen in verband met verantwoorde en doelmatige prenatale basiszorg, gebaseerd op de 'Nationale richtlijn prenatale zorg' van het Federaal Kenniscentrum (1). Daarnaast krijgen de zorgverleners concrete gegevens over hun patiënten die in 2005 bevielden en in de prenatale periode minstens eenmaal bij hen op consult kwamen en/of waarbij de zorgverlener in kwestie de bevalling deed. Het geheel van richtlijnen en individuele gegevens moet de zorgverstrekker toelaten om de huidige wetenschappelijke evidenties in zijn eigen praktijk te integreren.

In de feedback wordt de richtlijn ook vergeleken met de Belgische praktijk. Hiervoor steunde men zich op de **nationale gegevens over de prenatale zorg, verleend aan vrouwen die in 2005 bevallen zijn**. Deze gegevens werden door het Intermutualistisch Agentschap (IMA) verzameld en geanalyseerd en omvatten 111.403 bevallingen die thuis of in het ziekenhuis plaatsvonden en bij de ziekenfondsen werden gefactureerd. Vrouwen met een zelfstandig statuut (7.467) zijn niet opgenomen in de analyse omdat hun uitgaven voor gezondheidszorg niet steeds in het ziekenfonds beschikbaar zijn.

Vermits de richtlijn in de eerste plaats van toepassing is op zwangere vrouwen zonder risicofactoren, geeft de feedback enkel gegevens over **81.328 vrouwen met een laagrisico zwangerschap**. In dit rapport voegen we daaraan informatie toe over de prenatale zorg bij **22.608 vrouwen die tijdens hun zwangerschap een verhoogd risico op complicaties hadden**. Het betreft hier toekomstige moeders jonger dan 16 of ouder dan 40 jaar, vrouwen uit minder bevoorrechte milieus en zwangere vrouwen die medicatie namen voor bepaalde aandoeningen.

Drie aspecten van de prenatale zorg worden onder de loep genomen: raadplegingen, courante labanalyses en technische onderzoeken. De cijfers tonen aan dat er **globaal genomen meer onderzoeken zijn dan aanbevolen** door het Kenniscentrum, maar dat er anderzijds voor bepaalde tests ook sprake is van een suboptimale zorg. Daarnaast is het ook opvallend hoe groot de variabiliteit in de prenatale zorg is.

Bijkomend wordt in dit rapport ook informatie gegeven over het aantal zwangere vrouwen dat in de prenatale periode kinesitherapie krijgt.

De informatie in dit IMA rapport is louter beschrijvend. Het IMA hoopt in de loop van 2007 een vervolgstudie te kunnen maken naar de determinanten van prenatale zorg in 2005.

## II. Methodologie

### II.1. Databronnen

De databanken van het IMA bevatten informatie over de gezondheidszorgen die ten laste zijn van de sociale zekerheid en die geconsumeerd werden door de Belgen die gedekt worden door deze sociale zekerheid, met name 99,5%<sup>1</sup> van de Belgische bevolking.

De intermutualistische gegevens bevatten gedetailleerde informatie over de gezondheidszorgen van de leden van alle 7 Belgische verzekeringsinstellingen en dit over een lange tijdspanne. Deze gegevens worden verzameld door de intermediaire organisatie van het IMA en na onomkeerbare codering ter beschikking gesteld aan het IMA.

Volgende gegevensbestanden werden gebruikt voor het rapport en de feedback :

1. Populatiegegevens: **socio-demografische karakteristieken** van alle ziekenfondsleden op 31.12.2004 en op 30.6.2005 (voor de selectie van de vrouwen van het zelfstandig regime) en op 31.12.2005.

Volgende karakteristieken werden gebruikt: leeftijd op moment van de bevalling; begunstigde verhoogde tegemoetkoming; woonplaats zoals geregistreerd in het rijksregister en uitgedrukt in NIS-code<sup>2</sup>; verzekeringsregime.

2. De factureringsgegevens van de uitgaven van de verzekering **geneeskundige verzorging** die in verband staan met de bevallingen die plaats vonden in 2005.

De factureringsgegevens omvatten de prestatieperiode 1.1.2004 tot en met 31.1.2006.

3. De factureringsgegevens van de **geneesmiddelen**, afkomstig van de Farmanet datastroom, voor de prestatieperiode 1.1.2004 tot en met 31.1.2006.

Het betreft terugbetaalde geneesmiddelen, voorgeschreven in het kabinet van huisarts en specialist, aan ambulante patiënten (d.w.z. niet opgenomen in ziekenhuis) en aan patiënten die genieten van de terugbetaling van de kleine risico's in de verplichte verzekering (in regel geen zelfstandigen).

---

<sup>1</sup> <http://www.inami.fgov.be/information/nl/statistics/people/2002/pdf/statisticspeople2002.pdf>

<sup>2</sup> [http://statbel.fgov.be/figures/d12\\_nl.asp](http://statbel.fgov.be/figures/d12_nl.asp)

## II.2. Selectie van de bevallingen

Door middel van de nomenclatuurcodes in bijlage 1 werden **111.403 vrouwen** geselecteerd die **in 2005 in België bevallen** zijn.

Het betreft bevallingen die zowel in het ziekenhuis (99,0%) als thuis (1,0%) plaats vonden.

*Tabel 1*

**Aantal bevallingen die gefactureerd werden aan de verzekeringsinstellingen in België in 2005.**

**(Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Plaats van bevalling</i>	Aantal bevallingen				Percentage bevallingen			
	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Bevallingen thuis	<b>1.057</b>	55	874	124	<b>1,0%</b>	0,4%	1,4%	0,3%
Bevallingen in het ziekenhuis	<b>110.346</b>	14.122	60.072	35.878	<b>99,0%</b>	99,6%	98,6%	99,7%
Totaliteit bevallingen	<b>111.403</b>	14.177	60.946	36.002	<b>100%</b>	100%	100%	100%

## II.3. Exclusie van vrouwen met een zelfstandig statuut

De aard van de IMA gegevens verplicht ons **enkel de vrouwen** in rekening te nemen die genieten **van het algemeen regime**.

Vrouwen die genieten van het zelfstandig regime worden uitgesloten van de analyse omdat consultaties van huisarts en specialist, courante klinische biologie analyses, kinesitherapie en medicatie aangekocht in publieke officina's tot de kleine risico's horen, wat betekent dat deze prestaties enkel terugbetaald worden aan de zelfstandige wanneer zij een facultatieve verzekering tegen kleine risico's heeft.

Het IMA beschikt echter enkel over de gegevens van de verplichte ziekteverzekering, niet over die van de facultatieve vrije verzekering tegen kleine risico's.

Na uitsluiting van 7.467 vrouwen van het zelfstandig regime, bevat de IMA databank 103.936 vrouwen die bevallen zijn in 2005.

**Tabel 2**

**Aantal bevallingen volgens het verzekeringsregime van de vrouwen.  
(Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Verzekeringsregime</i>	Aantal bevallingen				Percentage bevallingen			
	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Vrouwen met algemeen regime	<b>103.936</b>	13.188	56.353	34.141	<b>93,3%</b>	93,0%	92,5%	94,8%
Vrouwen met zelfstandig regime	<b>7.467</b>	989	4.593	1.861	<b>6,7%</b>	7,0%	7,5%	5,2%
Totaliteit bevallingen	<b>111.403</b>	14.177	60.946	36.002	<b>100%</b>	100%	100%	100%

## **II.4. Bepaling van de prenatale periode**

Voor de vrouwen die in 2005 bevielen, worden alle gezondheidszorgen en geneesmiddelen geselecteerd, die tijdens de **280 dagen vóór de gefactureerde datum van bevalling** gefactureerd werden.

## **II.5. Risicoprofiel van de zwangere**

### **II.5.1. Waarom is een risicofratificatie nodig ?**

In het rapport "Nationale richtlijn prenatale zorg : een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen" (1) van het KCE wordt onderscheid gemaakt tussen zwangerschappen met een laag of hoog risico op complicaties voor moeder en/of kind.

Het specifieke doel van deze risicofratificatie is het aflijnen van de aanbevolen "basis"zorg voor zwangere vrouwen en vrouwen die wensen zwanger te worden. Voor laagrisico vrouwen volstaat in principe deze richtlijn, voor vrouwen met risicofactoren kunnen bijkomende zorg, onderzoeken of maatregelen aanbevolen zijn.

Om de cijfers in dit rapport optimaal te kunnen **vergelijken met de aanbevelingen** (1), wordt een onderscheid gemaakt tussen zwangere vrouwen met een laagrisico zwangerschap enerzijds en deze met een hoogrisico zwangerschap anderzijds.



## II.5.2. Welke risicofactoren op basis van ziekenfondsgegevens ?

Zwangere vrouwen krijgen het etiket 'verhoogd risicoprofiel' indien ze minstens één van onderstaande risicofactoren hebben:

1. Leeftijd **<16 jaar** op moment van de bevalling. Zoals vermeld in de niet limitatieve lijst van risicofactoren van het KCE rapport (1).
2. Leeftijd **>40 jaar** op moment van de bevalling. Zoals vermeld in de niet limitatieve lijst van risicofactoren van het KCE rapport (1).
3. Begunstigden **verhoogde tegemoetkoming**. Leden van de verzekeringsinstellingen met een laag inkomen<sup>3</sup> genieten een hogere tegemoetkoming voor hun gezondheidszorgen en geneesmiddelen. Dit voordeel van verhoogde tegemoetkoming van de verzekeringsinstelling wordt gebruikt als parameter van suboptimale socio-economische omstandigheden zoals vermeld in de niet limitatieve lijst van risicofactoren van het KCE rapport (1).

Uit het IMA rapport 'Prenatale zorg 2002' (5) blijkt dat vrouwen met recht op verhoogde terugbetaling van gezondheidszorguitgaven niet optimaal medisch opgevolgd worden tijdens de zwangerschap. Bijna één op vier van deze vrouwen heeft geen raadpleging in het eerste trimester van de zwangerschap (23,6%).

4. **Co-morbiditeit**. De co-morbiditeit werd bepaald op basis van gebruik van medicatie in de prenatale periode. Van zodra een zwangere vrouw voor één van de volgende aandoeningen medicatie nodig had tijdens de prenatale periode, krijgt zij het etiket 'verhoogd risicoprofiel omwille van co-morbiditeit': diabetes mellitus, hypertensie, trombose, bloedstollingsziekten, depressie, astma, reumatoïde artritis, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, HIV, chronische hepatitis B en C, multiple sclerose, epilepsie, schildklierpathologie en immuunsuppressie na orgaantransplantatie.

Zeven<sup>4</sup> van deze pathologieën werden gedefinieerd door de "werkgroep morbiditeit" o.l.v. Dr. Verpooten in het kader van de ontwikkeling van een verdeelmodel inzake de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

De identificatie van de medicatie gebeurt aan de hand van de ATC<sup>5</sup> code (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) in de Farmanet data. ATC is een lijst die

---

<sup>3</sup> <http://www.riziv.fgov.be/secure/nl/ceiling/index.htm>

<sup>4</sup> Diabetes mellitus, astma, RA en Crohn, HIV, chronische hepatitis B en C, MS, immuunsuppressie na orgaantransplantatie.

<sup>5</sup> [www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F33N04C&keyword=DDD](http://www.bcfi.be/Folia/index.cfm?FoliaWelk=F33N04C&keyword=DDD)

geneesmiddelen indeelt aan de hand van 7 karakters die 5 verschillende niveaus definiëren.

In bijlage 2 worden de ATC codes weergegeven, die voor deze studie gebruikt werden om de co-morbiditeit te bepalen.

Na toepassing van bovenstaande methodologie, blijkt dat **81.328 vrouwen (78,2%)**, die in 2005 in België bevallen, **een laagrisico zwangerschap** hebben.

De resterende 22.608 zwangere vrouwen (21,8%) hebben één of meerdere risicofactoren.

*Tabel 3*

**Aantal bevallingen volgens het risicoprofiel van de vrouwen met algemeen verzekeringsregime. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Risicoprofiel</i>	Aantal bevallingen				Percentage bevallingen			
	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Vrouwen met een laagrisico zwangerschap	<b>81.328</b>	9.489	47.128	24.530	<b>78,2%</b>	72,0%	83,6%	71,9%
Vrouwen met een hoogrisico zwangerschap	<b>22.608</b>	3.699	9.225	9.611	<b>21,8%</b>	28,1%	16,4%	28,2%
Totaliteit bevallingen bij vrouwen met algemeen regime	<b>103.936</b>	13.188	56.353	34.141	<b>100%</b>	100%	100%	100%

## II.6. Prenatale zorg

### II.6.1. Procesindicatoren

De informatie over de prenatale zorg wordt gepresenteerd in de vorm van **proces-indicatoren**. In de gezondheidszorg verwijst een procesindicator naar een zorgprocedure: een handeling verricht door zorgverstrekkers bij hun patiënten. Een voorbeeld hiervan is de bepaling van de glycemie. Een uitkomstindicator daarentegen slaat op het resultaat van deze handeling op de klinische parameters die de gezondheid/ziekte van de patiënt reflecteren, bijvoorbeeld de glycemiewaarde. Ziekenfondsgegevens kunnen enkel procesindicatoren aanmaken vermits zij geen medische informatie bevatten.

## II.6.2. Geselecteerde prenatale zorg

1. **Consultaties** bij gynaecoloog, huisarts, vroedvrouw en andere geneesheerspecialisten. In geval van de huisarts zijn ook de huisbezoeken inbegrepen. Bij de vroedvrouwen gaat het om prestaties "prenatale zorgen<sup>6</sup>" waartoe de prenatale zittingen en de voorbereidingen tot de bevalling horen.  
De lijst met nomenclatuurcodes bevindt zich in de derde bijlage.
2. Bepaalde prestaties **klinische biologie** met betrekking tot hematologie, opsporing van infecties en zwangerschapsdiabetes en enkele labanalyses zonder bewezen nut.  
Zie bijlage 4.
3. **Technische onderzoeken:** echografieën, invasieve prenatale diagnostiek en cardiotocografieën.  
Zie bijlage 5.
4. **Kinesithérapie** met een onderscheid tussen perinatale en algemene kinesitherapeutische verstrekkingen.  
Zie bijlage 6.

## II.6.3. Indicatoren van prenatale zorg

In de tabellen 6 tot en met 18 komen telkens dezelfde twee indicatoren terug, die als volgt berekend worden:

### **Het aantal (of percentage) patiënten met minstens één consultatie, labanalyse, technisch onderzoek of zitting kinesithérapie.**

→ methode : consultatie, labanalyse, technisch onderzoek of zitting kinesithérapie wordt aangerekend aan een patiënt zodra minstens één van de geselecteerde nomenclatuurcodes geattesteerd werd.

### **Het aantal consultaties, labanalyses, technische onderzoeken of zittingen kinesithérapie per patiënt (met minstens één prestatie).**

→ methode : het aantal slaat op de som van de consultaties, labanalyses, technische onderzoeken of zittingen kinesithérapie die plaats vonden op verschillende tijdstippen. Het aantal wordt uitgedrukt in gemiddelde, mediaan, percentielen 5, 25, 75 en 95.

---

<sup>6</sup> Artikel 9 § 2 uit de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen en terugbetalingstarieven

## II.7. Wetenschappelijke aanbevelingen

In dit rapport vergelijken we de Belgische praktijk inzake de prenatale zorg met de aanbevelingen zoals ze geformuleerd werden in de **feedback prenatale zorg**<sup>7</sup> en die op hun beurt gebaseerd zijn op het KCE rapport "Nationale richtlijn prenatale zorg" (1).

In het KCE rapport (1) wordt aan de hand van de evidence tables een selectie gemaakt van de beschikbare literatuur voor de opmaak van de aanbevelingen. Het evidence level van de literatuur waarop een aanbeveling gebaseerd is, bepaalt welke graad er aan deze aanbeveling wordt toegekend. Hierbij moet opgemerkt worden dat de klinische vraag bepalend is voor de interpretatie van het evidence level en de graad van aanbeveling. Concreet wil dit zeggen dat het hoogst mogelijke evidence level voor onderzoeken over behandeling niveau 1 (graad van aanbeveling A) is, voor onderzoeken over prognose niveau 2 (graad van aanbeveling B) en voor testevaluatie onderzoeken niveau 3 (graad van aanbeveling C) is. Een graad van aanbeveling "B" hoeft dus niet als een lagere graad worden beschouwd als er geen hoger niveau van evidentie mogelijk is. De betekenis van de graad van aanbevelingen wordt weergegeven in bovenstaande tabel.

Betekenis van **graden van aanbeveling** (1) :

<i>Level of evidence</i>	<i>Bron</i>
1a	Systematic review en meta-analyse van RCT's.
1b	Minimum 1 RCT.
2a	Minimum 1 NRCT met een goed design.
2b	Minimum 1 ander type van een quasi-experimenteel onderzoek met een goed design.
3	Niet-experimentele beschrijvende onderzoeken met een goed design: vergelijkende onderzoeken, correlatie-onderzoeken, case-studies.
4	Rapporten van expertgroepen, expert opinies, klinische ervaring van gerespecteerde autoriteiten.

<i>Graad van aanbeveling</i>	<i>Bewijs</i>
A	Rechtstreeks gebaseerd op categorie 1 evidence.
B	Rechtstreeks gebaseerd op categorie 2 evidence of een geëxtrapoleerde aanbeveling op basis van categorie 1 evidence.
C	Rechtstreeks gebaseerd op categorie 3 evidence of een geëxtrapoleerde aanbeveling op basis van categorie 1 of 2 evidence.
D	Rechtstreeks gebaseerd op categorie 4 evidence of een geëxtrapoleerde aanbeveling op basis van categorie 1, 2 of 3 evidence.
D-GCP	Aanbevelingen van experts en/of validatoren.

<sup>7</sup> [www.nic-ima.be/nl/projects/antenatal/](http://www.nic-ima.be/nl/projects/antenatal/)

## III. Resultaten

### III.1. Risicoprofiel van de zwangeren

Tabel 3 laat zien dat het percentage vrouwen met een hoogrisico zwangerschap sterk verschilt naargelang het gewest. In Brussel en Wallonië heeft 28% van de zwangere vrouwen een hoger risico op complicaties. Vlaanderen telt 16% vrouwen met een hoogrisico-zwangerschap.

De regionale cijfers worden in tabel 4 weergegeven per risicofactor.

*Tabel 4*

**Aantal zwangere vrouwen met een risicofactor tijdens hun zwangerschap.  
(Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Type risicofactor</i>	<b>Aantal zwangeren met een risicofactor</b>				<b>Percentage zwangeren met een risicofactor</b>			
	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Leeftijd <16 jaar	<b>48</b>	9	15	23	<b>0,05%</b>	0,07%	0,03%	0,07%
Leeftijd >40 jaar	<b>1.708</b>	378	725	596	<b>1,6%</b>	2,9%	1,3%	1,7%
Rechthebbenden verhoogde tegemoetkoming	<b>6.465</b>	1.801	2.174	2.482	<b>6,2%</b>	13,7%	3,9%	7,3%
Co-morbiditeit	<b>16.168</b>	1.954	6.842	7.311	<b>15,6%</b>	14,8%	12,1%	21,4%
Totaal aantal vrouwen met een hoogrisico zwangerschap	<b>22.608</b>	3.699	9.225	9.611	<b>21,8%</b>	28,1%	16,4%	28,2%

Het percentage tienermoeders (<16 jaar) is in België minder dan 0,1% van het totaal aantal zwangere vrouwen.

Aanstaande moeders ouder dan 40 jaar zijn er in Brussel meer (2,9%) dan in Wallonië (1,7%) en in Vlaanderen (1,3%).

Het aantal zwangere vrouwen met recht op een verhoogde tegemoetkoming is veel lager in Vlaanderen (3,9%) dan in Wallonië (7,3%) en Brussel (13,7%).

Daarnaast zijn er in Wallonië veel meer zwangere vrouwen met een co-morbiditeit (21,4%) dan in Brussel (14,8%) en Vlaanderen (12,1%).

Tabel 5 gaat nog meer in detail en toont de cijfers per type co-morbiditeit.

**Tabel 5**

**Aantal zwangere vrouwen met een co-morbiditeit op basis van het gebruik van bepaalde medicatie tijdens hun zwangerschap. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

Type co-morbiditeit	Aantal zwangeren met een co-morbiditeit				Percentage zwangeren met een co-morbiditeit			
	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Diabetes mellitus	<b>960</b>	131	421	406	<b>0,9%</b>	1,0%	0,7%	1,2%
Hypertensie	<b>5.094</b>	656	1.979	2.440	<b>4,9%</b>	5,0%	3,5%	7,1%
Trombose	<b>1.242</b>	117	520	597	<b>1,2%</b>	0,9%	0,9%	1,7%
Bloedstollingziekten	<b>0</b>	0	0	0	<b>0,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Depressie	<b>2.436</b>	275	1.010	1.135	<b>2,3%</b>	2,1%	1,8%	3,3%
Astma	<b>4.548</b>	447	2.319	1.760	<b>4,4%</b>	3,4%	4,1%	5,2%
Reumatoïde artritis & ziekte van Crohn & Colitis Ulcerosa	<b>185</b>	15	110	60	<b>0,2%</b>	0,1%	0,2%	0,2%
HIV	<b>79</b>	39	18	22	<b>0,1%</b>	0,3%	0,0%	0,1%
Chronische hepatitis B & C	<b>0</b>	0	0	0	<b>0,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Multiple sclerose	<b>14</b>	0	7	7	<b>0,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Epilepsie	<b>405</b>	53	205	145	<b>0,4%</b>	0,4%	0,4%	0,4%
Schildklierpathologie	<b>3.425</b>	457	939	2.017	<b>3,3%</b>	3,5%	1,7%	5,9%
Immunosuppressie na orgaantransplantatie	<b>12</b>	1	5	6	<b>0,0%</b>	0,0%	0,0%	0,0%
Totaal aantal vrouwen met een co-morbiditeit	<b>16.168</b>	1.954	6.842	7.311	<b>15,6%</b>	14,8%	12,1%	21,4%

De verschillen tussen de gewesten wat betreft chronische aandoeningen bij zwangeren zijn vooral merkbaar voor diabetes mellitus, hypertensie, trombose, depressie, astma en schildklierpathologie. Voor elk van deze aandoeningen is het percentage zwangere vrouwen, dat medicatie neemt voor de aandoening in kwestie, lager in Vlaanderen dan in de andere twee gewesten.

## III.2. Consultaties tijdens de zwangerschap

### III.2.1. Aantal consultaties per zwangerschap

*Tabel 6*

**Gemiddeld aantal consultaties in de prenatale periode in België bij zwangeren die minstens één maal op consultatie gingen. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Type consultatie</i>	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Gynaecoloog	10,0	10,0	9,7	11,0	11,0	10,0	10,0	11,0
Huisarts	3,8	2,8	4,2	3,2	4,5	3,8	5,2	4,0
Vroedvrouw	3,3	3,7	3,1	3,7	3,2	3,2	3,1	3,3
Andere geneesheerspecialist	1,7	1,9	1,7	1,7	2,6	2,9	2,7	2,4
Totaliteit consultaties bij gynaecoloog en vroedvrouw	11,0	11,0	10,0	12,0	11,0	11,0	11,0	12,0
Totaliteit consultaties bij gynaecoloog, huisarts en vroedvrouw	14,0	13,0	14,0	14,0	15,0	14,0	15,0	15,0

*Tabel 7*

**Distributie van het aantal consultaties in de prenatale periode in België bij zwangeren die minstens één maal op consultatie gingen. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Type consultatie</i>	laagrisico zwangeren					hoogrisico zwangeren				
	Percentiel 5	Percentiel 25	Mediaan	Percentiel 75	Percentiel 95	Percentiel 5	Percentiel 25	Mediaan	Percentiel 75	Percentiel 95
Gynaecoloog	4	8	10	12	16	4	8	11	13	18
Huisarts	1	2	3	5	10	1	2	3	6	12
Vroedvrouw	1	1	2	5	10	1	1	2	4	10
Andere specialist	1	1	1	2	4	1	1	2	3	7
Totaliteit consultaties bij gynaecoloog en vroedvrouw	4	8	11	13	18	4	9	11	14	19
Totaliteit consultaties bij gynaecoloog, huisarts en vroedvrouw	6	11	13	16	22	5	11	14	18	25

### **Aanbeveling**

*Voor een primipara<sup>8</sup> zonder complicaties is een programma van 10 raadplegingen aan te bevelen (graad van aanbeveling B). Voor een multipara<sup>9</sup> zonder complicaties is een programma van 7 raadplegingen aan te bevelen.*

Uit de IMA data blijkt dat een zwangere met een **laagrisico** zwangerschap in België, ongeacht haar pariteit<sup>10</sup>, gemiddeld **14 keer** tijdens haar zwangerschap op consultatie gaat bij een gynaecoloog, een huisarts of een vroedvrouw. De mediaan is 13 consultaties.

Wanneer we de consultaties bij de huisarts buiten beschouwing laten - omdat het oorzakelijk verband met de zwangerschap hier minder zeker is - dalen gemiddelde en mediaan tot 11 consultaties bij gynaecoloog of vroedvrouw voor een laagrisico zwangerschap.

Laagrisico zwangeren gaan gemiddeld 1,7 keer bij een andere geneesheerspecialist (dan de gynaecoloog) op consultatie in de prenatale periode.

Aanstaande moeders met een **hoogrisico** zwangerschap hebben gemiddeld **15 consultaties** (mediaan is 14) in de prenatale periode bij gynaecoloog, huisarts of vroedvrouw. In vergelijking met de vrouwen met een laagrisicozwangerschap gaan zij iets meer op consultatie bij gynaecoloog, huisarts en geneesheerspecialist en iets minder bij de vroedvrouw.

Alhoewel gemiddelde en mediaan dicht bij elkaar liggen, toont tabel 7 toch een zekere spreiding in het aantal consultaties in de prenatale periode. Vijf procent van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap gaat slechts 4 keer tijdens haar zwangerschap op consultatie bij gynaecoloog of vroedvrouw (percentiel 5). Een andere 5% van de zwangere vrouwen met laagrisico heeft 18 consultaties bij deze zorgverstrekkers (percentiel 95). Een gelijkaardig fenomeen is zichtbaar bij de vrouwen met een hoogrisicozwangerschap.

Wanneer we de gewesten vergelijken, blijkt dat het gemiddeld aantal consultaties bij gynaecoloog en vroedvrouw voor vrouwen met een laagrisicozwangerschap iets hoger is in Brussel en Wallonië. De huisarts wordt meer geconsulteerd in Vlaanderen en de andere geneesheerspecialist tenslotte meer in Brussel.

---

<sup>8</sup> Vrouw die voor de eerste maal zwanger is.

<sup>9</sup> Vrouw die reeds eerder zwanger was.

<sup>10</sup> Aanduiding voor het aantal levensvatbare kinderen ( $\geq 22$  weken zwangerschapsduur) dat een vrouw gehad heeft. De toetsing aan de KCE aanbeveling wordt bemoeilijkt door het feit dat de IMA gegevens niet toelaten een onderscheid te maken tussen primi- en multigravidae.



### III.2.2. Hoe zijn de consultaties verdeeld over de verschillende zorgverstrekkers?

Tabel 8

Percentage zwangeren met minstens één consultatie in de prenatale periode in België.  
(Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)

Type consultatie	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Gynaecoloog	98%	98%	98%	99%	98%	98%	98%	99%
Huisarts	75%	55%	82%	71%	76%	62%	83%	76%
Vroedvrouw	25%	28%	24%	24%	23%	28%	21%	23%
Andere geneesheerspecialist	32%	38%	28%	36%	50%	53%	47%	53%
Totaliteit consultaties bij gynaecoloog en vroedvrouw	99%	98%	99%	99%	98%	98%	99%	99%
Totaliteit consultaties bij gynaecoloog, huisarts en vroedvrouw	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%

**99%** van de zwangere vrouwen in België gaat minstens één maal op consultatie bij een **gynaecoloog**. Er zijn nauwelijks verschillen naargelang het risicoprofiel van de zwangere of het gewest waar zij woont.

**75%** van de zwangere vrouwen heeft minstens één consultatie bij de **huisarts**. Dit percentage ligt hoger in Vlaanderen, waar 82% van de vrouwen met laagrisicozwangerschap minstens één maal bij de huisarts op consultatie gaat, dan in Brussel en Wallonië met respectievelijk 55% en 71%. Het huisartsbezoek in Brussel en Wallonië neemt wel toe wanneer het een hoogrisicozwangerschap betreft: 62% en 76%.

**25%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap gaat minstens één keer op consultatie bij een **vroedvrouw**. In Vlaanderen en Wallonië is dit 24%, in Brussel 28%. Bij de zwangere vrouwen met hoog risico gaat 23% minstens één keer op consultatie bij de vroedvrouw. Het verschil tussen hoogrisico- en laagrisicozwangeren is significant ( $P < 0,0001$ ).

**32%** van de aanstaande moeders met een laagrisico zwangerschap heeft minstens één raadpleging bij een **andere geneesheerspecialist**. Dit percentage ligt significant hoger ( $P < 0,0001$ ) bij de vrouwen met een hoogrisicozwangerschap: 50% van hen ziet een andere

geneesheerspecialist. Ook hier regionale verschillen: hogere percentages in Wallonië en Brussel (53%) dan in Vlaanderen (47%).

### III.3. Labanalyses tijdens de zwangerschap

**Tabel 9**

**Percentage zwangeren met minstens één labanalyses in de prenatale periode in België.**  
(Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)

Type labanalyse	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
<b>Hematologie</b>								
Compleet formule	<b>97%</b>	99%	96%	99%	<b>98%</b>	99%	97%	99%
Ferritine	<b>67%</b>	79%	68%	60%	<b>69%</b>	81%	69%	63%
<b>Opsporing van infecties</b>								
Urinecultuur	<b>38%</b>	55%	33%	43%	<b>50%</b>	63%	42%	54%
Vaginale cultuur (GBS)	<b>83%</b>	88%	77%	94%	<b>86%</b>	90%	76%	94%
CMV	<b>74%</b>	82%	65%	88%	<b>77%</b>	83%	65%	88%
Hepatitis B	<b>75%</b>	87%	69%	83%	<b>80%</b>	90%	72%	84%
Rubella	<b>58%</b>	63%	56%	61%	<b>64%</b>	69%	60%	65%
Syfilis	<b>50%</b>	82%	40%	56%	<b>59%</b>	88%	46%	60%
HIV	<b>64%</b>	83%	57%	72%	<b>70%</b>	86%	61%	73%
Toxoplasmose	<b>88%</b>	85%	88%	89%	<b>88%</b>	86%	88%	90%
<b>Opsporing van zwangerschapsdiabetes</b>								
Glycemie	<b>81%</b>	91%	77%	85%	<b>86%</b>	93%	80%	89%
<b>Labanalyses zonder bewezen nut</b>								
Cholesterol	<b>15%</b>	11%	16%	14%	<b>20%</b>	17%	21%	21%
Allergietesten	<b>9,9%</b>	20%	6,0%	13%	<b>13%</b>	24%	6,8%	14%

**Tabel 10**

**Gemiddeld aantal labanalyses in de prenatale periode in België bij zwangeren die minstens één analyse kregen. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Type labanalyse</i>	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
<b>Hematologie</b>								
Compleet formule	<b>3,2</b>	3,5	3,0	3,5	<b>4</b>	4,2	3,7	4,1
Ferritine	<b>1,9</b>	1,6	1,9	1,8	<b>1,9</b>	2	2	1,9
<b>Opsporing van infecties</b>								
Urinecultuur	<b>1,9</b>	2,0	1,7	2,1	<b>2,1</b>	2,4	1,8	2,2
Vaginale cultuur (GBS)	<b>1,4</b>	1,8	1,2	1,7	<b>1,7</b>	2,0	1,3	1,9
CMV	<b>2,7</b>	2,7	1,9	3,8	<b>2,8</b>	2,3	1,9	3,6
Hepatitis B	<b>1,3</b>	1,4	1,2	1,3	<b>1,4</b>	1,5	1,3	1,4
Rubella	<b>1,3</b>	1,3	1,2	1,4	<b>1,3</b>	1,4	1,2	1,4
Syfilis	<b>1,2</b>	1,4	1,1	1,1	<b>1,3</b>	1,5	1,2	1,2
HIV	<b>1,2</b>	1,3	1,2	1,2	<b>1,3</b>	1,4	1,2	1,2
Toxoplasmose	<b>3,5</b>	4,1	2,6	4,9	<b>3,7</b>	3,8	2,5	4,7
<b>Opsporing van zwangerschapsdiabetes</b>								
Glycemie	<b>2,1</b>	2,3	1,9	2,4	<b>2,6</b>	2,8	2,4	2,8
<b>Labanalyses zonder bewezen nut</b>								
Cholesterol	<b>1,1</b>	1,1	1,1	1,1	<b>1,3</b>	1,2	1,3	1,3
Allergietesten	<b>1,0</b>	1,1	1,0	1,0	<b>1,1</b>	1,1	1,1	1,1

**Tabel 11**

**Distributie van het aantal labanalyses in de prenatale periode in België bij zwangeren die minstens één analyse kregen. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

Type labanalyse	laagrisico zwangeren					hoogrisico zwangeren				
	Percentiel 5	Percentiel 25	Mediaan	Percentiel 75	Percentiel 95	Percentiel 5	Percentiel 25	Mediaan	Percentiel 75	Percentiel 95
<b>Hematologie</b>										
Compleet formule	1	2	3	4	6	1	2	3	5	8
Ferritine	1	1	2	2	4	1	1	2	2	4
<b>Opsporing van infecties</b>										
Urinecultuur	1	1	1	2	5	1	1	2	3	5
Vaginale cultuur (GBS)	1	1	1	2	3	1	1	1	2	4
CMV	1	1	2	4	7	1	1	2	4	8
Hepatitis B	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3
Rubella	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3
Syfilis	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
HIV	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
Toxoplasmose	1	2	3	5	8	1	1	3	6	8
<b>Opsporing van zwangerschapsdiabetes</b>										
Glycemie	1	1	2	3	4	1	1	2	3	6
<b>Labanalyses zonder bewezen nut</b>										
Cholesterol	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3
Allergietesten	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2

Informatie over de voorschrijver van de labanalyses is terug te vinden in bijlage 7.

### III.3.1. Hematologie

#### **Aanbeveling**

*Het is aan te bevelen om vrouwen aan het begin van de zwangerschap te testen op anemie (graad van aanbeveling C). Een vroegtijdige opsporing biedt de mogelijkheid tot behandeling. Het is praktisch (graad van aanbeveling D) om, boven op hemoglobine, ook ferritine en MCV-MCH-MCHC (waarden berekend op basis van de RBC en de hematocriet) te bepalen. Ferritine is een meer sensitieve test voor de diagnose van ferriprive anemie en MCV, MCH en MCHC kunnen helpen bij een differentiële diagnose tussen ferriprive, macrocytaire en hemolytische anemie.*

*Een herhaling van deze onderzoeken aan het begin van het 3e trimester, kan aan te bevelen zijn voor het beleid tijdens bevalling en postpartum.*

*Het is niet bewezen (graad van aanbeveling D) dat het aantal bloedplaatjes en/of leucocyten nuttig is. Sommige experts raden het toch aan om hematologische anomalieën zoals thrombocytopenie te detecteren.*

De 'complet formule' (cofo) of full blood count (FBC) of perifeer bloedbeeld is de kwantitatieve (telling) en kwalitatieve (formule) analyse van de bloedelementen met name rode bloedcellen, witte bloedcellen en bloedplaatjes. Deze analyse wordt uitgevoerd door een automaat die het aantal erythrocyten, het hemoglobine en de hematocriet bepaalt en op basis hiervan MCV, MCH en MCHC berekent. Tegelijkertijd bepaalt de automaat het aantal witte bloedcellen en het aantal bloedplaatjes en berekent de leucocytaire formule.

In de praktijk wordt de **complet formule** bij **97%** van de laagrisico zwangeren minstens één maal bepaald in de prenatale periode. Gemiddeld wordt de complet formule **3,2 keer** aangevraagd tijdens de zwangerschap. De mediaan is 3 bepalingen.

Bij hoogrisico zwangeren stijgt het gemiddelde tot 4 complet formule bepalingen per zwangere.

**Ferritine** wordt minder aangevraagd: **67%** van de vrouwen met laagrisicozwangerschap in België krijgt minstens één bepaling. Gemiddeld 1,9 analyses bij deze vrouwen. Mediaan is 2. Regionale verschillen: in Wallonië krijgt 60% van de vrouwen met laagrisicozwangerschap minstens één ferritine bepaling, 68% in Vlaanderen en 79% in Brussel. Deze cijfers zijn iets hoger bij de hoogrisicozwangerschappen.

### **III.3.2. Opsporing van infecties**

#### **III.3.2.1. Urinecultuur**

##### ***Aanbeveling***

*Een midstream pyurie bepaling/urinecultuur voor de opsporing van asymptomatische bacteriurie is aan te bevelen als een routineonderzoek tijdens de zwangerschap (graad van aanbeveling A). Asymptomatische bacteriurie is een kolonisatie van urethra en blaas door bacteriën zonder dat er klachten zijn.*

Slechts **38%** van de vrouwen met laagrisicozwangerschap in België krijgt in 2005 minstens één **urinecultuur** tijdens de prenatale periode. Gemiddeld wordt de urinecultuur 1,9 keer aangevraagd bij deze vrouwen. De mediaan is 1 bepaling.

In Vlaanderen wordt de urinecultuur slechts bij 33% van de laagrisicozwangerschappen aangevraagd. In Wallonië en Brussel krijgen respectievelijk 43% en 55% deze analyse.

Bij hoogrisicozwangerschappen is de situatie beter: 50% krijgt minstens één analyse waarbij 2,1 het gemiddelde is.

### **III.3.2.2. Vaginale cultuur (GBS)**

#### ***Aanbeveling***

*Het is aan te bevelen om bij alle zwangere vrouwen tussen 35 en 37 weken een vaginale en rectale cultuur af te nemen voor de opsporing van Groep B-streptokokken (GBS), tenzij:*

- (1) een vorig kind een invasieve GBS ziekte doormaakte,*
- (2) een GBS bacteriurie werd opgespoord tijdens de huidige zwangerschap of*
- (3) de bevalling plaats vindt vóór 37 weken.*

*In deze drie gevallen wordt de behandeling automatisch ingesteld, zonder cultuur.*

De nomenclatuurcode in kwestie (550395 – 550406) is aspectiefiek en wordt zowel gebruikt voor de facturering van een aërobe kweek vroeg in de zwangerschap ter opsporing van een asymptomatische bacteriële vaginosis als voor een aërobe kweek op het einde van de zwangerschap voor de opsporing van GBS. In dit rapport werden enkel de kweken, uitgevoerd in de 6 weken vóór de bevalling, weerhouden. Op die manier selecteerden we waarschijnlijk enkel de opsporing van GBS.

**83%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap kreeg in België een bepaling van de **Groep B-streptokokken** via vaginale kweek, in de 6 weken vóór de bevalling. Deze vrouwen kregen gemiddeld 1,4 analyses.

Het percentage onderzochte vrouwen ligt hoger in Wallonië (94%) en Brussel (88%) dan in Vlaanderen (77%).

Bij vrouwen met een hoogrisicozwangerschap liggen de percentages iets hoger.

### **III.3.2.3. Cytomegalovirus (CMV)**

#### ***Aanbeveling***

*Zwangere vrouwen moeten advies krijgen over het nemen van primaire preventie maatregelen. Deze preventie heeft zijn doeltreffendheid bewezen.*

*Een éénmalig serologisch onderzoek, vóór of aan het begin van de zwangerschap, kan nuttig zijn want het kan niet-immune vrouwen motiveren tot het nemen van preventieve maatregelen (graad van aanbeveling D). De centra die dit onderzoek herhalen op 20 en 30 weken, zouden de resultaten en de beslissingen die hieruit voortvloeien, moeten analyseren en documenteren.*

**74%** van de vrouwen met laagrisicozwangerschap krijgt minstens één **CMV bepaling** tijdens haar zwangerschap. Het aantal analyses per geteste vrouw met laagrisicozwangerschap is **2,7 gemiddeld**. De mediaan is 2 onderzoeken. 5% van de zwangere vrouwen krijgt zelfs 7 bepalingen of meer (percentiel 95).

Regionaal zijn er verschillen merkbaar. In Brussel en Wallonië worden meer vrouwen getest: respectievelijk 82% en 88%. In Vlaanderen krijgt 65% van de vrouwen met laagrisicozwangerschap minstens één CMV bepaling. Ook de gemiddelden verschillen: 1,9 in Vlaanderen; 2,7 in Brussel en 3,8 in Wallonië.

Bij de hoogrisicozwangerschappen is de situatie zeer vergelijkbaar.

### **III.3.2.4. Hepatitis B**

#### ***Aanbeveling***

*De opsporing van hepatitis B is aan te bevelen vóór of aan het begin van de zwangerschap om een effectieve opvolging van de pasgeborene van een besmette moeder mogelijk te maken (graad van aanbeveling A).*

Bij **75%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap wordt **hepatitis B** opgespoord tijdens de zwangerschap. Het gemiddeld aantal analyses bedraagt 1,3 per zwangerschap. Deze opsporing is meer ingeburgerd in Wallonië (83%) en Brussel (87%) dan in Vlaanderen (69%).

Bij hoogrisicozwangerschappen liggen de percentages iets hoger.

### **III.3.2.5. Rubella**

#### ***Aanbeveling***

*Om vrouwen die niet immuun zijn voor rubella te identificeren, te sensibiliseren en een vaccinatie in het postpartum mogelijk te maken, is een serologisch onderzoek naar antistoffen voor rubella aan te bevelen voor alle vrouwen vóór of aan het begin van de zwangerschap, tenzij hun immuniteitsstatus gekend is (graad van aanbeveling B).*

**58%** van de Belgische vrouwen met een laagrisicozwangerschap krijgt een **rubella** opsporing tijdens de zwangerschap. Gemiddeld 1,3 bepalingen per geteste zwangere vrouw. De percentages liggen iets hoger in Brussel en Wallonië (meer dan 60%) dan in Vlaanderen (56%).

Bij de hoogrisicozwangerschappen wordt 64% getest.

### III.3.2.6. Syfilis

#### **Aanbeveling**

*Het is aan te bevelen om alle vrouwen vóór of aan het begin van de zwangerschap te testen op syfilis aan de hand van een syfilistest (TPHA) (graad van aanbeveling B).*

Slechts **50%** van de Belgische vrouwen met een laagrisicozwangerschap wordt getest op **syfilis**. Gemiddeld 1,2 analyses per geteste vrouw.

Hier zijn grote verschillen tussen de gewesten: 40% geteste vrouwen met een laagrisicozwangerschap in Vlaanderen, 56% in Wallonië en 82% in Brussel.

Bij de hoogrisico zwangerschappen wordt 59% in België getest.

### III.3.2.7. HIV

#### **Aanbeveling**

*Het is aan te bevelen om met elke vrouw, vóór of aan het begin van de zwangerschap, het nut van een HIV-test te bespreken en vervolgens ook aan te bieden (graad van aanbeveling A).*

**64%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap krijgt een **HIV-test**. Gemiddeld 1,2 analyses per geteste vrouw.

Regionale verschillen: in Vlaanderen wordt 57% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap getest, in Wallonië 72% en in Brussel 83%.

Bij de hoogrisicozwangerschappen wordt 70% in België getest.

### III.3.2.8. Toxoplasmose

#### **Aanbeveling**

*Gezien de (relatief) hoge prevalentie in België is een systematische strategie van primaire preventie van congenitale toxoplasmose aan te bevelen. Deze strategie heeft zijn effectiviteit in België bewezen. Op tien jaar tijd is de prevalentie van de aandoening in ons land gedaald. Alle inspanningen dienen dus gericht op preventie.*

*Behandeling, zelfs vroegtijdig, heeft zijn effectiviteit niet bewezen en een seroconversie tijdens de zwangerschap heeft zware gevolgen (stress, lastige onderzoeken en moeilijke beslissingen). Daarom is het routinematig aanbieden en herhalen van informatie over preventie maatregelen aan alle (niet-immune) vrouwen aan te bevelen.*



*Een éénmalig serologisch onderzoek, vóór of aan het begin van de zwangerschap, kan nuttig zijn als dit niet-immune vrouwen kan motiveren tot het nemen van preventieve maatregelen (graad van aanbeveling D). Vermits er onvoldoende bewijs is om een routine serologisch onderzoek naar antistoffen tegen toxoplasmose op verschillende tijdstippen in de zwangerschap aan te bevelen, is het noodzakelijk dat centra, die dit onderzoek herhalen, de resultaten en de daaruit voortvloeiende klinische beslissingen documenteren. Zolang men in België niet beschikt over dergelijke registraties, zal het niet mogelijk zijn de omvang van dit probleem te meten noch de zorgkwaliteit te verbeteren.*

**Toxoplasmose** wordt zeer frequent opgespoord tijdens de zwangerschap. **88%** van de Belgische vrouwen met een laagrisicozwangerschap krijgt minstens één analyse. Het aantal analyses per geteste vrouw met een laagrisicozwangerschap is **3,5 gemiddeld**. De mediaan is 3 onderzoeken. 5% van de zwangere vrouwen krijgt 8 bepalingen of meer (percentiel 95). Wat betreft het percentage vrouwen dat getest wordt, zijn er slechts weinig verschillen tussen de gewesten. Maar, het aantal analyses per zwangerschap varieert wel: gemiddeld 2,6 bepalingen in Vlaanderen, 4,1 bij Brusselse vrouwen met een laagrisicozwangerschap en 4,9 in Wallonië.

Bij de hoogrisicozwangerschappen is de situatie zeer gelijkaardig.

### **III.3.3. Opsporing van zwangerschapsdiabetes**

#### **Aanbeveling**

*Het is nuttig om bij alle zwangere vrouwen tussen 24 en 28 weken tijdig zwangerschapsdiabetes op te sporen (niveau van bewijskracht 2).*

*De prevalentie van zwangerschapsdiabetes varieert van 1% tot 14% van alle zwangerschappen.*

*In de aanbevelingen Diabetes Mellitus type 2 van Domus Medica wordt geopteerd voor de 50 gr. challenge test tussen 24 en 28 weken. Maar, als tijdens het eerste prenatale consult blijkt dat er een sterk verhoogd risico is op zwangerschapsdiabetes (uitgesproken obesitas, antecedenten van zwangerschapsdiabetes, glucosurie tijdens eerste consult of sterke familiale anamnese op diabetes), dan wordt best onmiddellijk gescreend.*

**81%** van de Belgische vrouwen met een laagrisicozwangerschap krijgt minstens één **glycemiebepaling** tijdens de zwangerschap. Gemiddeld worden bij deze vrouwen 2,1 bepalingen aangevraagd en de mediaan is 2 bepalingen.

In Vlaanderen worden minder vrouwen gescreend (77%) dan in Wallonië (85%) en Brussel (91%).

Bij de hoogrisicozwangerschappen bedraagt het percentage onderzochte vrouwen 86%.

### III.3.4. Labanalyses zonder bewezen nut

#### III.3.4.1. Cholesterol

##### ***Aanbeveling***

*Cholesterolbepaling is niet relevant bij zwangerschapsopvolging.*

De cholesterolbepaling verwijst naar een bepaling van het totale, HDL of LDL cholesterol. **15%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap krijgt minstens één **cholesterolbepaling** tijdens de zwangerschap. Gemiddeld krijgen deze vrouwen 1,1 bepaling.

In Vlaanderen krijgen meer vrouwen dit nutteloos onderzoek (16%) dan in Brussel (11%) en Wallonië (14%).

Bij hoogrisicozwangerschappen ligt het percentage nog hoger: 20% kreeg minstens één cholesterolbepaling.

#### III.3.4.2. Allergietesten

##### ***Aanbeveling***

*Allergietesten zijn niet relevant bij zwangerschapsopvolging.*

De allergietest is de dosage van IgE totaal of de bepaling van specifieke IgE per antigen.

**10%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap krijgt minstens één **allergietest**. Het gemiddelde is 1,0 test per vrouw.

Dit nutteloos onderzoek wordt mee gevoerd in Brussel (20%) dan in Wallonië (13%) en Vlaanderen (6,6%).

Bij de hoogrisicozwangerschappen krijgt 13% een allergietest.

### III.4. Technische onderzoeken tijdens de zwangerschap

**Tabel 12**

**Percentage zwangeren met minstens één technisch onderzoek in de prenatale periode in België.**  
(Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)

Type onderzoek	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
<b>Echografieën</b>								
Zwangerschapsevaluatie	<b>95%</b>	92%	96%	94%	<b>93%</b>	91%	95%	94%
Biometrie foetus	<b>34%</b>	55%	24%	46%	<b>46%</b>	63%	32%	53%
Misvorming foetus	<b>3,6%</b>	2,3%	4,7%	1,9%	<b>4,4%</b>	2,8%	7,1%	2,5%
Vrouwelijk bekken	<b>14%</b>	14%	14%	15%	<b>17%</b>	17%	17%	17%
Transvaginaal	<b>35%</b>	31%	38%	31%	<b>35%</b>	31%	39%	33%
Totaal echografieën	<b>98%</b>	98%	98%	98%	<b>97%</b>	98%	97%	98%
<b>Invasieve prenatale diagnostiek</b>	<b>8,1%</b>	8,9%	6,5%	11,0%	<b>13,9%</b>	14,8%	11,3%	16,1%
<b>Cardiotocografie</b>	<b>69%</b>	72%	62%	81%	<b>77%</b>	75%	69%	85%

**Tabel 13**

**Gemiddeld aantal technische onderzoeken in de prenatale periode in België bij zwangeren die minstens één onderzoek kregen.** (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)

Type onderzoek	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
<b>Echografieën</b>								
Zwangerschapsevaluatie	<b>2,5</b>	2,3	2,6	2,4	<b>2,4</b>	2,2	2,5	2,3
Biometrie foetus	<b>2,0</b>	2,1	1,9	1,9	<b>2,2</b>	2,4	2,2	2,2
Misvorming foetus	<b>1,2</b>	1,1	1,2	1,1	<b>1,1</b>	1,1	1,2	1,1
Vrouwelijk bekken	<b>1,6</b>	1,4	1,7	1,4	<b>1,5</b>	1,4	1,6	1,4
Transvaginaal	<b>1,7</b>	1,7	1,8	1,6	<b>1,8</b>	1,8	1,9	1,8
Totaal echografieën	<b>4,0</b>	4,1	4,0	4,0	<b>4,3</b>	4,4	4,3	4,3
<b>Invasieve prenatale diagnostiek</b>	<b>1,0</b>	1,0	1,0	1,0	<b>1,0</b>	1,0	1,0	1,0
<b>Cardiotocografie</b>	<b>3,4</b>	3,1	3,1	3,9	<b>4,6</b>	4,3	4,3	5,0

**Tabel 14**

**Distributie van het aantal technische onderzoeken in de prenatale periode in België bij zwangeren die minstens één onderzoek kregen. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

Type onderzoek	laagrisico zwangeren					hoogrisico zwangeren				
	Percentiel 5	Percentiel 25	Mediaan	Percentiel 75	Percentiel 95	Percentiel 5	Percentiel 25	Mediaan	Percentiel 75	Percentiel 95
<b>Echografieën</b>										
Zwangerschapsevaluatie	1	2	<b>3</b>	3	4	1	2	<b>3</b>	3	4
Biometrie foetus	1	1	<b>1</b>	2	5	1	1	<b>2</b>	3	6
Misvorming foetus	1	1	<b>1</b>	1	2	1	1	<b>1</b>	1	2
Vrouwelijk bekken	1	1	<b>1</b>	2	4	1	1	<b>1</b>	2	4
Transvaginaal	1	1	<b>1</b>	2	5	1	1	<b>1</b>	2	5
Totaal echografieën	2	3	<b>4</b>	5	8	2	3	<b>4</b>	5	9
<b>Invasieve prenatale diagnostiek</b>	1	1	<b>1</b>	1	1	1	1	<b>1</b>	1	1
<b>Cardiotocografie</b>	1	1	<b>2</b>	4	9	1	2	<b>3</b>	5	13

### III.4.1. Echografieën

#### **Aanbeveling**

Een echografie vroeg in de zwangerschap, voor de bepaling van de zwangerschapsduur en voor de opsporing van een meerlingzwangerschap, is aan te bevelen (graad van aanbeveling A). Een consistente schatting van de zwangerschapsduur verbetert onder andere de performantie van de screeningsonderzoeken voor het syndroom van Down en kan leiden tot een daling van het aantal inducties omwille van afwijkende zwangerschapsduur.

Een echografie tussen 18 en 22 weken voor de opsporing van structurele afwijkingen is aan te bevelen (graad van aanbeveling A).

Er is onvoldoende bewijs om een routine echografie na 24 weken zwangerschap aan te bevelen (graad van aanbeveling A).

Een echografie op 36 weken kan aan te bevelen zijn bij twijfel over de foetale ligging, aangezien bij een stuitligging op 36 weken een uitwendige kering dient overwogen te worden (graad van aanbeveling D).

Gezien er onvoldoende bewijs is om de routinematige uitvoering van een echografie na 24 weken aan te bevelen, is het noodzakelijk dat centra, die dit onderzoek uitvoeren, de verschillende stappen, resultaten en de daaruit voortvloeiende klinische beslissingen documenteren. Bij zwangerschapsonderbreking houdt dit een onderzoek van de foetus in en de centrale inzameling van deze onderzoeksresultaten (op lokaal, provinciaal, universitair of

*communautair niveau). Zolang men in België niet beschikt over dergelijke registraties, zal het niet mogelijk zijn de grenzen (vals positieven en vals negatieven) van de effectiviteit van deze laattijdige morfologische echografieën te evalueren.*

Echografieën uitgevoerd door vroedvrouwen of huisartsen worden niet vergoed door de ziekteverzekering en worden bijgevolg niet geregistreerd. Bovenstaande tabellen geven een overzicht van de 5 types echografieën die tijdens een zwangerschap kunnen gefactureerd worden door gynaecologen of radiologen.

- Echografie 'zwangerschapsevaluatie'** verwijst naar de bidimensionele zwangerschapsevaluatie, die maximum één keer per kwartaal mag gefactureerd worden. **95%** van de vrouwen met laagrisicozwangerschap krijgt minstens één dergelijke echografie. Gemiddeld worden er 2,5 gefactureerd per zwangere vrouw, met een mediaan van 3.  
In Brussel ligt het percentage onderzochte vrouwen iets lager (92%) dan in Wallonië (94%) en Vlaanderen (96%).  
Bij hoogrisicozwangerschappen ligt het percentage vrouwen met minstens één echografie iets lager, met name 93%.
- Echografie 'biometrie foetus'** is het functioneel echografisch onderzoek dat een biometrie en een biofysisch profiel van de foetus omvat, met of zonder het meten van de ombilicale bloedstroom, in geval van gedocumenteerd hoog obstetrisch of foetaal risico. Het is opmerkelijk dat bij **34%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap een dergelijke echografie nodig blijkt te zijn. Er worden er gemiddeld 2 per zwangere vrouw uitgevoerd, terwijl de mediaan 1 is.  
De regionale verschillen vallen op: 24% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap in Vlaanderen, 46% in Wallonië en 55% in Brussel krijgt minstens één zo'n echografie.  
Bij de hoogrisicozwangerschappen bedraagt dit percentage 46%. Ook hier duidelijke verschillen tussen de gewesten.
- Echografie 'misvorming foetus'** is de systematische echografische exploratie van alle foetale orgaanstelsels in geval van ernstige aangeboren misvorming of bewezen risico. Dit onderzoek vereist de goedkeuring van de adviserend geneesheer.  
Bij **3,6%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap wordt deze echografie uitgevoerd, met een gemiddelde van 1,2 echo's per zwangere (mediaan = 1).  
In dit geval zijn de percentages hoger in Vlaanderen (4,7% van de laagrisicozwangerschappen) dan in Wallonië (1,9%) en Brussel (2,3%).  
Bij de vrouwen met een hoogrisicozwangerschap krijgt 4,4% minstens één dergelijke echografie.

4. **Echografie vrouwelijk bekken**, die ook bij niet-zwangere vrouwen uitgevoerd wordt. **14%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap krijgt dit onderzoek in de prenatale periode. Gemiddeld worden er 1,6 echo's per onderzochte vrouw uitgevoerd. Dit percentage stijgt tot 17% bij de hoogrisicozwangerschappen.
5. **Transvaginale echografie**, die ook niet specifiek voor zwangere vrouwen is. **35%** van de laag- en hoogrisicozwangerschappen krijgt minstens één transvaginale echografie in de prenatale periode. Gemiddeld 1,7 echo's per onderzochte zwangere vrouw.

Wanneer we de **totaliteit van de echografieën** bekijken, blijkt dat bij vrouwen met een laagrisicozwangerschap **gemiddeld 4 echografieën** gefactureerd worden tijdens de prenatale periode. Bij de hoogrisicozwangerschappen bedraagt dit gemiddelde 4,3. De mediaan is 4 echo's, ongeacht het risicoprofiel van de zwangere vrouw.

### **III.4.2. Invasieve prenatale diagnostiek**

#### ***Aanbeveling***

*Er is geen aanbeveling beschikbaar aangezien het KCE rapport enkel de prenatale zorg voor vrouwen met een laagrisicozwangerschap behandelt.*

De term invasieve prenatale diagnostiek is een verzamelnaam voor vier invasieve onderzoeken die tijdens de prenatale periode uitgevoerd worden om een congenitale afwijking of infectie op te sporen: vlokentest (chorionic villus sampling), amniocentese (vruchtwaterpunctie), cordocentese of foetale punctie. Aangezien alle vier onderzoeken met dezelfde nomenclatuurcode (nc 432353-364) gefactureerd worden, kunnen we er geen onderscheid tussen maken.

In België ondergaat **8,1%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap een invasief prenataal diagnostisch onderzoek. In Vlaanderen gaat het om 6,5% van de laagrisicozwangerschappen, in Wallonië om 11,0% en in Brussel om 8,9%.

Bij de hoogrisicozwangerschappen stijgt dit percentage tot 13,9% op nationaal niveau.

### III.4.3. Cardiotocografieën

#### **Aanbeveling**

*In het KCE rapport (1) staat dat er geen evidence is die een cardiotocografie voor de evaluatie van het foetaal welzijn in een ongecompliceerde zwangerschap ondersteunt.*

Toch blijkt in de Belgische praktijk **69%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap minstens één cardiotocografie (CTG) te ondergaan tijdens de prenatale periode. Gemiddeld krijgen deze vrouwen **3,4** dergelijke onderzoeken tijdens hun zwangerschap, met een mediaan van 2.

Het gebruik van de CTG verschilt naargelang de regio: in Vlaanderen krijgt 62% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap minstens één CTG, in Brussel 72% en in Wallonië 81%.

Bij de vrouwen met een hoogrisicozwangerschap bedraagt het percentage vrouwen met minstens één CTG, 77%.

Tijdens de discussies in het platform kwaliteitspromotie, dat de feedback prenatale zorg uitwerkte, wezen de experts erop dat de aanbeveling moet genuanceerd worden. Een cardiotocografie is immers wel aangewezen bij een zwangerschapsduur van meer dan 40 weken. Ook in geval van inductie wordt de zwangere vrouw terecht opgevolgd door middel van een continue cardiotocografie.

Rekening houdend met deze opmerkingen hebben we de tijdsperiode tussen de CTG en de bevallingsdatum bestudeerd. Uit de IMA gegevens blijkt dat 53% van de cardiotocografieën wordt uitgevoerd in de 2 weken vóór de bevalling. Van alle zwangere vrouwen met een CTG in de prenatale periode, heeft 86% er minstens één in de 2 weken voor de bevalling. Hoeveel van deze vrouwen meer dan 40 weken zwanger waren of opgevolgd werden tijdens de arbeid, kunnen we niet achterhalen in de factureringsgegevens.

Onderstaande tabel geeft aan hoeveel zwangere vrouwen een cardiotocografie krijgen in de prenatale periode, na uitsluiting van de onderzoeken die in de 2 weken vóór de bevalling uitgevoerd werden. Het percentage vrouwen met minstens één CTG in de periode van meer dan 2 weken vóór de bevalling, bedraagt nog 39% bij de vrouwen met een laagrisicozwangerschap en 52% bij de hoogrisicozwangerschappen. Regionale verschillen zijn nu zichtbaar tussen Vlaanderen en Brussel enerzijds en Wallonië anderzijds.

Tabel 15

Gebruik van de cardiotocografieën in België bij zwangere vrouwen met minstens één CTG, na uitsluiting van de cardiotocografieën uitgevoerd in de twee weken voor de bevalling.  
(Bevallingen)

	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	België	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Percentage zwangeren met minstens één cardiotocografie	39%	35%	33%	54%	52%	44%	44%	62%
Gemiddeld aantal cardiotocografieën per zwangere vrouw met minstens één CTG	2,6	2,6	2,6	2,6	3,7	3,7	3,6	3,7

### III.5. Opsporing van het syndroom van Down

#### **Aanbeveling**

*Het is aan te bevelen om het risico op het voorkomen van het Down syndroom (en andere congenitale afwijkingen) en de voor- en nadelen van een test te bespreken met elke zwangere vrouw (graad van aanbeveling B).*

*Indien de vrouw een onderzoek wenst, is het aan te bevelen om het meest effectieve onderzoek (met het hoogste detectiepercentage en de minste vals positieven) dat beschikbaar is, aan te bieden. Op dit moment zijn volgende onderzoeken, gerangschikt volgens effectiviteit, in de meeste centra beschikbaar:*

1. *de combinatietest (nekplooiemeting en  $\beta$ -hCG en PAPP-A tussen 11 en 14 weken).*
2. *de triplettest ( $\beta$ -hCG, AFP, geconjugeerd oestriol tussen 14 en 20 weken).*
3. *de nekplooiemeting (echografisch tussen 11 en 14 weken).*

Er worden geen gegevens meegedeeld met betrekking tot de opsporing van het syndroom van Down omdat er in 2005 geen facturatiegegevens beschikbaar waren over de nekplooiemeting, die inbegrepen zit in de echografie, noch over de PAPP-A test, die pas sinds 1.1.2006 terugbetaald wordt.



### III.6. Kinesithérapie tijdens de zwangerschap

**Tabel 16**

**Percentage zwangeren met minstens één sessie kinesithérapie in de prenatale periode in België. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Type kinesithérapie</i>	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Perinatale kinesithérapie	<b>20%</b>	23%	20%	20%	<b>17%</b>	20%	16%	16%
Algemene kinesithérapie	<b>9,4%</b>	6,4%	10,0%	8,7%	<b>11,0%</b>	7,5%	12,4%	11,0%
Totaal kinesithérapie	<b>28%</b>	27%	28%	26%	<b>25%</b>	26%	26%	24%

**Tabel 17**

**Gemiddeld aantal sessies kinesithérapie in de prenatale periode in België bij zwangeren die minstens één sessie kregen. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Type kinesithérapie</i>	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	<b>België</b>	Brussels Hoofdst. Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
Perinatale kinesithérapie	<b>4,4</b>	4,5	4,5	4,1	<b>4,6</b>	4,7	4,7	4,4
Algemene kinesithérapie	<b>6,8</b>	5,9	7,3	5,8	<b>7,4</b>	6,7	8,6	6,3
Totaal kinesithérapie	<b>5,7</b>	5,2	6,0	5,1	<b>6,3</b>	5,8	7,1	5,7

**Tabel 18**

**Distributie van het aantal sessies kinesithérapie in de prenatale periode in België bij zwangeren die minstens één sessie kregen. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Type kinesithérapie</i>	laagrisico zwangeren					hoogrisico zwangeren				
	Percentiel 5	Percentiel 25	Mediaan	Percentiel 75	Percentiel 95	Percentiel 5	Percentiel 25	Mediaan	Percentiel 75	Percentiel 95
Perinatale kinesithérapie	1	2	<b>4</b>	6	9	1	2	<b>4</b>	6	9
Algemene kinesithérapie	1	2	<b>5</b>	9	18	1	2	<b>5</b>	9	21
Totaal kinesithérapie	1	2	<b>4</b>	8	15	1	2	<b>4</b>	8	18

## **Aanbeveling**

*Er is geen aanbeveling beschikbaar in het KCE rapport met betrekking tot kinesithérapie in de prenatale periode.*

**Perinatale kinesithérapie** mag enkel toegediend worden aan zwangere vrouwen, parturiënten of bevallen vrouwen en is beperkt tot 9 sessies.

Uit de IMA data blijkt dat één op vijf (**20%**) laagrisicozwangerschappen in België perinatale kinesithérapie krijgt tijdens de prenatale periode. Deze vrouwen krijgen **gemiddeld 4,4 sessies**, de mediaan is 4.

In Brussel krijgen iets meer vrouwen perinatale kinesithérapie (23%) dan in Vlaanderen (20%) en Wallonië (20%). Bij hoogrisicozwangerschappen wordt minder perinatale kinesithérapie toegepast: 17% van hen heeft minstens één sessie in de prenatale periode.

Perinatale kinesithérapie wordt voornamelijk voorgeschreven door gynaecologen. Zij zijn verantwoordelijk voor 90% van de voorschriften voor perinatale kinesithérapie bij zwangere vrouwen. Deze informatie vindt u in bijlage 8.

Wanneer het voorschrift niet expliciet melding maakt van het feit dat het om een zwangere of bevallen patiënte gaat, dan kan de kinesithérapeut de nomenclatuurcodes voor **algemene kinesithérapie** factureren. Het aantal voorgeschreven zittingen is in dit geval gelimiteerd tot 18.

**9,4%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap in België kreeg tijdens de prenatale periode algemene kine, met een **gemiddelde van 6,8 sessies** per vrouw (mediaan is 5).

Hier zien we een hoger percentage in Vlaanderen (10,0%) dan in Brussel (6,4%) en Wallonië (8,7%). Het percentage vrouwen met algemene kinesithérapie bedraagt 11,0% bij de hoogrisico-zwangerschappen.

De huisartsen zijn verantwoordelijk voor 50% van de voorschriften voor algemene kinesithérapie bij zwangeren met een laagrisicozwangerschap. Het aandeel van de gynaecologen in deze voorschriften is beperkt tot 39% bij de zwangere vrouwen met een laagrisicoprofiel. Bij de hoogrisicozwangerschappen spelen ook de andere geneesheerspecialisten een belangrijke rol vermits zij 20% van de voorschriften voor algemene kinesithérapie voor hun rekening nemen. Zie bijlage 8.

Wanneer we de **som** maken **van de perinatale en de algemene kinesithérapie**, blijkt dat **28%** van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap minstens één sessie kreeg in de prenatale periode. Het gemiddeld aantal sessies is 5,7 per vrouw, de mediaan is 4 zittingen. Er zijn weinig verschillen tussen de regio's: Brussel 27%, Vlaanderen 28% en Wallonië 26%. Bij hoogrisicozwangerschappen krijgt 25% kinesithérapie tijdens de zwangerschap.

## IV. Beperkingen van de gegevens

In Wallonië en Brussel organiseert het ONE prenatale 'wijk' consultaties<sup>11</sup> waar in 2005 2.021 vrouwen minstens gedeeltelijk gevolgd werden (2).

Ook Kind & Gezin organiseert prenatale consultatiebureaus in Vlaanderen en Brussel, vooral in gebieden met hoge concentraties van kansarme gezinnen. In 2005 kwamen 2.791 aanstaande moeders hier minstens één maal op prenatale consultatie (4).

Deze **prenatale consultaties van ONE en Kind & Gezin** zijn volledig gratis voor de zwangere vrouwen en de consulterende arts of vroedvrouw maakt **geen getuigschrift** voor verstrekte hulp<sup>12</sup> op.

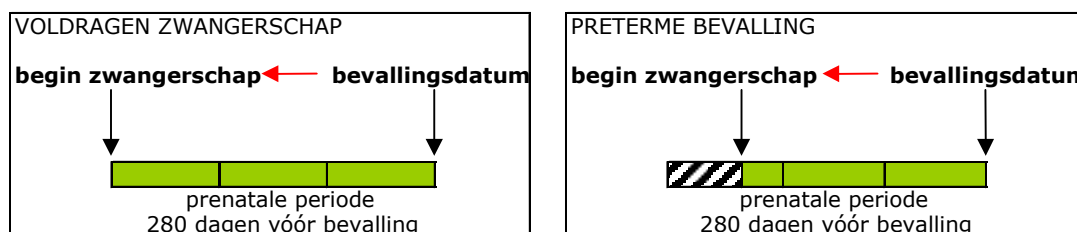
Dit betekent dat een vrouw zonder gefactureerde consultatie bij de verzekeringsinstellingen, niet noodzakelijk geen enkele prenatale consultatie kreeg.

Wij hebben in onze gegevens van 2002 (5) kunnen vaststellen dat 1,42% van de vrouwen zonder prestaties voor klinische biologie en medische beeldvorming geen gefactureerde consultaties hebben. Deze vrouwen kregen hun voorschriften voor deze onderzoeken waarschijnlijk tijdens een consultatie van ONE of Kind & Gezin.

De verzekeringsinstellingen kennen de datum van de bevalling maar weten niet of de bevalling voldragen was of niet. Onze manier om de begindatum van de bevalling te berekenen houdt dus **geen rekening met preterme bevallingen**.

Vroeggeboorte kwam volgens het ONE in 2004 voor bij 8,5% van de bevallingen in de Franse Gemeenschap (2) en volgens het SPE in 2005 bij 7,3% van de bevallingen in Vlaanderen (3).

In het geval van een preterme bevalling wordt de prenatale periode dus overschat. Daardoor wordt het aantal vrouwen zonder consultatie tijdens het eerste trimester van de zwangerschap lichtjes overschat in deze studie. Onderstaande figuren illustreren dat in geval van een preterme bevalling een deel van het theoretische eerste trimester (het gearceerde deel) ten onrechte als eerste trimester beschouwd wordt. Het aantal consultaties is mogelijk lager in deze gearceerde periode vermits de vrouw nog niet zwanger is.



<sup>11</sup> Les consultations prénatales de quartier.

<sup>12</sup> [www.socmut.be/e-Mut/Socmut/300/Help/Lexicon/G/Getuigschrift.htm](http://www.socmut.be/e-Mut/Socmut/300/Help/Lexicon/G/Getuigschrift.htm)

Daarnaast moet de lezer van dit rapport er rekening mee houden dat de verzekeringsinstellingen **niet over medische informatie beschikken**. Het is dus niet mogelijk op basis van de factureringsgegevens de medische redenen te achterhalen waarom een patiënt een bepaalde behandeling krijgt of een ingreep ondergaat.

Deze gegevens laten bijgevolg niet toe een onderscheid te maken tussen primi- en multigravidae.

Wat betreft het risicoprofiel van de zwangere vrouw, zijn er ook beperkingen. Alhoewel we op basis van het medicatiegebruik in de prenatale periode een idee hebben van de comorbiditeit, kunnen we niet alle prenatale risicofactoren in rekening brengen. Zo kunnen we bijvoorbeeld geen rekening houden met obstetrische risico's.

Niet alle prenatale zorg, zoals besproken in het KCE rapport, kan getoetst worden aan de praktijk. Dit geldt in ieder geval voor een aantal **klinische onderzoeken** die niet gefactureerd worden aan de ziekteverzekering en bijgevolg ook niet kunnen geëvalueerd worden in dit rapport. Het betreft: bloeddrukmeting, meting gewicht en bepaling BMI, meting van de fundushoogte, handgrepen van Leopold, borstsonderzoek, vaginaal onderzoek (zonder uitstrijkje) en opvolging van de kindsbewegingen.

## V. Discussie

1. Uit de IMA gegevens blijkt dat het **aantal zwangere vrouwen met een verhoogd risico op complicaties beduidend hoger ligt in Brussel (28,1%) en Wallonië (28,2%) dan in Vlaanderen (16,4%).**

Hoogrisico zwangeren zijn toekomstige moeders jonger dan 16 of ouder dan 40 jaar, vrouwen uit minder bevoorrechte milieus en zwangere vrouwen die medicatie nemen voor bepaalde aandoeningen.

- a. **In Brussel** zijn er **meer zwangere vrouwen ouder dan 40 jaar** (2,9%) dan in Wallonië (1,7%) en Vlaanderen (1,3%). Dit IMA cijfer wordt bevestigd in de Brusselse Gezondheidsindicatoren 2004 waar men het percentage geboorten bij moeders van 40 jaar en ouder (3,2%) zelfs bijzonder hoog noemt in vergelijking met de andere Europese landen (6). De Brusselse populatie verschilt van deze in andere regio's door het feit dat bijna de helft van de Brusselse pasgeborenen een moeder heeft met buitenlandse nationaliteit (6). Dezelfde Brusselse gegevens tonen dat de verdeling van de geboorten volgens de leeftijd en de pariteit varieert naar gelang van de nationaliteit van de moeder: de percentages oudere moeders (ouder dan 40 jaar) en 'grote multiparen' (4 kinderen of meer) liggen het hoogst bij de Maghrebijnse moeders, die 13,6% van de bevallen vrouwen in Brussel vertegenwoordigen. Het percentage zeer jonge moeders (jonger dan 20 jaar) ligt bijzonder hoog bij de Turkse en Oost-Europese moeders, die respectievelijk 3,7% et 5,2% van de bevallen Brusselse vrouwen uitmaken.
- b. **Brussel telt het hoogste aantal zwangere vrouwen met recht op een verhoogde tegemoetkoming (13,7%).** In **Wallonië** hebben **7,3%** van de zwangere vrouwen hier recht op en in Vlaanderen 3,9%. Een andere parameter van suboptimale socio-economische omstandigheden, weergegeven in het 9<sup>de</sup> Brusselse armoederapport bevestigt dit beeld: in 2002 werd ¼ van de Brusselse baby's (25%) geboren in een huishouden zonder inkomen uit arbeid. In Wallonië woont 18% van de 0-65 jarigen in een huishouden zonder betaald werk, in Vlaanderen is dit 13% (7).
- c. Ernstige chronische aandoeningen zijn meestal geassocieerd met vroegtijdige ontsluiting (8). Op basis van medicatiegebruik in de prenatale periode werden in de IMA gegevens 16.168 zwangere vrouwen geïdentificeerd die lijden aan diabetes mellitus, hypertensie, trombose, depressie, astma, reumatoïde artritis, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, HIV, multiple sclerose, epilepsie, schildklierpathologie of die immuunsuppressiva nemen na een orgaantransplantatie. Deze vrouwen zijn zeer ongelijk verdeeld over de gewesten: **in Wallonië heeft 21,4% van de zwangere**

**vrouwen één van bovenstaande chronische aandoeningen, in Brussel 14,8% en in Vlaanderen 12,1%.**

De verschillen tussen de gewesten vallen vooral op voor hypertensie, depressie en aandoeningen van de schildklier. In Wallonië neemt 7,1% van de zwangere vrouwen bloeddrukverlagende middelen tijdens de zwangerschap. Bij de Brusselse toekomstige moeders is dit 5,0% en in Vlaanderen 3,5%. Wat het gebruik van antidepressiva betreft, zien we dat 3,3% van de Waalse zwangere vrouwen deze medicatie neemt. In Brussel wordt 2,1% genoteerd en in Vlaanderen 1,8%. De IMA cijfers laten ook zien dat 5,9% van de Waalse vrouwen tijdens hun zwangerschap geneesmiddelen in verband met schildklierlijden nemen. In Brussel gebruikt 3,5% van de zwangere vrouwen deze medicatie en in Vlaanderen registreren we 1,7%.

De vraag die zich stelt, is in hoeverre deze regionale verschillen in medicatiegebruik tijdens de zwangerschap te maken hebben met een verschil in voorschrijfgedrag, dan wel met een grotere morbiditeit in Brussel en Wallonië. Rekening houdend met het feit dat het voor de meeste geneesmiddelen onduidelijk is of ze een nadelig effect hebben op het ongeboren kind, kunnen we redelijkerwijs aannemen dat zwangere vrouwen enkel medicatie krijgen voorgeschreven wanneer het echt niet anders kan. Dit argument pleit dan ook in het nadeel van de hypothese van verschillend voorschrijfgedrag.

De andere hypothese, die van het verschil in morbiditeit, lijkt bevestigd te worden door de Gezondheidsenquête 2004 (9). Hieruit blijkt dat voor nagenoeg alle chronische aandoeningen de prevalentie hoger ligt in het Waalse en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dan in het Vlaamse Gewest. Op basis van de ontegensprekelijke associatie tussen chronische morbiditeit en opleidingsniveau en tussen subjectieve gezondheid en mentale gezondheid, concludeert men in de Gezondheidsenquête 2004 dat mensen uit de achtergestelde socio-economische groepen over het algemeen meer gezondheidsproblemen hebben dan zij die het beter hebben. En dat met deze vaststelling hoe dan ook rekening moet gehouden worden bij de uitbouw van een gezondheidsbeleid (9).

2. Uit de IMA data blijkt dat er wat betreft de prenatale zorg een **discrepancie** bestaat **tussen enerzijds de richtlijnen, zoals eind 2004 geformuleerd in het KCE rapport (1), en anderzijds de Belgische praktijk bij vrouwen met een laagrisico-zwangerschap in 2005.**

Drie aspecten van de prenatale zorg worden onder de loep genomen: raadplegingen, courante labanalyses en technische onderzoeken.

### **Raadplegingen**

- a. Wat betreft het aantal consultaties, spreken de richtlijnen van 10 raadplegingen voor een primigravida en 7 voor een multigravida in geval van een normale zwangerschap. Uit de IMA data blijkt dat een vrouw met een **laagrisicozwangerschap** in België, ongeacht het aantal kinderen dat ze gehad heeft, **gemiddeld 14 keer** tijdens haar zwangerschap op consultatie gaat bij een gynaecoloog, een huisarts of een vroedvrouw. De mediaan is 13 consultaties. Wanneer we de consultaties bij de huisarts buiten beschouwing laten, dalen gemiddelde en mediaan tot 11 consultaties bij gynaecoloog of vroedvrouw voor een laagrisicozwangerschap.

Maar, gemiddelde en mediaan zeggen niet alles: vijf procent van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap gaat slechts 4 keer tijdens haar zwangerschap op consultatie bij gynaecoloog of vroedvrouw. Een andere 5% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap heeft minstens 18 consultaties bij deze zorgverstrekkers.

- b. De meeste vrouwen gaan voor de opvolging van hun zwangerschap naar de gynaecoloog: 98% van de in België verblijvende vrouwen met een laagrisicozwangerschap heeft minstens één consultatie bij de gynaecoloog. Gemiddeld hebben zij 10 raadplegingen per zwangerschap bij deze specialist. De huisarts speelt toch ook een belangrijke rol. 75% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap gaat minstens één keer in de loop van haar zwangerschap op consultatie bij de huisarts. Zij doet dit gemiddeld 3,8 keer per zwangerschap. Daarnaast bezoekt één op vier zwangere vrouwen (25%) met een laagrisico profiel minstens één maal een vroedvrouw, met een gemiddelde van 3,3 consultaties.

In vergelijking met de cijfers van 2002 (5), zijn de **vroedvrouwen in 2005 meer betrokken bij de begeleiding van zwangeren**. Niet alleen worden er meer zwangere vrouwen begeleid (16% in 2002, 25% in 2005), ook het aantal consultaties per begeleide zwangere neemt toe (gemiddeld 1 in 2002 en 3,3 in 2005).

De toename van het aantal prenatale consultaties door vroedvrouwen is vooral het gevolg van gerichte nomenclatuurwijzigingen in het verleden om eerder deze zorg te stimuleren ten nadele van de hulp bij bevalling door vroedvrouwen in het ziekenhuis. Dit fenomeen wordt uitgebreid besproken in een recente IMA studie (10).

### **Labanalyses**

- c. **Sommige labanalyses** worden in de praktijk **te weinig** te uitgevoerd.

Zo blijkt dat slechts bij 38% van de laagrisicozwangerschappen een **urinecultuur** wordt aangevraagd tijdens de prenatale periode, hoewel dit onderzoek voor alle toekomstige moeders wordt aanbevolen ter opsporing van asymptomatische bacteriurie.

Ook **seksueel overdraagbare aandoeningen** worden te weinig opgespoord. Slechts 64% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap krijgt een HIV-test, amper 50% wordt getest op syfilis en hepatitis B, tenslotte, wordt maar bij 75% van de vrouwen opgespoord.

Het percentage gescreende vrouwen varieert daarenboven sterk naargelang de regio. De aanbevelingen worden beter opgevolgd in Wallonië en Brussel waar beduidend meer zwangere vrouwen gescreend worden op asymptomatische bacteriurie, HIV, syfilis en hepatitis B dan in Vlaanderen.

- d. Andere **aanbevelingen** worden **beter opgevolgd**, hoewel er nog ruimte is voor verbetering.

Zo wordt al 83% van de laagrisicozwangerschappen gescreend op GBS, **groep B-streptokokken**, door middel van een rectovaginale kweek. Dit onderzoek wordt bij alle zwangere vrouwen tussen 35 en 37 weken zwangerschap aangeraden.

Ook de opsporing van **zwangerschapsdiabetes** gebeurt al bij 81% van de laagrisicozwangerschappen.

Maar, alweer maskeert het Belgische gemiddelde de regionale verschillen. Zowel de screening op GBS, als de opsporing van zwangerschapsdiabetes worden in Wallonië en Brussel meer uitgevoerd dan in Vlaanderen.

De opsporing van **rubella** gebeurt bij 58% van de laagrisicozwangerschappen. Gezien de ernstige complicaties die rubella tijdens zwangerschap veroorzaakt, kan verondersteld worden dat bij de resterende vrouwen de analyse niet gebeurt omdat hun immuniteitsstatus gekend is.

- e. Daarnaast zijn er **analyses die te vaak herhaald worden**.

Het feit dat 97% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap minstens één bepaling van de **complet formule** krijgt, is goed nieuws. Maar, dat er per zwangere vrouw gemiddeld 3,2 dergelijke analyses gebeuren, lijkt te veel. De bepaling van ferritine samen met de complet formule, is niet noodzakelijk, maar kan helpen bij het stellen van de diagnose. In de praktijk wordt ferritine bij 67% van de laagrisicozwangerschappen aangevraagd.

Wat betreft de opsporing van toxoplasmose en cytomegalovirus (CMV), zegt de aanbeveling dat een eenmalig serologisch onderzoek, vóór of aan het begin van de zwangerschap nuttig kan zijn omdat het niet-immune vrouwen kan motiveren tot het nemen van preventieve maatregelen. In de praktijk zien we dat 88% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap getest wordt op **toxoplasmose** én dat deze analyses gemiddeld 3,5 keer per vrouw uitgevoerd worden. Dit gemiddelde varieert naargelang de woonplaats van de zwangere: 2,6 bepalingen in Vlaanderen, 4,1 bij



Brusselse vrouwen met een laagrisicozwangerschap 4,9 in Wallonië. Sommige vrouwen krijgen tot 8 toxoplasmose dosages tijdens hun zwangerschap.

Voor **CMV** is de situatie gelijkaardig: 74% van de laagrisicozwangerschappen krijgt een CMV bepaling en het gemiddeld aantal analyses per zwangere bedraagt 2,7. Maar, zowel het percentage geteste vrouwen als het gemiddeld aantal testen per vrouw is kleiner in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel, waar tot 7 CMV bepalingen per zwangerschap aangevraagd worden. Het beperkter gebruik van de CMV opsporing in Vlaanderen heeft mogelijks te maken met de Vlaamse aanbeveling Zwangerschapsbegeleiding (8) die systematische screening naar CMV afraadt.

- f. Tenslotte wordt ook informatie gegeven over twee labanalyses die **geen bewezen nut** hebben tijdens de zwangerschap.

Zo zien we dat 15% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap een cholesterolbepaling krijgt en dat bij 10% een allergietest wordt uitgevoerd. Deze onderzoeken zijn nochtans niet relevant bij zwangerschapsopvolging.

- g. Bij hoogrisicozwangerschappen is het percentage vrouwen waarbij een bepaalde labanalyse wordt uitgevoerd, steeds groter dan bij laagrisicozwangerschappen. Het lijkt erop dat de **richtlijnen beter gevolgd worden bij zwangere vrouwen met een verhoogd risico** op complicaties. Voor volgende testen is het verschil tussen de zwangere vrouwen met een hoogrisicoprofiel en zij met een laagrisicoprofiel qua percentage geteste vrouwen, statistisch significant ( $P < 0,0001$ ): urinecultuur, CMV, hepatitis B, rubella, syfilis, HIV en zwangerschapsdiabetes, cholesterol en allergietest.

- h. Wanneer we de voorschrijver analyseren (zie bijlage 7), blijkt dat de gynaecologen verantwoordelijk zijn voor minstens 70% van de voorschriften voor de labanalyses in verband met hematologie, infecties en zwangerschapsdiabetes. De cholesterolbepalingen daarentegen worden in meer dan de helft van de gevallen voorgeschreven door huisartsen. Bij de allergietesten, tenslotte, spelen de andere geneesheerspecialisten een grote rol.

### ***Technische onderzoeken***

- i. Per zwangerschap laat de Belgische ziekteverzekering één zogenaamde **echografie voor zwangerschapsevaluatie** toe in elk van de drie trimesters. Het verwondert ons dan ook niet dat 95% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap minstens één dergelijke echografie krijgt en dat er **gemiddeld 2,5** per zwangere vrouw gefactureerd worden.

Hoe vanzelfsprekend het ook lijkt om zwangere vrouwen 3 echografieën aan te bieden tijdens een zwangerschap, mogen we toch niet vergeten dat een echografie in het

derde trimester (na 24 weken) bij normale zwangerschappen slechts een beperkte meerwaarde heeft (1).

- j. In geval van hoog obstetrisch of foetaal lijden mag de gynaecoloog een **echografie** uitvoeren die een **biometrie en biofysisch profiel** van de foetus omvat. In de praktijk krijgt **één op drie van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap** (34%) een dergelijke echografie. Hierbij vallen de regionale verschillen op: 24% van de laagrisicozwangerschappen in Vlaanderen, 46% in Wallonië en 55% in Brussel heeft minstens één een dergelijke echografie.

In geval van ernstige aangeboren misvorming of bewezen risico, tenslotte, mag een **systematische echografische exploratie** van alle foetale orgaanstelsels uitgevoerd worden. Voor dit onderzoek is de goedkeuring van de adviserende geneesheer vereist. Bij 3,6% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap wordt deze echografie uitgevoerd. In dit geval zijn de percentages hoger in Vlaanderen (4,7%) dan in Wallonië (1,9%) en Brussel (2,3%).

Welke conclusies kunnen we trekken uit deze gegevens? Wil dit bijvoorbeeld zeggen dat bij meer dan de helft van de Brusselse vrouwen met een laagrisicozwangerschap sprake is van hoog obstetrisch of foetaal lijden? Nee, dat lijkt heel onwaarschijnlijk.

Is het mogelijk dat gynaecologen opzien tegen de administratieve rompslomp en daarom de echografie voor biometrie factureren in plaats van de systematische echografische exploratie? Het grote verschil in honorarium maakt deze hypothese echter weinig waarschijnlijk: het honorarium voor de biometrie echografie bedraagt in 2005 41,84 EUR, terwijl de systematische exploratie gehonoreerd wordt aan 80,89 EUR.

Daarnaast moeten we toch ook durven stellen dat het hoge gebruik van de biometrie echografie waarschijnlijk eerder financiële redenen heeft dan medische, wetende dat het honorarium voor de gewone zwangerschapsevaluatie slechts 20,97 EUR is.

- k. Naast de drie types echografieën, die enkel tijdens de zwangerschap mogen gefactureerd worden, worden er nog **andere echografieën** uitgevoerd in de prenatale periode. Zo zien we dat 14% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap een echografie van het vrouwelijke bekken krijgt in de prenatale periode. Dan is er ook nog de transvaginale echografie, die bij 35% van de zwangere vrouwen minstens één maal gefactureerd wordt. Het honorarium voor de echografie van het vrouwelijke bekken en de transvaginale echografie bedraagt respectievelijk 29,96 EUR en 20,97 EUR. Volledigheidshalve moeten we opmerken dat een deel van deze echografieën mogelijk werd uitgevoerd vóór de zwangerschap. Indien een vrouw bijvoorbeeld zwanger raakt door middel van een in vitro fertilisatie, krijgt zij voorafgaand aan de zwangerschap meerdere echografieën, onder andere om

de groei van de follikels te volgen. In geval van een preterme bevalling, wordt de prenatale periode overschat en worden deze echografieën ten onrechte beschouwd als prenatale echo's.

- l. Wanneer we de **som** maken van **alle echografieën**, gefactureerd in de prenatale periode, dan blijkt dat vrouwen met een laagrisicozwangerschap er **gemiddeld 4 per zwangerschap** krijgen. Bij de hoogrisicozwangerschappen bedraagt dit gemiddelde 4,3 echo's.
- m. In Vlaanderen ondergaat 6,5% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap een **vlokkentest of vruchtwaterpunctie**. In Wallonië is dit 11,0% en in Brussel 8,9%. Bij de hoogrisicozwangerschappen stijgt dit percentage tot 13,9% op nationaal niveau. Deze relatief hoge percentages zijn **verontrustend** omdat deze invasieve prenatale onderzoeken een laag maar reëel risico op miskraam meebrengen.  
In het vorige IMA rapport over de prenatale zorg in 2002 (5), lagen de percentages nog hoger. Hiervoor zijn twee verklaringen. Enerzijds werd toen geen onderscheid gemaakt tussen laagrisico- en hoogrisicozwangerschappen. Anderzijds werd de amnioscopie (nomenclatuurcode 432235-246) ook meegerekend in de cijfers voor 2002 en dat was niet correct. Het amnioscopie onderzoek is immers niet invasief: de scoop wordt via de vagina in de baarmoedermond aangebracht om door de vruchtvliezen naar de baby en het vruchtwater te kijken. In 2002 werden in België 2.573 amnioscopieën gefactureerd en 12.466 invasieve prenatale onderzoeken<sup>13</sup>. Dit grote aantal amnioscopieën heeft in het IMA rapport 2002 zonder twijfel geleid tot een overschatting van het percentage zwangere vrouwen met een invasief prenataal onderzoek.
- n. Ondanks het gebrek aan evidence voor het gebruik van de **cardiotocografie (CTG)** voor de evaluatie van het foetaal welzijn in een ongecompliceerde zwangerschap (1), zien we in de praktijk dat 69% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap minstens één dergelijk onderzoek krijgt in de prenatale periode.  
Sommige experts zijn echter van oordeel dat de aanbeveling moet genuanceerd worden. Een CTG zou wel aangewezen zijn bij een zwangerschapsduur van meer dan 40 weken en in geval van inductie. Hiermee rekening houdend, hebben we het percentage vrouwen met CTG herberekend, dit maal zonder de cardiotocografieën die uitgevoerd werden in de 2 weken vóór de bevalling. Op deze manier daalt het percentage vrouwen dat minstens één CTG krijgt in de prenatale periode naar 39%.

---

<sup>13</sup> Bron: boekhoudkundige gegevens van het RIZIV voor België in 2002.

Indicaties voor een CTG vóór de baring zijn onder andere voelen van minder kindsbewegingen, te klein kind voor de zwangerschapsduur, pre-eclampsie, bloedverlies, trauma en voortijdige weeënactiviteit (11). Het valt te betwijfelen dat deze indicaties zich bij 39% van de laagrisicozwangerschappen voordoen. En daarom durven we toch gewag maken van **misbruik** van de CTG als technisch onderzoek tijdens de zwangerschap.

Voor dergelijk misbruik zijn in ieder geval genoeg redenen te bedenken: de cardiocografie is een niet-invasief onderzoek, veilig voor de zwangere en de foetus, en eenvoudig uitvoerbaar. Het positioneren van de twee transducers op de zwangere buik is een eenvoudige procedure, vaak door een verpleegkundige uitgevoerd. De registratie duurt 20 tot 40 minuten waarbij de zwangere intussen in een gemakkelijke stoel zit of op een bed ligt. De zorgverstreker moet hierbij niet continu aanwezig zijn. Het honorarium voor de gynaecoloog is hoger dan voor een echografische zwangerschapsevaluatie en bedraagt in 2005 26,59 EUR. Er wordt geen maximum aantal CTG's per zwangerschap vastgelegd door de ziekteverzekering. Last but not least, is een CTG psychologisch geruststellend voor de zwangere vrouw.

3. In het KCE rapport met betrekking tot de prenatale zorg (1) wordt niet gesproken over **kinesithérapie tijdens de zwangerschap**. Op vraag van de Beroepsvereniging van gediplomeerde kinesitherapeuten, afdeling verloskundige, gynaecologische en pelvische reëducatie (BGKVGPR) hebben we dit aspect bestudeerd in de IMA gegevens. Hierbij werd zowel de zwangerschapsgerelateerde perinatale kinesithérapie als de algemene kinesithérapie in acht genomen.
  - a. Perinatale kinesithérapie bestaat al 30 jaar in België en werd vroeger omschreven als pre- en postnatale gymnastiek. De perinatale kinesithérapeut bereidt de zwangere vrouw voor op de bevalling door middel van ademhalings- en relaxatieoefeningen, algemene versterkende oefeningen voor de rug-, buik-, borst- en bekkenbodemspieren en oefeningen ter stimulatie van de circulatie in de onderste ledematen.

De laatste jaren nemen de vroedvrouwen stilaan deze prenatale voorbereiding over van de kinesithérapeut, vooral bij de fysiologisch verlopende zwangerschappen.

De tendens is dat de kinesithérapeuten zich specifiek richten op de zwangere vrouwen met klachten tijdens de zwangerschap en het postpartum. De voornaamste klachten situeren zich ter hoogte van de bekkenbodem, de buikwand en de bekkengordel. Lage rugpijn, bekkenpijn en stress incontinentie zijn typische zwangerschapsgerelateerde klachten.

Perinatale kinesitherapie is beperkt tot 9 sessies. Wanneer het voorschrift niet expliciet melding maakt van het feit dat het om een zwangere of bevallen patiënte gaat, dan kan de kinesitherapeut de nomenclatuurcodes voor algemene kinesitherapie factureren. Het aantal voorgeschreven zittingen is in dit geval beperkt tot 18. Bij zwangere vrouwen met zeer ernstige klachten, bijvoorbeeld een ernstige bekkeninstabiliteit, kan men door combinatie van beide types, het aantal sessies kinesitherapie opdrijven tot 27. Het feit dat het percentage 'totaal kinesitherapie' kleiner is dan de som van de beide componenten duidt erop dat eenzelfde vrouw soms beide types kinesitherapie krijgt.

- b. Wanneer we de som maken van de perinatale en de algemene kinesitherapie, blijkt dat **28% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap minstens één sessie kinesitherapie** krijgt in de prenatale periode. Het gemiddeld aantal sessies is 5,7 per vrouw, de mediaan is 4 zittingen. Er zijn weinig verschillen tussen de regio's: Brussel 27%, Vlaanderen 28% en Wallonië 26%. Bij de hoogrisicozwangerschappen krijgt 25% kinesitherapie tijdens de zwangerschap.

De factureringsgegevens geven geen informatie over de indicatie voor de kinesitherapie en laten dus niet toe een onderscheid te maken tussen de zwangere vrouwen, die naar de kinesitherapeut gaan om zich voor te bereiden op de bevalling, en zij, die specifieke oefentherapie krijgen voor zwangerschapsgerelateerde klachten.

## **VI. Besluit**

De voorbije vijftig jaar is de kindersterfte rond de geboorte spectaculair gedaald. Dat is te danken aan de verbetering van de zorg tijdens de zwangerschap en bij de bevalling.

Eind 2004 publiceerde het Kenniscentrum een richtlijn voor prenatale zorg. De kernboodschap luidt dat voor een gezonde vrouw met een normale zwangerschap zonder complicaties, regelmatige opvolging door een deskundig zorgverlener en enkele eenvoudige tests volstaan.

Het Intermutualistisch Agentschap ging na welke prenatale zorgen verleend werden aan Belgische vrouwen die bevallen zijn in 2005, dus na de publicatie van de richtlijn.

De studie omvat 111.403 bevallingen die thuis of in het ziekenhuis plaatsvonden en bij de ziekenfondsen werden gefactureerd. Vrouwen met een zelfstandig statuut (7.467) zijn niet opgenomen in de analyse omdat hun uitgaven voor gezondheidszorg niet steeds in het ziekenfonds beschikbaar zijn.

### **Risicoprofiel van de zwangere**

Vermits de richtlijn in de eerste plaats van toepassing is op zwangere vrouwen zonder risicofactoren, wordt een onderscheid gemaakt naargelang het risico op complicaties.

Meer dan drie kwart van de vrouwen (81.328) hebben een laagrisicozwangerschap.

De resterende 22.608 vrouwen (21,8%) hebben tijdens hun zwangerschap wel een verhoogd risico op complicaties. Het betreft hier toekomstige moeders jonger dan 16 of ouder dan 40 jaar, vrouwen uit minder bevoorrechte milieus en zwangere vrouwen die medicatie namen voor bepaalde aandoeningen. In Vlaanderen tellen we 16% vrouwen met een hoogrisicozwangerschap. In Wallonië en Brussel blijken meer dan één op vier van de zwangere vrouwen (28%) een hoogrisicozwangerschap te hebben. Dit is verontrustend en pleit voor extra medische begeleiding van deze vrouwen in de prenatale periode.

### **Praktijk 2005 getoetst aan richtlijn 2004**

Drie aspecten van de prenatale zorg worden onder de loep genomen: raadplegingen, courante labanalyses en technische onderzoeken.

#### ***Consultaties***

Bij een normale zwangerschap bevelen de richtlijnen tien consultaties aan als de vrouw voor het eerst zwanger is en zeven als de vrouw al eerder zwanger was. In de praktijk gaat een vrouw met een laagrisicozwangerschap gemiddeld veertien keer op raadpleging bij een gynaecoloog, huisarts of vroedvrouw. En dit ongeacht het aantal kinderen dat ze gehad heeft.

### ***Labanalyses***

Bepaalde labanalyses gebeuren in de praktijk te weinig. Zo blijkt slechts 38% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap een urinecultuur te krijgen, hoewel dat onderzoek voor alle toekomstige moeders wordt aanbevolen. Ook de opsporing van hepatitis B (75%), HIV (64%) en syfilis (50%) zou vaker moeten gebeuren.

Andere tests worden dan weer te vaak herhaald, bijvoorbeeld de opsporing van toxoplasmose en cytomegalovirus (CMV). Volgens de richtlijn kan een eenmalig serologisch onderzoek, vóór of bij het begin van de zwangerschap, nuttig zijn. In de praktijk zien we echter dat deze labanalyses meerdere malen tijdens de zwangerschap worden herhaald.

Goed nieuws is dat de opsporing van groep B-streptokokken en van zwangerschapsdiabetes al bij meer dan 80% van de moeders gebeurt.

Slecht nieuws is dat testen zoals cholesterolbepaling en allergietesten, die geen bewezen nut hebben tijdens de zwangerschap, nog steeds bij meer dan 10% van de aanstaande moeders uitgevoerd worden.

De studie brengt regionale praktijkverschillen aan het licht. In Wallonië en Brussel worden de richtlijnen beter opgevolgd en worden meer zwangere vrouwen gescreend. Maar, keerzijde van de medaille is dat in die regio's ook meer herhalingen aangevraagd worden dan in Vlaanderen.

### ***Technische onderzoeken***

De richtlijn raadt twee echografieën aan per zwangerschap. Maar, in de praktijk worden er gemiddeld 4 per laagrisicozwangerschap gefactureerd. Artsen nemen hun toevlucht tot andere echografieën, met name de echografie van het vrouwelijke bekken en de transvaginale echografie, om de beperking van drie terugbetaalde zwangerschapsechografieën te omzeilen.

In Vlaanderen ondergaat 6,5% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap een vlokentest of vruchtwaterpunctie. In Wallonië is dit 11,0% en in Brussel 8,9%. Deze relatief hoge percentages zijn verontrustend omdat deze invasieve prenatale onderzoeken een laag maar reëel risico op miskraam meebrengen.

Evenmin systematisch aanbevolen is de cardiotocografie, die informatie geeft over de harttonen van de baby en de activiteit van de weeën. Toch krijgt 39% van de laagrisico zwangere vrouwen er minstens één in de periode van méér dan 2 weken voor de bevalling.

De cijfers tonen aan dat er in 2005 globaal genomen meer onderzoeken zijn dan aanbevolen door het Kenniscentrum, maar dat er anderzijds voor bepaalde tests ook sprake is van een suboptimale zorg. Daarnaast is het ook opvallend hoe groot de variabiliteit in de prenatale zorg is.

### **Kinesithérapie**

De IMA gegevens laten zien dat 28% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap minstens één sessie kinesithérapie heeft tijdens haar zwangerschap. We kunnen echter niet uitmaken of deze kinesithérapie voorgeschreven werd ter voorbereiding op de bevalling of dat het gaat om oefentherapie voor vrouwen met specifieke zwangerschapsgerelateerde klachten zoals rugpijn, bekkenpijn of stress incontinentie.

### **Feedback Prenatale zorg**

De frequente consultaties en de multipale labanalyses en technische onderzoeken, zoals geobserveerd in de IMA data, wijzen op een toegenomen medicalisering van de zwangerschap in onze maatschappij.

Om die reden verstuurde de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie in januari 2007 de feedback Prenatale zorg naar alle huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen. De zorgverstrekkers worden in deze feedback geïnformeerd over de recentste wetenschappelijke aanbevelingen. Daarnaast krijgen ze concrete gegevens over de prenatale zorg bij hun patiënten die in 2005 bevielen. Deze gegevens werden door het IMA geanalyseerd.



## VII. Afkortingen

AIM	Agence Intermutualiste
AFP	alphafetoproteïn
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification System
BMI	body mass index
BVT	begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming
CMV	cytomegalovirus
Cofo	complet formule
CTG	cardiotocografie
FBC	full blood count
GBS	groep B streptokokken
GCP	good clinical practice
hCG	human chorionic gonadotrophin
HIV	human immunodeficiency virus
IMA	Intermutualistisch Agentschap
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
kine	kinesitherapie
MCH	mean corpuscular haemoglobin
MCHC	mean corpuscular haemoglobin concentration
MCV	mean corpuscular volume
NIS	Nationaal Instituut voor de Statistiek
NRCT	non randomised clinical trial
NRKP	Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PAPP-A	pregnancy associated plasma proteïne A
RCT	randomised clinical trial
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
TPHA	Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
SPE	Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie
VI	verzekeringsinstelling

## VIII. Bibliografie

1. Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Temmerman M, Zhang WH, et al.  
Nationale richtlijn prenatale zorg: een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2004. KCE reports 6A.  
<http://kce.fgov.be>
2. Rapport d'activités de l'Office de la Naissance et de l'Enfance 2005.  
[www.one.be/PDF/RAP2005/Accompa.pdf](http://www.one.be/PDF/RAP2005/Accompa.pdf)
3. Cammu H, Martens G, De Coen K, Van Mol C, Defoort P.  
Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2005. vzw Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE).  
[www.zorg-en-gezondheid.be/geboorte.aspx](http://www.zorg-en-gezondheid.be/geboorte.aspx)
4. Jaarverslag 2005. Kind & Gezin. Hoofdstuk 1. Preventieve gezinsondersteuning.  
[www.kindengezin.be/Images/JV2005\\_tcm149-46570.pdf](http://www.kindengezin.be/Images/JV2005_tcm149-46570.pdf)
5. De Gauquier K, Remacle A, Lucet C.  
Prenatale zorg in België in 2002. Rapport uitgebracht door het IMA. Juni 2006.  
[www.nic-ima.be/nl/projects/antenatal/](http://www.nic-ima.be/nl/projects/antenatal/)
6. Deguerry M, De Spiegelaere M, Haelterman E, Logghe P, Roesems T, Wauters I.  
Gezondheidsindicatoren Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2004.  
Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel.  
[www.observatbru.be/nl/Publications/tableau.asp](http://www.observatbru.be/nl/Publications/tableau.asp)
7. Roesems T, Perdaens A, De Spiegelaere M.  
9<sup>de</sup> armoederapport. Brussels Hoofdstedelijk Gewest.  
Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel. 2004.  
[www.observatbru.be/nl/Publications/tableau.asp](http://www.observatbru.be/nl/Publications/tableau.asp)
8. Seuntjens L, Neirinckx J, Van Mackelenbergh A, Van Royen P, Vervaeck N, Jacquemyn Y, Temmerman M, De Smedt C.  
Zwangschapsbegeleiding. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering.  
Domus Medica. 2006.  
[www.wvvh.be/files/H35\\_5\\_AB\\_Zwanger.pdf](http://www.wvvh.be/files/H35_5_AB_Zwanger.pdf)

9. Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004. Afdeling Epidemiologie, 2006; Brussel. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 035.
  
10. Bronckaers JP, De Belie M, Corveleyn T, De Paepe R. Nomenclatuur vroedvrouwen. Beschrijvende studie uitgaven 2000 tot 2004. Rapport uitgebracht door het IMA. Februari 2006. [www.nic-ima.be/nl//projects/midwife/](http://www.nic-ima.be/nl//projects/midwife/)
  
11. Richtlijn Foetale bewaking. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. 2004. [www.nvog.nl/files/rl54foetalebewaking.pdf](http://www.nvog.nl/files/rl54foetalebewaking.pdf)

## IX. Bijlagen

### IX.1. Nomenclatuurcodes voor de bevallingen

code nomencl.	type bevalling	verstrekker	plaats van bevalling	tijdstip
422225	vaginale bevalling	vroedvrouw	klassieke hosp.	niet gespecificeerd
422656	vaginale bevalling	vroedvrouw	thuis	weekdag
422671	vaginale bevalling	vroedvrouw	daghosp.	weekdag
423651	vaginale bevalling	vroedvrouw	thuis	WE of feestdag
423673	vaginale bevalling	vroedvrouw	daghosp.	WE of feestdag
423010	vaginale bevalling	arts	ambulant	niet gespecificeerd
423021	vaginale bevalling	arts	klassieke hosp.	niet gespecificeerd
424012	vaginale bevalling	gynaecoloog	ambulant	niet gespecificeerd
424023	vaginale bevalling	gynaecoloog	klassieke hosp.	niet gespecificeerd
424071	met embryotomie	gynaecoloog	ambulant	niet gespecificeerd
424082	met embryotomie	gynaecoloog	klassieke hosp.	niet gespecificeerd
424093	keizersnede	gynaecoloog	ambulant	niet gespecificeerd
424104	keizersnede	gynaecoloog	klassieke hosp.	niet gespecificeerd

### IX.2. ATC codes voor de co-morbiditeit

type co-morbiditeit	ATC code	omschrijving medicatie
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>A10A</b>	Insuline
	<b>A10B</b>	Orale antidiabetische middelen
<b>Hypertensie</b>	<b>C02</b>	Antihypertensiva
	<b>C03</b>	Diuretica
	<b>C04</b>	Perifere vasodilatoren
	<b>C07</b>	Bèta-blokkers
	<b>C08</b>	Calciumantagonisten
	<b>C09</b>	ACE-inhibitoren
<b>Trombose</b>	<b>B01A</b>	Antitrombotische middelen
<b>Bloedstollingsziekten</b>	<b>B02BD</b>	Bloedstollingsfactoren
<b>Depressie</b>	<b>N06A</b>	Antidepressiva
<b>Astma</b>	<b>R03AA</b>	Alfa-enbeta-sympathicomimetica
	<b>R03AB</b>	Niet-selectievebeta-sympathicomimetica
	<b>R03AC</b>	Selectievebeta-2-sympathicomimetica
	<b>R03AH</b>	Combinatiesvansympathicomimetica
	<b>R03AK</b>	Sympathicomimeticametandereastmamiddelen
	<b>R03BA</b>	Glucocorticoïden
	<b>R03DC01</b>	Leukotrienreceptorantagonisten

	<b>R03DC03</b>	Leukotriënenreceptorantagonisten
<b>Reumatoïde artritis, ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa</b>	<b>L04AA11</b>	Etanercept
	<b>L04AA12</b>	Infliximab
	<b>L04AA13</b>	Leflunomide
	<b>L04AA17</b>	Adalimumab
	<b>A07EC01</b>	Sulfasalazine
	<b>A07EC02</b>	Mesalazine
<b>HIV</b>	<b>J05AE</b>	Protease-inhibitoren
	<b>J05AF</b>	Nucleoside reverse-transcriptase-remmers
	<b>J05AG</b>	Niet-nucleoside reverse-transcriptase-remmers
	<b>J05AX</b>	Fusie-inhibitoren
<b>Chronische hepatitis B, Chronische hepatitis C</b>	<b>L03AB04</b>	Interferon alfa-2a
	<b>L03AB05</b>	Interferon alfa-2b
	<b>L03AB10</b>	Peginterferon alfa-2b
	<b>J05AB04</b>	Ribavirine
<b>Multiple sclerose</b>	<b>L03AB07</b>	Interferon beta-1a
	<b>L03AB08</b>	Interferon beta-1b
	<b>L03AX13</b>	Glatiramer
<b>Epilepsie</b>	<b>N03</b>	Anti-epileptica
<b>Schildklierpathologie</b>	<b>H03</b>	Middelen ivm schildklier
<b>Immunosuppressie na orgaantransplantatie</b>	<b>L04AA01</b>	Ciclosporine
	<b>L04AA05</b>	Tacrolimus
	<b>L04AA06</b>	Mofetilmycofenolaat
	<b>L04AA10</b>	Sirolimus

## IX.3. Nomenclatuurcodes voor de consultaties in de prenatale periode

### IX.3.1. Huisartsen

Selectie van de huisartsen als verstrekkers op basis van het RIZIV identificatienummer (bekwaming)<sup>14</sup>: 1ste cijfer = 1 en 9de tot 11de cijfer = 005, 006, 007, 008.

type prenatale zorg	code nomencl. amb.	omschrijving
<b>Consultatie huisarts</b>	<b>101010</b>	Raadpleging in de spreekkamer van de algemeen geneeskundige met verworven rechten.
	<b>101032</b>	Raadpleging in de spreekkamer van de erkende huisarts.
	<b>101076</b>	Raadpleging in de spreekkamer van de geaccrediteerde erkende huisarts.
	<b>103110</b>	Bezoek, bij de zieke thuis, door de algemeen geneeskundige met verworven rechten.
	<b>103132</b>	Bezoek, bij de zieke thuis, door de erkende huisarts.
	<b>104215</b>	Bezoek door de erkende huisarts tussen 18 en 21 uur afgelegd bij de zieke thuis.
	<b>104230</b>	Bezoek door de erkende huisarts 's nachts tussen 21 en 8 uur afgelegd bij de zieke thuis.
	<b>104252</b>	Bezoek door de erkende huisarts tijdens het weekend, van zaterdag 8 uur tot maandag 8 uur, afgelegd bij de zieke thuis.
	<b>104274</b>	Bezoek bij de zieke thuis, afgelegd door de erkende huisarts op een feestdag, dat wil zeggen vanaf daags voor die feestdag om 21 uur tot daags na die feestdag om 8 uur.
	<b>104510</b>	Bezoek door de algemeen geneeskundige met verworven rechten tussen 18 en 21 uur afgelegd bij de zieke thuis.
	<b>104532</b>	Bezoek door de algemeen geneeskundige met verworven rechten 's nachts tussen 21 en 8 uur afgelegd bij de zieke thuis.
	<b>104554</b>	Bezoek door de algemeen geneeskundige met verworven rechten tijdens het weekend, van zaterdag 8 uur tot maandag 8 uur, afgelegd bij de zieke thuis.
	<b>104576</b>	Bezoek bij de zieke thuis, afgelegd door de algemeen geneeskundige met verworven rechten op een feestdag, dat wil zeggen vanaf daags voor die feestdag om 21 uur tot daags na die feestdag om 8 uur.

<sup>14</sup> Zie facturatieregels RIZIV, bijlage 16.1 en 16.7 t.e.m. 16.11 : [www.riziv.fgov.be/care/nl/infos/bill/pdf/2006/maj02/intro.pdf](http://www.riziv.fgov.be/care/nl/infos/bill/pdf/2006/maj02/intro.pdf)

### IX.3.2. Vroedvrouwen

Selectie van de vroedvrouwen als verstrekkers op basis van het RIZIV identificatienummer (bekwaming): 1ste cijfer = 4 en 2de tot 6de cijfer = 1 - 9999.

type prenatale zorg	code nomencl. amb.	omschrijving
<b>Consultatie vroedvrouw</b>	<b>422030</b>	Eerste individuele verloskundige zitting. Deze verstrekking omvat de eventuele vaststelling van de zwangerschap, het openen van het zwangerschapsdossier, met inbegrip van de eerste verloskundige zitting zoals omschreven in de verstrekkingen 422052 en 4220
	<b>422052</b>	Individuele verloskundige zitting. Deze verstrekking omvat het verloskundig onderzoek van de zwangere, met inbegrip van de eventuele monitoring en alle andere technische verstrekkingen die door de vroedvrouw mogen worden verricht.
	<b>422074</b>	Individuele verloskundige zitting in geval van risicozwangerschap op voorschrift van een geneesheer, specialist voor verloskunde. Het aantal, de frequentie en de plaats van deze zittingen worden door de geneesheer specialist uitdrukkelijk op het voorschrift.
	<b>422096</b>	Individuele voorbereiding tot de bevalling.
	<b>422111</b>	Collectieve voorbereiding van 2 tot 5 zwangeren, per zwangere.
	<b>422133</b>	Collectieve voorbereiding van 6 tot 10 zwangeren, per zwangere.

### IX.3.3. Gynaecologen

Selectie van de gynaecologen als verstrekkers op basis van het RIZIV identificatienummer (bekwaming): 1ste cijfer = 1 en 9de tot 11de cijfer = 34, 340, 146, 341, 349, 367, 369, 978.

type prenatale zorg	code nomencl. amb.	omschrijving
<b>Consultatie gynaecoloog</b>	<b>102012</b>	Raadpleging in zijn spreekkamer van een ander geneesheerspecialist dan die, vermeld onder 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211 et 102734
	<b>102535</b>	Raadpleging in zijn spreekkamer van een ander geaccrediteerde geneesheerspecialist dan die, vermeld onder 102550, 102675, 102690, 102712, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653 et 102756

### IX.3.4. Andere geneesheerspecialisten

Selectie van de andere geneesheerspecialisten als verstrekkers op basis van het RIZIV identificatienummer (bekwaming): 1ste cijfer = 1 en 9de tot 11de cijfer > 009 en ≠ bekwaming gynaecoloog.

type prenatale zorg	code nomencl. amb.	omschrijving
<b>Consultatie andere geneesheer-specialist</b>	<b>102012</b>	Raadpleging in zijn spreekkamer van een ander geneesheerspecialist dan die, vermeld onder 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211 et 102734
	<b>102034</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geneesheer, specialist voor inwendige geneeskunde.
	<b>102071</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geneesheer, specialist voor kindergeneeskunde.
	<b>102093</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geneesheer, specialist voor cardiologie.
	<b>102115</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geneesheer, specialist voor gastro-enterologie.
	<b>102130</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geneesheer, specialist voor pneumologie.
	<b>102152</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geneesheer, specialist voor reumatologie.
	<b>102174</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geneesheer, specialist voor neurologie.
	<b>102196</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geneesheer, specialist voor psychiatrie.
	<b>102211</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geneesheer, specialist voor neuropsychiatrie.
	<b>102535</b>	Raadpleging in zijn spreekkamer van een ander geaccrediteerde geneesheerspecialist dan die, vermeld onder 102550, 102675, 102690, 102712, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653 et 102756
	<b>102550</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geaccrediteerde geneesheer, specialist voor inwendige geneeskunde.
	<b>102572</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geaccrediteerde geneesheer, specialist voor kindergeneeskunde.
	<b>102594</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geaccrediteerde geneesheer, specialist voor cardiologie.
	<b>102616</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geaccrediteerde geneesheer, specialist voor gastro-enterologie.
	<b>102631</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geaccrediteerde geneesheer, specialist voor pneumologie.
	<b>102653</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geaccrediteerde geneesheer, specialist voor reumatologie.
	<b>102675</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geaccrediteerde geneesheer, specialist voor neurologie.
	<b>102690</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geaccrediteerde geneesheer, specialist voor psychiatrie.
	<b>102712</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geaccrediteerde geneesheer, specialist voor neuropsychiatrie.
<b>102734</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geneesheer, specialist voor dermato-venereologie.	
<b>102756</b>	Raadpleging, in zijn spreekkamer, van de geaccrediteerde geneesheer, specialist voor dermato-venereologie.	



## IX.4. Nomenclatuurcodes voor de klinische biologie in de prenatale periode

type prenatale zorg	code nomencl. amb.	code nomencl. hosp.	omschrijving
<b>Compleet formule</b>	<b>123012</b>	<b>123023</b>	Doseren van hemoglobine door elektrofotometrische methode.
	<b>123034</b>	<b>123045</b>	Tellen van de erythrocyten en/of hematocriet.
	<b>127013</b>	<b>127024</b>	Doseren van hemoglobine door elektrofotometrische methode.
	<b>127035</b>	<b>127046</b>	Tellen van de erythrocyten en/of hematocriet.
	<b>123056</b>	<b>123060</b>	Tellen van de leucocyten.
	<b>123071</b>	<b>123082</b>	Leucocytenformule vastgesteld met microscoop op minimum 100 cellen.
	<b>123115</b>	<b>123126</b>	Tellen van de thrombocyten.
	<b>123174</b>	<b>123185</b>	Vereenvoudigde leucocytenformule (lymfocyten, monocyten en granulocyten), afgeleid van de analyse van een differentieel volumetrisch histogram, verkregen na lytische reactie.
	<b>123196</b>	<b>123200</b>	Leucocytenformule ( ten minste vijf populaties), vastgesteld met cellenteller en gebaseerd op criteria die niet alleen de celgrootte omvatten, inclusief de controles door microscopie.
	<b>127050</b>	<b>127061</b>	Tellen van de leucocyten.
	<b>127072</b>	<b>127083</b>	Leucocytenformule vastgesteld met microscoop op minimum 100 cellen.
	<b>127116</b>	<b>127120</b>	Tellen van de thrombocyten.
	<b>127175</b>	<b>127186</b>	Vereenvoudigde leucocytenformule (lymfocyten, monocyten en granulocyten), afgeleid van de analyse van een differentieel volumetrisch histogram, verkregen na lytische reactie.
<b>127190</b>	<b>127201</b>	Leucocytenformule ( ten minste vijf populaties), vastgesteld met cellenteller en gebaseerd op criteria die niet alleen de celgrootte omvatten, inclusief de controles door microscopie.	
<b>Ferritine</b>	<b>433090</b>	<b>433101</b>	Doseren van ferritine.
	<b>541472</b>	<b>541483</b>	Doseren van ferritine met niet isotopenmethode.
<b>Urinecultuur</b>	<b>549312</b>	<b>549323</b>	Aërobe kweek van urine met identificatie van de geïsoleerde kiemen
<b>Vaginale cultuur (GBS)</b>	<b>550395</b>	<b>550406</b>	Aërobe kweek van vaginale of urethrale monsters of sperma (inclusief de gonokweek)
<b>Cytomegalovirus</b>	<b>551316</b>	<b>551320</b>	Opsporen van specifieke IgM antilichamen tegen cytomegalovirus.
	<b>551331</b>	<b>551342</b>	Opsporen van specifieke IgG antilichamen tegen cytomegalovirus.
<b>Hepatitis B</b>	<b>437032</b>	<b>437043</b>	Diagnose en controle van de evolutie van virale hepatitis B : door aantonen van HBs antigeen
	<b>437054</b>	<b>437065</b>	Diagnose en controle van de evolutie van virale hepatitis B : door aantonen van HBe antigeen
	<b>437076</b>	<b>437080</b>	Diagnose en controle van de evolutie van virale hepatitis B : door aantonen van HBs antilichaam
	<b>437091</b>	<b>437102</b>	Diagnose en controle van de evolutie van virale hepatitis B : door aantonen van HBe antilichaam
	<b>437113</b>	<b>437124</b>	Diagnose en controle van de evolutie van virale hepatitis B : door aantonen van HBc antilichaam
	<b>551390</b>	<b>551401</b>	Diagnose en controle van de evolutie van virale hepatitis B door aantonen van HBs antigeen met niet isotopenmethode
	<b>551412</b>	<b>551423</b>	Diagnose en controle van de evolutie van virale hepatitis B door aantonen van HBe antigeen met niet

			isotopenmethode
	<b>551434</b>	<b>551445</b>	Diagnose en controle van de evolutie van virale hepatitis B door aantonen van anti HBs antilichamen met niet isotopenmethode
	<b>551456</b>	<b>551460</b>	Diagnose en controle van de evolutie van virale hepatitis B door aantonen van anti HBe antilichamen met niet isotopenmethode
	<b>551471</b>	<b>551482</b>	Diagnose en controle van de evolutie van virale hepatitis B door aantonen van anti HBc antilichamen met niet isotopenmethode
<b>Rubella</b>	<b>551596</b>	<b>551600</b>	Opsporen van IgG antilichamen tegen rubella bij vrouwen.
	<b>551611</b>	<b>551622</b>	Opsporen van IgM antilichamen tegen rubellavirus.
	<b>551633</b>	<b>551644</b>	Aantonen van gezuiverde IgM-antilichamen tegen rubellavirus.
<b>Syfilis</b>	<b>552716</b>	<b>552720</b>	Diagnose van infectie door Treponema in bloed of cerebrospinaal vocht met een techniek waarbij een niet specifiek antigeen (type RPR of VDRL) wordt gebruikt.
	<b>552731</b>	<b>552742</b>	Diagnose van infectie door Treponema in bloed of cerebrospinaal vocht met een techniek waarbij een specifiek antigeen wordt gebruikt.
<b>HIV</b>	<b>551736</b>	<b>551740</b>	Opzoeken van HIV-antilichamen
<b>Toxoplasrose</b>	<b>551751</b>	<b>551762</b>	Opsporen van IgG antilichamen tegen Toxoplasma gondii.
	<b>551773</b>	<b>551784</b>	Opsporen van specifieke IgM antilichamen tegen Toxoplasma gondii.
<b>Glycemie</b>	<b>120050</b>	<b>120061</b>	Doseren van glucose.
	<b>120153</b>	<b>120164</b>	Curve van verwekte hyper- of hypoglycemie (minimum vier doseringen), inclusief de eventuele doseringen van de glucosurie.
	<b>120175</b>	<b>120186</b>	Per bijkomende dosering van glycemie tijdens een curve van verwekte hyper- of hypoglycemie (verstrekking 120153 - 120164) of van glucosedagcurve (verstrekking 120190 - 120201).
	<b>120190</b>	<b>120201</b>	Glucosedagcurve (minimum 4 doseringen), inclusief de eventuele doseringen van de glucosurie.
	<b>125053</b>	<b>125064</b>	Doseren van glucose.
	<b>125156</b>	<b>125160</b>	Curve van verwekte hyper- of hypoglycemie (minimum vier doseringen), inclusief de eventuele doseringen van de glucosurie.
	<b>125171</b>	<b>125182</b>	Per bijkomende dosering van glycemie tijdens een curve van verwekte hyper- of hypoglycemie (verstrekking 120153 - 120164) of van glucosedagcurve (verstrekking 120190 - 120201).
	<b>125193</b>	<b>125204</b>	Glucosedagcurve (minimum 4 doseringen), inclusief de eventuele doseringen van de glucosurie.
<b>Cholesterol</b>	<b>540271</b>	<b>540282</b>	Doseren van totale cholesterol.
	<b>540293</b>	<b>540304</b>	Doseren van HDL cholesterol.
	<b>542231</b>	<b>542242</b>	Doseren van LDL cholesterol.
<b>Allergietesten</b>	<b>438093</b>	<b>438104</b>	Doseren van IgE totaal.
	<b>438115</b>	<b>438126</b>	Bepalen van specifieke IgE per antigeen.
	<b>556253</b>	<b>556264</b>	Doseren van IgE totaal.
	<b>556275</b>	<b>556286</b>	Bepalen van specifieke IgE per antigeen.

## IX.5. Nomenclatuurcodes voor de technische onderzoeken in de prenatale periode

type prenatale zorg	code nomencl. amb.	code nomencl. hosp.	omschrijving
<b>Echo evaluatie zwangerschap</b>	<b>460515</b>	<b>460526</b>	Bidimensionele zwangerschapsevaluatie, maximum één keer per kwartaal.
	<b>469895</b>	<b>469906</b>	Bidimensionele zwangerschapsevaluatie, maximum één keer per kwartaal.
<b>Echo biometrie foetus</b>	<b>460530</b>	<b>460541</b>	Functioneel echografisch onderzoek dat een biometrie en een biofysisch profiel van de foetus omvat, met of zonder het meten van de ombilicale bloedstroom in geval van gedocumenteerd hoog obstetrisch of foetaal risico.
	<b>469910</b>	<b>469921</b>	Functioneel echografisch onderzoek dat een biometrie en een biofysisch profiel van de foetus omvat, met of zonder het meten van de ombilicale bloedstroom in geval van gedocumenteerd hoog obstetrisch of foetaal risico.
<b>Echo misvorming foetus</b>	<b>460552</b>	<b>460563</b>	Systematische echografische exploratie van alle foetale orgaanstelsels in geval van ernstige aangeboren misvorming of bewezen risico.
	<b>469932</b>	<b>469943</b>	Systematische echografische exploratie van alle foetale orgaanstelsels in geval van ernstige aangeboren misvorming of bewezen risico.
<b>Echo vrouwelijk bekken</b>	<b>460250</b>	<b>460261</b>	Echografie van het vrouwelijk bekken.
	<b>469490</b>	<b>469501</b>	Echografie van het vrouwelijk bekken.
<b>Echo transvaginaal</b>	<b>460832</b>	<b>460843</b>	Transvaginale echografie.
	<b>469593</b>	<b>469604</b>	Transvaginale echografie.
<b>Invasieve prenatale diagnostiek</b>	<b>432353</b>	<b>432364</b>	Invasieve obstetrische procedure (amniocentese, chorionvillusbiopsie, foetale punctie, cordocentese) onder echografische controle.
<b>Cardiotocografie</b>	<b>424056</b>	<b>424060</b>	Cardiotocografie vóór de geboorte (met uitsluiting van de CTG's verricht tijdens de dag van de verlossing) : gecombineerd registreren van de hartfrequentie van de foetus, van de intensiteit en van de frequentie van de contractie, per dag.

## IX.6. Nomenclatuurcodes voor de kinesitherapie in de prenatale periode

type prenatale zorg	artikel nomenclatuur geneeskundige verstrekkingen	code nomenclatuur
<b>Perinatale kinesitherapie</b>	Art. 7, § 1, 4°	<b>561595 t.e.m. 561724</b>
<b>Algemene kinesitherapie</b>	Art. 7, § 1, 1°	<b>560011 t.e.m. 560615</b>
	Art. 7, § 1, 2°	<b>560652 t.e.m. 561411</b>

## IX.7. Voorschrijvers van labanalyses

**Tabel 19**

**Aandeel van de verschillende zorgverstrekkers in de voorschriften voor labanalyses aangevraagd bij zwangere vrouwen in de prenatale periode in België. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Type labanalyse</i>	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	huisarts	gynaecoloog	vroedvrouw	andere specialist	huisarts	gynaecoloog	vroedvrouw	andere specialist
<b>Hematologie</b>								
Compleet formule	17%	75%	2%	6%	14%	74%	2%	10%
Ferritine	25%	72%	2%	2%	21%	72%	2%	5%
<b>Opsporing van infecties</b>								
Urinecultuur	19%	74%	2%	5%	17%	73%	3%	8%
Vaginale cultuur (GBS)	3%	94%	2%	1%	3%	93%	3%	1%
CMV	16%	81%	1%	2%	12%	83%	1%	4%
Hepatitis B	17%	80%	1%	1%	14%	83%	1%	2%
Rubella	29%	68%	1%	2%	22%	74%	1%	3%
Syfilis	13%	81%	3%	4%	11%	81%	3%	5%
HIV	17%	80%	1%	1%	15%	82%	1%	2%
Toxoplasmose	16%	80%	1%	3%	12%	82%	2%	4%
<b>Opsporing van zwangerschapsdiabetes</b>								
Glycemie	20%	70%	2%	8%	16%	68%	2%	15%
<b>Labanalyses zonder bewezen nut</b>								
Cholesterol	70%	22%	0%	8%	50%	26%	0%	24%
Allergietesten	12%	35%	6%	47%	15%	37%	7%	41%

## IX.8. Voorschrijvers van kinesitherapie

**Tabel 20**

**Aandeel van de verschillende zorgverstrekkers in de voorschriften voor kinesitherapie aangevraagd bij zwangere vrouwen in de prenatale periode in België. (Bevallingen in 2005 - gegevens IMA)**

<i>Type kinesitherapie</i>	laagrisico zwangeren				hoogrisico zwangeren			
	huisarts	gynae- coloog	vroed- vrouw	andere specialist	huisarts	gynae- coloog	vroed- vrouw	andere specialist
Perinatale kinesitherapie	9%	90%	/	1%	8%	90%	/	2%
Algemene kinesitherapie	50%	39%	/	12%	45%	34%	/	20%
Totaal kinesitherapie	26%	69%	/	6%	27%	62%	/	11%