# IMA-AIM-logo.jpg

Brussel, 10 september 2014

Bevallingen in ziekenhuismilieu tijdens de periode 2008-2011 in België.

Versie IMA-website – met update data 2012 en reacties materniteiten op resultaten

Ann Ceuppens [ann.ceuppens@mloz.be](mailto:ann.ceuppens@mloz.be)

Tonio Di Zinno [tonio.dizinno@intermut.be](mailto:tonio.dizinno@intermut.be)

Joeri Guillaume [joeri.Guillaume@intermut.be](mailto:joeri.Guillaume@intermut.be)

Naïma Regueras [Naïma.Regueras@mc.be](mailto:Naïma.Regueras@mc.be)

**Inhoudstabel**

**Voorwoord : waarom een rapport 2008-2011 als er data 2012 beschikbaar zijn ?** 4

**Algemene context**  6

**1. Inleiding**  7

**2. Structuur van het rapport** 9

**3. Gebruikte data – methodologie voor de productie van de (anonieme) resultaatsbestanden**

10

**4. Resultaten** 12

4.1. Globale resultaten – volume per materniteit 2008-2011 12

4.2. Globale resultaten – Bruto aandeel keizersneden per materniteit 13

4.3. Evolutie van het bruto aandeel keizersneden 2008-2011 per instelling 16

**5. Detailresultaten voor 2011**  17

5.1. Kenmerken van de patiëntes en de verblijven per materniteit 17

5.2. Vergelijking van het aandeel keizersneden bij homogene patiëntengroepen 26

5.3. Mogelijke relatie tussen het aandeel keizersneden en het aantal gynaecologen actief in het ziekenhuis ? 30

**6. Aandeel keizersneden per instelling : evolutie over de periode 2008-2011 – Impact van de individuele verstrekker ?** 32

6.1. Aandeel keizersneden op het niveau van de individuele verstrekker 32

6.2. Case met positieve evolutie 34

6.3. Case met negatieve evolutie 36

6.4. Impact van een praktijkoverdracht 38

6.5. Conclusie 39

**7. Discussie** 40

**8. Algemene conclusies** 43

**9. Reacties van/contacten met instellingen**  44

9.1. Verspreiding van het rapport aan de instellingen 44

9.2. Synthese van de reacties per mail of telefoon 45

9.3. Contacten met de instellingen 48

9.4. Overleg met de Ontwikkelingsgroep Moeder&Kind van het VIP²-kwaliteitsindicatorenproject van de Vlaamse Gemeenschap 49

9.5. Besluit 50

**Bijlage I – Literatuuroverzicht impact electieve keizersnede op (toekomstige) gezondheid moeder en**

**Kind** 51

**Bijlage II – aanvullende analyses m.b.t. de kenmerken van de verstrekker** 55

**A1. Mogelijke relatie tussen het aantal verstrekkers actief binnen een materniteit en het geobserveerde aandeel keizersneden ?** 55

A1.1. Algemeen overzicht 55

A1.2. Detail per materniteit 56

**A2. Mogelijke relatie werkvolume verstrekker, zijn ervaring en werkorganisatie en het aandeel keizersneden ?** 57

A2.1. Impact van het volume verstrekkingen en de organisatie van de praktijk 57

A2.2. Impact van de ervaring van de verstrekker 61

**BIJLAGEN – tabellen (cf. excelbestanden)** 63

**Voorwoord : waarom een rapport 2008-2011 als er reeds data 2012 beschikbaar zijn ?**

Resultaten 2008-2011 voorstellen en terzelfdertijd aangeven dat een bijwerking 2012 beschikbaar is (cf. tabellen als bijlage), lijkt vreemd.

Dit valt te verklaren door het feit dat het IMA, vooraleer het rapport ter beschikking te stellen aan het grote publiek, de voornaamste betrokkenen – materniteiten en gynaecologen – heeft willen raadplegen. In het bijzonder wenste het IMA te weten hoe, in samenwerking met artsen en ziekenhuizen, het IMA op termijn nominatieve – pertinent en correct gekaderde - informatie, kan overmaken aan het grote publiek. Het dossier keizersneden leek hiervoor een goede testcase.

Deze wens tot voorafgaandelijk overleg aangaande dit onderwerp had twee redenen :

1. Het IMA is zich terdege bewust van de interpretatiebeperkingen vanuit klinisch oogpunt van de (financiële en administratieve) data die het ter beschikking heeft. Wat onverklaarbaar lijkt op basis van onze gegevens, kan misschien heel goed geargumenteerd worden indien men over de medische informatie in relatie tot die cijfers beschikt. Voorafgaand overleg vooraleer bepaalde conclusies aan die cijfers te koppelen is dus aangewezen.
2. De andere reden is juridisch van aard : de privacywetgeving verbiedt de nominatieve publicatie van ‘medische’ informatie aangaande een verstrekker natuurlijke persoon[[1]](#footnote-1). Het aandeel keizersneden per gynaecoloog valt hieronder. Hoe staan de verstrekkers tegenover een nominatieve publicatie?

Dit overleg, waarvan de contacten – elektronisch en face-to-face – beschreven worden in een afzonderlijk hoofdstuk, hebben aanleiding gegeven tot de volgende vaststellingen :

1. Vooreerst, hoger aandeel reacties uit het noorden van het land
2. Vervolgens, met één uitzondering[[2]](#footnote-2) waarvoor een logische verklaring is, hebben alle materniteiten de validiteit van de cijfers aangaande hun instelling bevestigd
3. Ze hebben tevens allemaal de nadruk gelegd op de interpretatiebeperkingen van deze financiële data, maar deze resultaten vormen desondanks een interessante en complementaire informatiebron aan reeds beschikbare datasets (voor intern beheer)
4. Tot slot werd een algemene heel gereserveerde houding aangenomen aangaande de vraag naar publicatie van individuele nominatieve resultaten. Verstrekkers zien weinig meerwaarde en wijzen op de mogelijke risico’s van dergelijke publicatie.

Naar aanleiding van deze algemeen heel positieve ervaring,

* Is het IMA versterkt in zijn voornemen om binnenkort de gegevens per materniteit (tijdsreeks 2006-2012 – met jaarlijkse bijwerking) ter beschikking te stellen van het grote publiek op zijn IMA-Atlas website
* Zal het IMA in overleg met de medische directies van de ziekenfondsen nagaan:
  1. In welke situaties een nominatieve publicatie een effectieve meerwaarde kan betekenen
  2. hoe zij deze nominatieve informatie ter beschikking van hun leden kunnen stellen.

**Algemene context**

In het kader van het project ‘Moeder-Kind’, wenst het Intermutualistisch Agentschap (IMA) het reëel zorgtraject tijdens zwangerschap, bevalling en postnatale periode te beschrijven, dit vanuit het oogpunt van de zorgen verstrekt aan de toekomstige/jonge moeder. Deze drie periodes worden afzonderlijk behandeld. Het geheel van de analyses steunt op de individuele en longitudinale administratieve dataset waarover het IMA beschikt. Dit luik ‘bevallingen’ vormt het vervolg op de studie *« Le suivi prénatal en Belgique en 2010 - Comparaison avec les résultats 2005 »* en heeft betrekking op de bevallingen uitgevoerd in ziekenhuismilieu in 2011.

De resultaten met betrekking tot de postnatale opvolging van de jonge moeder (data 2012) zullen in een laatste fase voorgelegd worden. Teneinde het verlies van alle actualiteitswaarde te vermijden, zullen de reeds afgewerkte luiken (prenatale zorgen (data 2010) en bevallingen (data 2011)) gepubliceerd worden voor de finale oplevering van het luik postnatale zorgen.

Op termijn en na integratie van de uit deze rapporten gedistilleerde indicatoren in het project IMA-Atlas, zullen de resultaten met betrekking tot de volledige periode (prenataal, bevalling, postnataal) voor elk prestatiejaar beschikbaar gesteld worden op de website IMA-Atlas (<http://atlas.ima-aim.be>).

**1. Inleiding**

Dit vervolgrapport heeft twee doelstellingen :

1. Een poging tot het vaststellen van het al dan niet bestaan van een relatie tussen het risicoprofiel van de toekomstige mama (risico gedefinieerd tijdens de prenatale periode) en het type bevalling (via vaginale weg of via keizersnede) door maximaal beroep te doen om de individuele longitudinale gegevens beschikbaar binnen het IMA.
2. Vervolgens de resultaten van dit exhaustief bestand 2008-2011 toetsen aan de conclusies van het IMA rapport van 2005 aangaande de geobserveerde keizersnederatio in 2002[[3]](#footnote-3), in het bijzonder de finale vaststelling : *« Il existe d’importantes variations géographiques du taux de césarienne.[…] Aucun facteur explicatif ne s’impose à l’évidence. L’explication la plus plausible ne se situe pas au niveau de la population mais bien au niveau des hôpitaux […]. Les raisons de cette pratique différente devraient être investiguées ultérieurement, par exemple par l’usage d’un audit et/ou de discussions entre pairs. »*[[4]](#footnote-4).

Hoewel we over de volledige dataset aangaande bevallingen voor de periode 2008-2011 beschikten, gekoppeld aan bepaalde medische antecedenten van de toekomstige moeders, zullen we onze analyse omwille van redenen van leesbaarheid concentreren op de resultaten vastgesteld in 2011. Indien nodig, zullen deze aangevuld worden met informatie inzake het volume aan activiteit per instelling en per verstrekker over de volledige periode.

Het IMA zal zich in dit rapport beperken tot een loutere beschrijving van de vastgestelde situatie. De observatie-eenheid wordt gevormd door de instelling waar de bevalling plaatsvond en niet langer de provincie van de woonplaats van de moeder (cf. rapport 2005 – data 2002). Qua verfijning, vormt dit een verbetering ten opzichte van het rapport 2005. De in dit rapport voorgestelde resultaten zullen evenwel aantonen dat om de spreiding van de geobserveerde ratio’s keizersneden tussen instellingen te verklaren, de instelling als observatie-eenheid eveneens aanzienlijke beperkingen oplegt op het vlak van interpretatie van de opgeleverde resultaten.

De verstrekker natuurlijke persoon als observatie-eenheid blijft een mogelijke piste, maar vanuit die invalshoek verplichten de beperkingen opgelegd door de privacywetgeving een verschillende aanpak.

De publicatie van de resultaten aangaande de ratio keizersneden per instelling en per verstrekker, streeft twee doelstellingen na :

1. Het aanreiken van een zo specifiek mogelijke informatie bestemd voor de verschillende actoren binnen de sector en dit binnen het beperkend regelgevend kader opgelegd door de privacywetgeving : op basis van de beschikbare administratieve datasets, wat is de stand van zaken binnen elke instelling ?
2. Een expliciete vraag tot samenwerking gericht aan de instellingen en verstrekkers : op basis van de gegevens binnen hun bereik, maar bij afwezigheid van klinische informatie, hebben de verzekeringsinstellingen en het IMA getracht de situatie maximaal te objectiveren. Een direct overleg tussen alle betrokken actoren op basis van concrete cijfers, afzakkend tot op het detailniveau van de individuele verstrekker, zal echter noodzakelijk zijn indien de sector effectief de beschikbare data binnen het IMA wenst te exploiteren met het oog op een evaluatie van de praktijk, evaluatie die uiteindelijk zou moeten leiden tot een verbetering van de kwaliteit van verstrekte zorgen. Het IMA vraagt aan de betrokken actoren of ze bereid zijn in alle sereniteit en objectiviteit dit debat aan te gaan.

Op termijn en na validatie, misschien zelfs aanvulling van deze resultaten door informatie aangeleverd door de betrokken verstrekkers, heeft het IMA de ambitie deze indicatoren per instelling te publiceren, dit vertrekkend van de in dit rapport beschreven methodologie en de daaruit voortspruitende resultaten. Deze indicatoren zullen op regelmatige basis bijgewerkt worden op de IMA-Atlas website, zodat niet alleen professionals binnen de sector, maar eveneens het grote publiek een stabiele en robuuste informatiebron ter beschikking krijgen.

Bovendien zullen de recente wijzigingen aangaande de EPS-wetgeving (Echantillon Permanent(e) Steekproef)[[5]](#footnote-5) het op termijn aan het IMA mogelijk maken om toegang te krijgen tot de MKG (Minimale Klinische Gegevens) van de sociaal verzekerden aanwezig binnen de EPS en op die manier haar administratieve data kunnen verrijken en confronteren met de klinische van de MKG. Op die manier wordt de mogelijkheid gegeven de geproduceerde resultaten ook te valideren vanuit klinisch oogpunt.

**2. Structuur van het rapport**

Het rapport geeft een overzicht van de vastgestelde ratio’s keizersneden per instelling over de periode 2008-2011. Deze ‘bruto’ gegevens – aandeel keizersneden voor het totaal aantal uitgevoerde bevallingen per materniteit – zullen vervolgens gekruist worden met het risicoprofiel van de toekomstige mama en de gegevens m.b.t. het profiel van de instellingen en/of verstrekkers. De resultaten zullen als volgt voorgesteld worden :

1. In functie van de persoonlijke kenmerken van de rechthebbende die al dan niet de zwangerschap als een risicozwangerschap definiëren, dit op basis van de criteria gedefinieerd in het KCE-rapport prenatale zorgen[[6]](#footnote-6). Het IMA heeft getracht deze criteria te benaderen op basis van haar administratieve data en de chronische geneesmiddelenconsumptie[[7]](#footnote-7).
2. In functie van de attestering van bepaalde prestaties de dag van de bevalling, die zouden kunnen wijzen op een medisch probleem gedurende de zwangerschap en/of tijdens de bevalling.
3. In functie van het profiel van de instellingen en/of de individuele verstrekkers[[8]](#footnote-8).

In het algemeen zal enkel de meest recente situatie (2011) weergegeven en becommentarieerd worden. Aangezien we voor bepaalde instellingen geen volledige tijdsreeks 2008-2011 teruggevonden hebben (fusies ziekenhuizen of samenvoegen facturering sites) in onze data, hebben we dan de gegevens samengevoegd bij de gefuseerde entiteit gekend op de meest recente datum (of bij de instelling bestaand in 2011 waarvan we kunnen uitgaan dat de ‘verdwenen’ entiteit een relatie mee heeft). De overzichtstabel van de gegroepeerde entiteiten (en de reden ervoor) wordt voorgesteld in bijlage 1. Op die wijze komen we voor de totale observatieperiode van 4 jaar tot 100 materniteiten die geanalyseerd konden worden.

Gezien het groot aantal materniteiten, zullen de tabellen in het rapport enkel de nationale resultaten weergeven, samen met die van de materniteiten met extreme resultaten. De globale tabellen met het volledige detail zijn terug te vinden in de bijlagen. Dit detail blijft steeds binnen de beperkingen opgelegd door de privacywetgeving.

De geïnteresseerde lezer zal bijgevolg het detail voor elke instelling kunnen terugvinden in de verschillende bijlagen. Met het oog op een recurrente productie van dit type informatie via het kanaal van de IMA-Atlas, is het IMA vragende partij voor een feedback aangaande die resultaten vanwege de betrokken actoren en aangaande de vorm van de presentatie ervan.

De confrontatie tussen deze door het IMA opgeleverde cijfers in dit rapport en de klinische informatie beschikbaar bij de verstrekkers zou immers de analyse en de interpretatie van de cijfers verrijken. Het IMA herhaalt bij deze haar voorstel om de data en informatie – maar ook de expertise – beschikbaar op verschillende niveaus bij de betrokken actoren samen te brengen, teneinde de meest relevante analyse te produceren, dit vanuit de algemene finaliteit van volksgezondheid, monitoring en verbetering van de zorgkwaliteit aangeboden binnen ons systeem van gezondheidszorg.

**3. Gebruikte data – methodologie voor de productie van de (anonieme) resultaatsbestanden**

De resultaten aangehaald in dit rapport steunen op de nationale gegevens aangaande de vrouwen die tussen 2008 en 2011 in ziekenhuismilieu bevallen zijn. Deze data werden **verzameld en geanalyseerd door het IMA en hebben betrekking op 117.074 bevallingen in 2008, 177.245 in 2009, 118.264 in 2010 en 117.855 in 2011, uitgevoerd in ziekenhuismilieu en gefactureerd aan de ziekenfondsen.** Deze bevallingen kunnen zowel door een gynaecoloog, vroedvrouw of huisarts uitgevoerd worden, hoewel de overgrote meerderheid door een gynaecoloog geattesteerd werd. Het onderscheid tussen een bevalling via vaginale weg en via keizersnede gebeurt in functie van de geattesteerde nomenclatuurcode op de dag van de bevalling. Voor elke bevalling wordt het nummer van de instelling waar de bevalling plaatsvond en het nummer van de verstrekker die de bevalling attesteerde, aangegeven. De individuele resultaten werden op deze twee niveaus geaggregeerd teneinde een beeld te krijgen van de variatie in de ratio keizersneden tussen instellingen, maar ook tussen verstrekkers binnen een zelfde instelling. Teneinde de garantie op het respect van de geldende privacywetgeving te vrijwaren, werden de RIZIV-nummers van deze verstrekkers gecodeerd.

De gegevens zijn afkomstig van de DB HOSP[[9]](#footnote-9) van het IMA die de ziekenhuisverblijven van rechthebbenden van de verplichte ziekteverzekering voor de jaren 2008, 2009, 2010 en 2011 verzamelt. De intermutualistische databank bevat immers de gedetailleerde informatie aangaande de zorgconsumptie van de leden van de 7 Belgische verzekeringsinstellingen, met uitzondering van de rechthebbenden van de internationale overeenkomsten. De personen die niet aangesloten zijn bij één van 7 verzekeringsinstellingen (illegalen, Europese ambtenaren, Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid (DOSZ), Dringende Medische Hulp (DMH), NAVO…) zijn dus niet aanwezig in de IMA-DB. In 2010 was iets minder van 1% van de Belgische bevolking (0,97%) niet aangesloten bij een ziekenfonds.

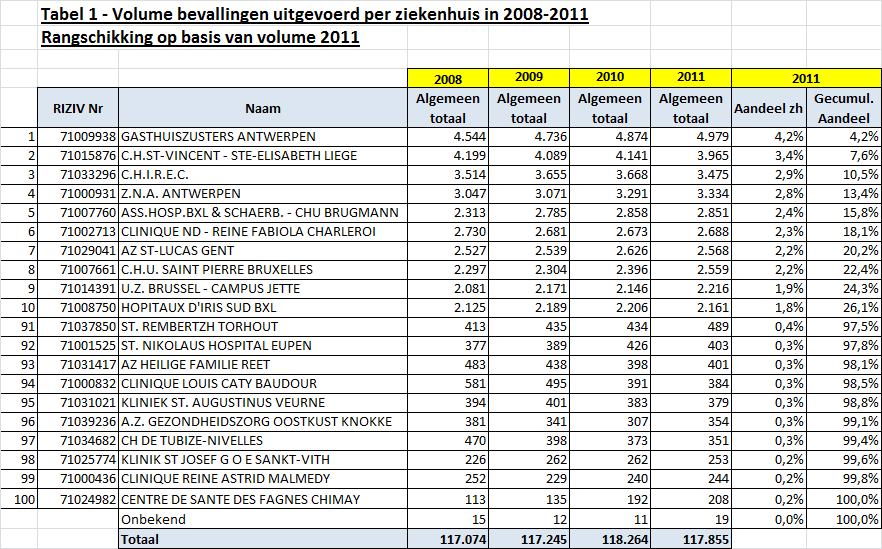
De vrouwen die thuis bevielen werden niet in de analyse opgenomen. Deze waren immers niet opgenomen in de DB “Hospitalisaties” (DB HOSPI) die voor deze studie gebruikt werd. In 2010 werden 525 thuisbevallingen vastgesteld in de DB IMA.

Het rapport geeft eveneens de resultaten weer van het aandeel keizersneden, zowel voor vrouwen die geen enkel risico tijdens de zwangerschap vertonen als voor vrouwen met verhoogd risico op complicaties tijdens de zwangerschap. Toekomstige moeders van minder dan 16 jaar of ouder dan 40, vrouwen afkomstig uit achtergestelde socio-economische klassen (rechthebbenden verhoogde tegemoetkoming) en dezen die gedurende de zwangerschapsperiode langdurig bepaalde geneesmiddelencategorieën voorgeschreven kregen, zouden een verhoogd risico op complicaties vertonen. De gehanteerde methodologie voor de identificatie van het risicoprofiel is dezelfde als deze gebruikt en uitgelegd voor het deel aangaande de prenatale opvolging[[10]](#footnote-10) .

In het voorliggend deel hebben we eveneens besloten rekening te houden met de attestering van de nomenclatuurcode 474526[[11]](#footnote-11) op de dag van de bevalling als indicator van een risicozwangerschap.

**4. Resultaten**

4.1. Globale resultaten – volume per materniteit 2008-2011



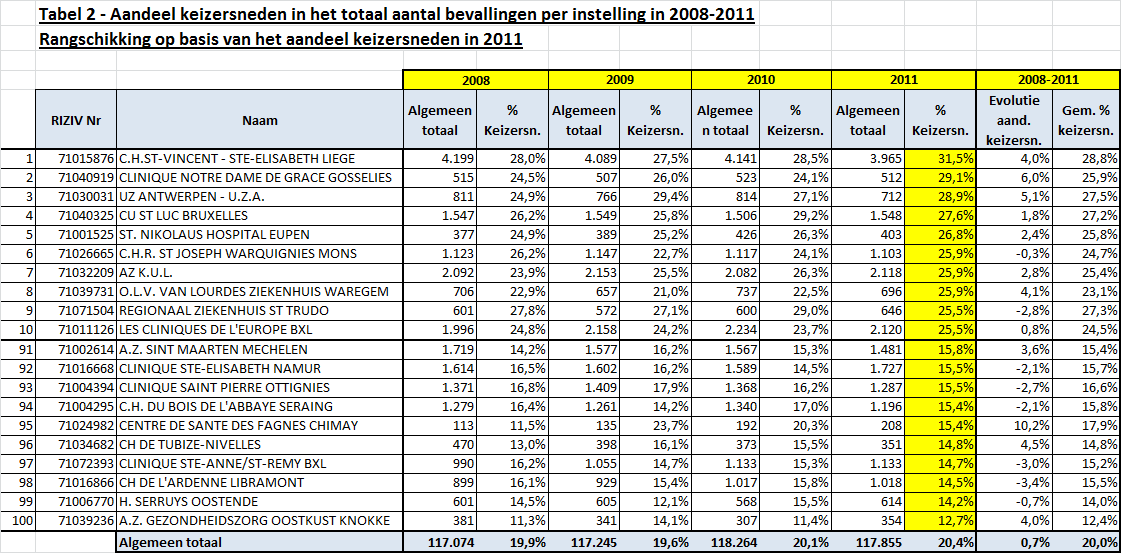
De globale resultaten vermeld in tabel 1 geven een overzicht van de activiteitsgraad van de verschillende materniteiten en de concentratie ervan in bepaalde. Volgende algemene vaststellingen kunnen gemaakt worden :

1. Inzake volume van bevallingen, zijn de 10 belangrijkste materniteiten goed voor 26,1% van de geboortes. Deze rangschikking op basis van volume blijft heel stabiel zowel bovenaan als onderaan de lijst. Hoewel alle bevallingen uitgevoerd in de 5 Brusselse ziekenhuizen aanwezig in de top-10 niet uitsluitend betrekking hebben op Brusselse moeders, bevestigen deze cijfers de demografische groei van de hoofdstad van de laatste jaren. Het aantal bevallingen in die 5 materniteiten stijgt van 12.330 bevallingen in 2008 naar 13.262 in 2011 (groei van 7,6%), terwijl hun aandeel in het totaal aantal bevallingen stijgt van 10,5% in 2008 naar 11,3% in 2011.
2. De 10 materniteiten met de zwakste activiteit vertegenwoordigen samen amper 2,5% van de bevallingen. Het volledig overzicht van bijlage 3 geeft bovendien aan dat de helft van de materniteiten minder dan een kwart van de bevallingen ten laste nemen : de vastgestelde spreiding in volume van de 100 materniteiten is dus veel omvangrijker dan de globale spreiding qua productie van (klassieke en one day) verblijven van de algemene ziekenhuizen**.**

Deze vaststellingen kunnen een element vormen in het debat aangaande de eventuele reorganisatie/concentratie van bepaalde ziekenhuisactiviteiten.

4.2. Globale resultaten – Bruto aandeel keizersneden per materniteit

Tabel 2 infra geeft het aandeel keizersneden weer voor de 4 observatiejaren, dit voor de 20 materniteiten bij wie de meest extreme waarden vastgesteld werden. De voorlaatste kolom geeft de relatieve groeicijfers weer van het aandeel keizersneden over die 4 jaar : door van 28% in 2008 naar 31,5% in 2011 te groeien, bedraagt de gemiddelde groei van het aandeel keizersneden in St-Vincent-Ste-Elisabeth Liège 4%. De laatste kolom geeft het gemiddeld aandeel keizersneden per instelling over die 4 jaar weer.



De rangschikking in tabel 2 gebeurt op basis van het vastgestelde aandeel keizersneden in 2011. Twee globale vaststellingen:

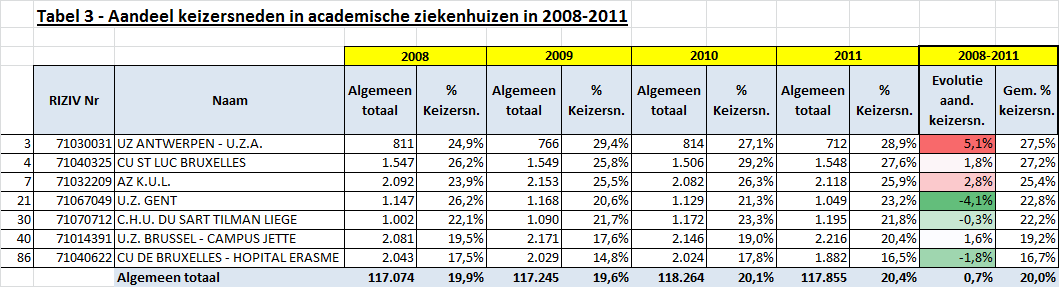
1. Het nationaal gemiddelde (20,4%) ligt meer dan 5% boven het maximaal[[12]](#footnote-12) aanvaard aandeel door de WHO[[13]](#footnote-13);
2. Er wordt een heel belangrijke spreiding tussen instellingen rond dit nationaal gemiddelde (+/- 20% in die 4 jaar) vastgesteld. Dit aandeel keizersneden gaat van 31,5% (meer dan 50% boven nationaal gemiddelde) naar 12,7% of 2/3 van het nationaal gemiddelde.[[14]](#footnote-14)

*Césariennes en proportion du total des naissances attendues[[15]](#footnote-15)*

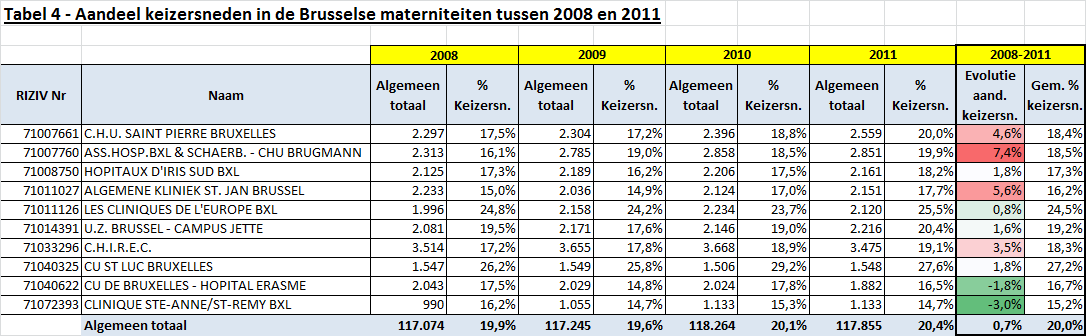
*À cause du risque que représente un recours abusif à la césarienne, cet indicateur est assorti à la fois d'un niveau minimum et d'un niveau maximum acceptables. Si le niveau minimum n'est pas atteint, c'est-à-dire si moins de 5 % des accouchements sont faits par césarienne, on pourra en conclure que les femmes qui auraient besoin d'une césarienne ne bénéficient pas de cette intervention. La priorité sera alors d'améliorer l'offre et l'exécution des césariennes faites à bon escient.*

*Si le niveau maximum de césariennes est dépassé, c'est-à-dire si plus de 15 % des accouchements se font par césarienne, on pourra en conclure que certaines césariennes sont faites inutilement. Il faudra alors encourager une surveillance au niveau local et dans les services pour empêcher l'exécution de césariennes inutiles.*

Welke elementen zouden dan een verklaring kunnen vormen voor een dergelijke spreiding van het aandeel keizersneden tussen materniteiten? Op basis van tabel 3, die het aandeel keizersneden binnen de academische ziekenhuizen weergeeft, lijkt het academisch karakter van de materniteit geen invloed te hebben op de resultaten.

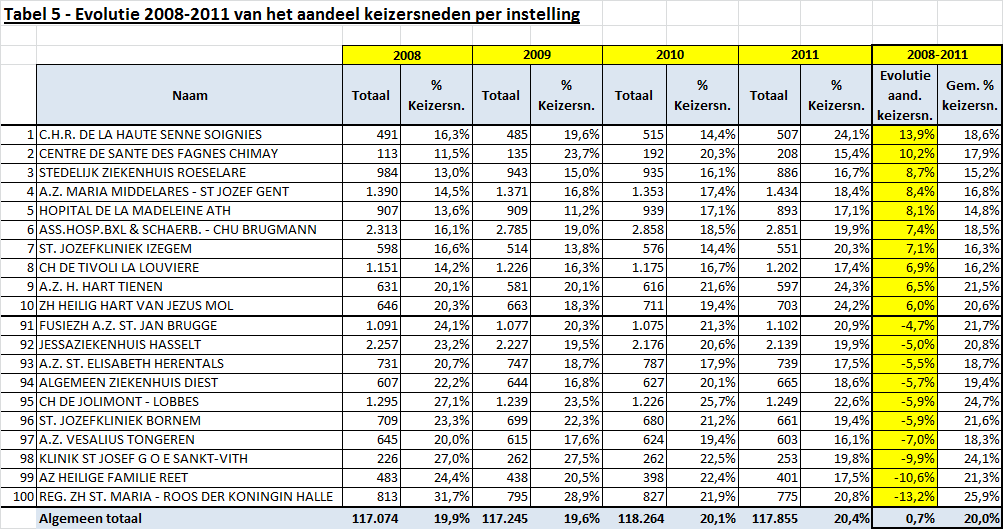


Het rapport van het IMA van 2005[[16]](#footnote-16), schuift de hypothese naar voren dat de resultaten geaggregeerd op regionaal niveau hoogstwaarschijnlijk de vastgestelde verschillen tussen instellingen « verdoezelen ». Tabel 4 bevestigt deze hypothese door een overzicht te geven van de situatie voor de Brusselse materniteiten.



Op basis van de informatie vervat in de tabellen 3 en 4, in combinatie met de kennis van de bestaande (in)formele netwerken tussen ULB/Iris enerzijds en die van UCL anderzijds, zou een mogelijke verklaring van de verschillen in keizersnederatio’s tussen materniteiten in Brussel kunnen gevonden worden in de Alma Marter waar de verstrekker zijn opleiding genoten heeft.

4.3. Evolutie van het bruto aandeel keizersneden 2008-2011 per instelling



Tabel 5 geeft een overzicht van de ziekenhuizen die tussen 2008 en 2011 de grootste variatie in hun aandeel keizersneden tussen 2008 en 2011 gekend hebben. Hoewel het een korte tijdsreeks betreft (4 jaar), zijn de evoluties per instelling veel volatieler dan de nationale evolutie, waarvoor een quasi stabiliteit rond de 20% vastgesteld wordt (in 2002[[17]](#footnote-17) bedroeg dit aandeel 18%).

**5. Detailresultaten voor 2011**

5.1. Kenmerken van de patiëntes en de verblijven per materniteit

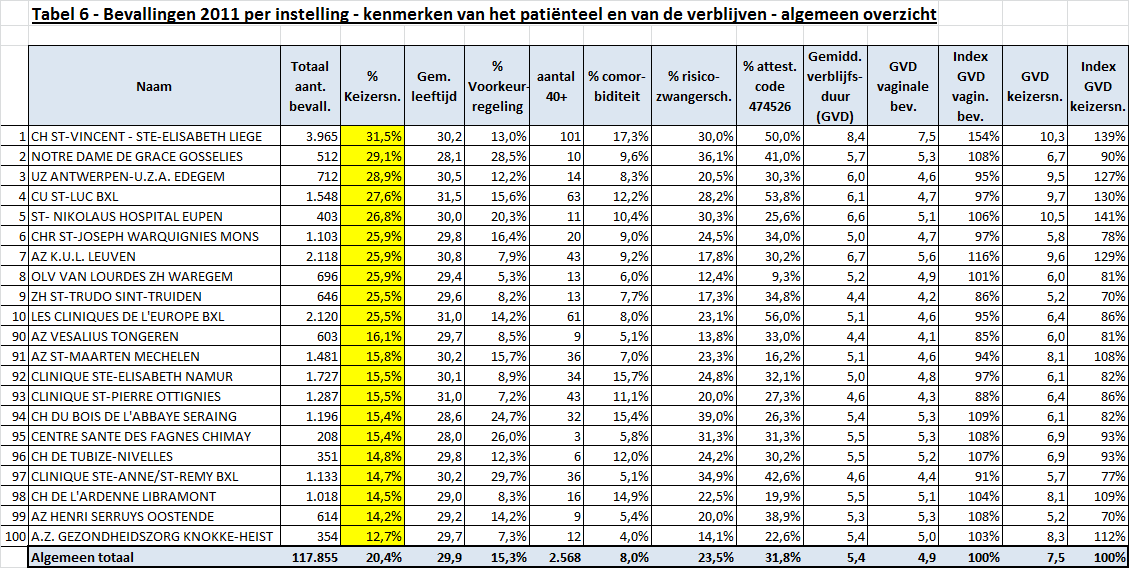
De hierboven voorgestelde resultaten geven duidelijk de belangrijke variantie in keizersnederatio’s tussen instellingen aan. In dit hoofdstuk zullen we trachten na te gaan of voor deze variantie een verklaring kan gevonden worden in de verschillen in socio-demografische kenmerken van het patiënteel per instelling. Dit zal in het bijzonder nagegaan worden op basis van de kenmerken van een risicozwangerschap, risicozwangerschap dat in dit rapport op twee verschillende manieren gedefinieerd wordt, met name een risicozwangerschap “ex ante” en een definitie “ex post”.

De definitie « ex ante » van de risicozwangerschap steunt op de huidige (of verlopen) individuele persoonsgegevens van de patiënte : leeftijd, recht op verhoogde tegemoetkoming en vastgestelde co-morbiditeit tijdens de zwangerschap[[18]](#footnote-18) (gedefinieerd op basis van de aflevering van bepaalde geneesmiddelencategorieën tijdens de zwangerschap). De “ex post” bepaling van de risicozwangerschap vindt plaats op het ogenblik van de bevalling zelf en wordt bepaald/gedefinieerd door de gynaecoloog door de attestering van de code 474526 *‘Effectieve aanwezigheid in de verloskamer aan het einde van de weeën en op het ogenblik van de uitdrijving en ten laste neming van de pasgeborene, in geval van risicozwangerschap, op voorschrift van de verloskundige, van een geneesheer voor kindergeneeskunde, per pasgeborene’*.

Vermits ze ‘geactiveerd’ wordt door een practicus, zou deze « ex post » definitie van risicozwangerschap – en eventueel frequenter aanleiding gevend tot een bevalling via keizersnede – enerzijds beschouwd kunnen worden als relevanter vanuit ‘medisch/pathologisch’ standpunt dan de « ex ante » bepaling van het begrip risicozwangerschap, slechts steunend op gegevens die niet rechtstreeks gelinkt zijn aan de zwangerschap, maar waarvan de criteria bepaald en gevalideerd werden door het KCE. Rekening houdend anderzijds met de positieve financiële impact voor de materniteit en/of de betrokken verstrekkers van de attestering van de code 474526, dient het element van mogelijke optimalisatie van de financiële middelen in het achterhoofd gehouden te worden bij de interpretatie van deze resultaten[[19]](#footnote-19). Mochten facturatiegegevens en klinische gegevens samen gebracht worden, spreekt het voor zich dat dit de interpretatie van deze resultaten structureel zou vergemakkelijken.

Naast de supra vermelde kenmerken gelinkt aan de patiënte of aan haar bevalling (leeftijd, statuut voorkeurregeling (RVT - Rechthebbende Verhoogde Tegemoetkoming) [[20]](#footnote-20), aantal patiëntes ouder dan 40 jaar, aandeel patiëntes met co-morbiditeit, aandeel risicozwangerschappen in het totaal van de uitgevoerde bevallingen, attestering van code 474526 – inschatting van een risicozwangerschap door de gynaecoloog), wordt eveneens de gemiddelde verblijfsduur – globaal en per type bevalling – weergegeven.

Tabel 6 hieronder – extractie van de exhaustieve tabel beschikbaar in bijlage 4[[21]](#footnote-21) - herneemt dus de resultaten 2011 van de 20 extreme materniteiten inzake bruto aandeel keizersneden, met de verschillende vernoemde kenmerken. De kolommen ‘Index GVD vagin. Bev.’ En ‘Index GVD keizersn.’ geven een idee van de variatie van de ligduur (GVD – Gemiddelde VerblijfsDuur) per instelling, al naargelang het bevallingen via vaginale weg of via keizersnede is.

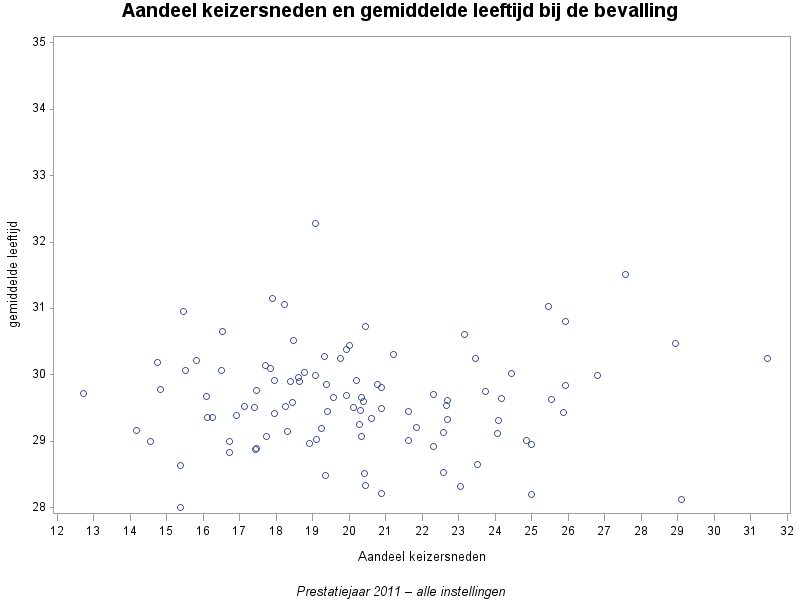


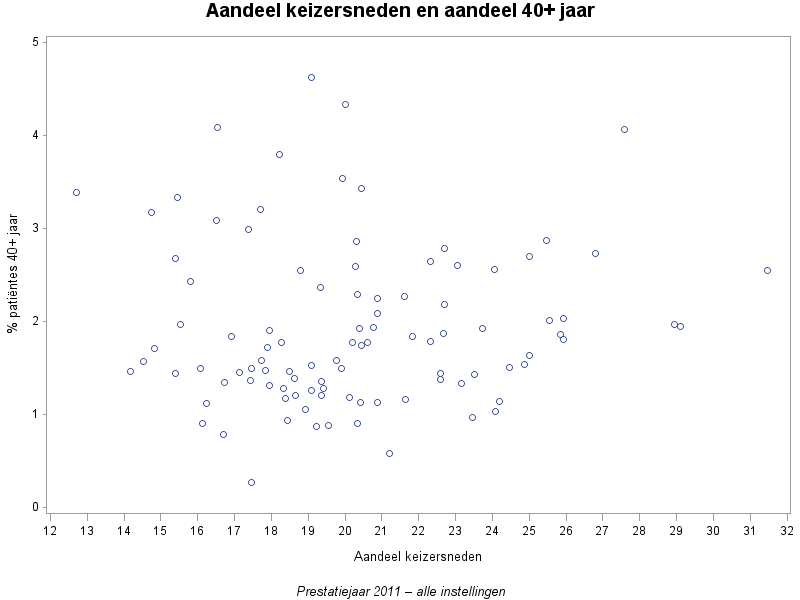
Eerste vaststelling : a priori lijkt er zich geen globale tendens te concretiseren die de variatie keizersneden tussen instellingen kan verklaren. Ten opzichte van het nationale gemiddelde en tussen instellingen stelt men, met uitzondering van de gemiddelde leeftijd, grote variaties tussen instellingen vast voor de andere persoonsgebonden indicatoren.

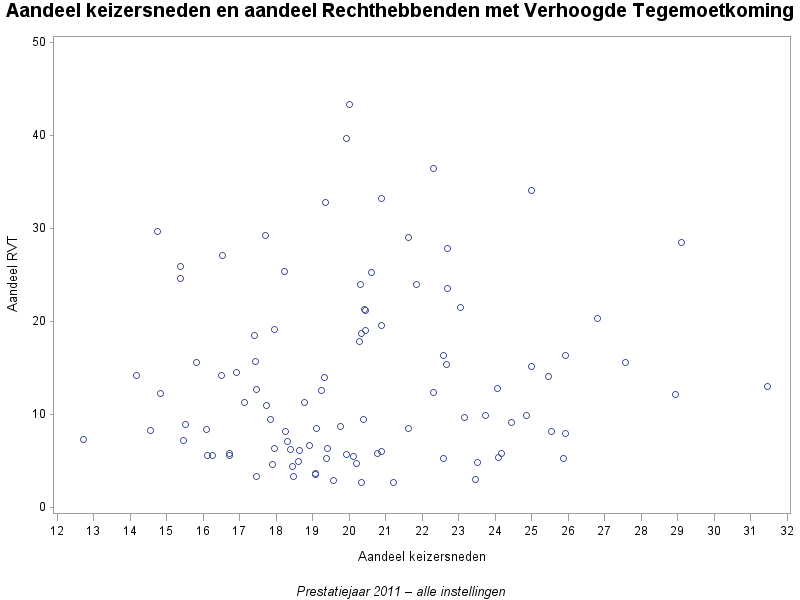
Voor elke instelling met een hoog/laag aandeel patiëntes met een specifiek persoonlijk kenmerk, gelinkt aan een hoog/laag aandeel keizersneden, vindt men een instelling met een gelijkaardig profiel persoonlijk kenmerk, maar met een aandeel keizersneden in de andere richting:

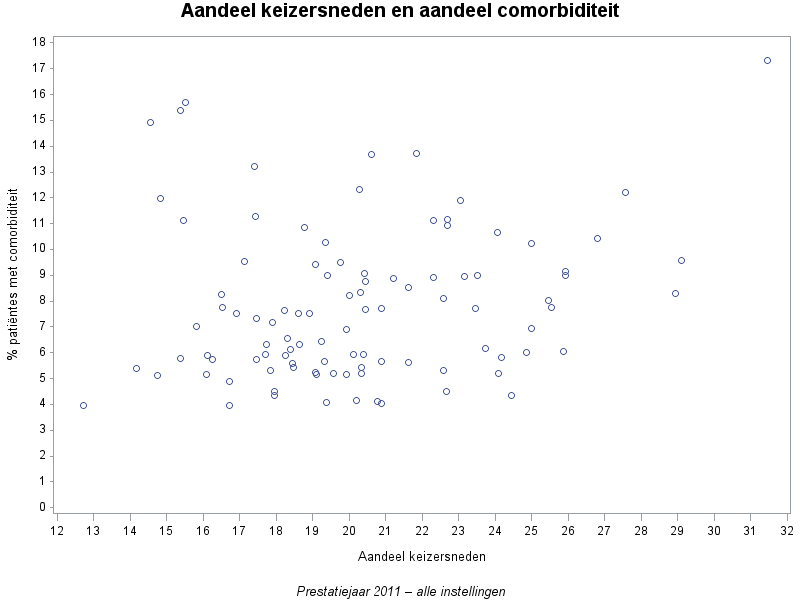
* Hoge gemiddelde leeftijd : St-Luc (27,6% keizersneden) en Cliniques de l’Europe (25,5%) vs. St-Pierre Ottignies (15,5%)
* Hoog % RVT : Notre Dame de Grâce Gosselies (29,1% keizersneden) en Eupen (26,8%) vs Bois de l’Abbaye Seraing (15,4%), Chimay (15,4%) en Ste-Anne/St-Remi Bxl (14,7%)
* Hoog % co-morbiditeit : St-Vincent Ste-Elisabeth Liège vs Ste-Elisabeth Namur et Libramont
* Hoog globaal % risicozwangerschappen : Gosselies (29,1% keizersneden) vs. Bois de l’Abbaye (15,4%).
* Attestering code 474526 : sterker bovenaan de rangschikking, maar Waregem (9,3% attestering) attesteert heel weinig.

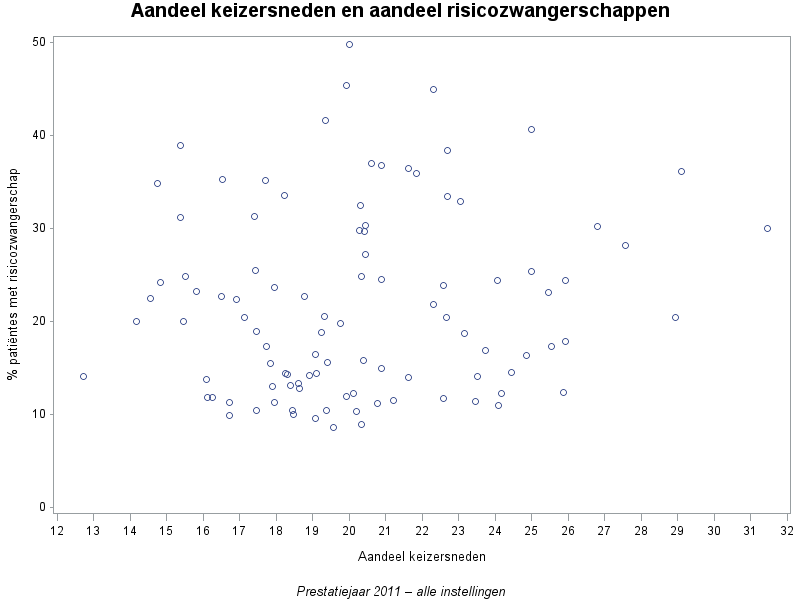
Onderstaande grafieken geven een beeld van het ontbreken van relatie tussen deze kenmerken en de vastgestelde ratio’s keizersnede per instelling.

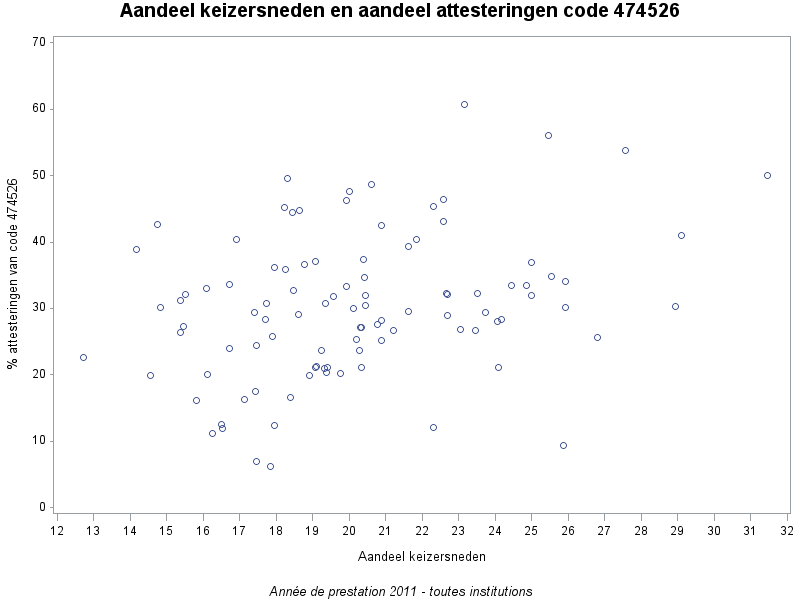




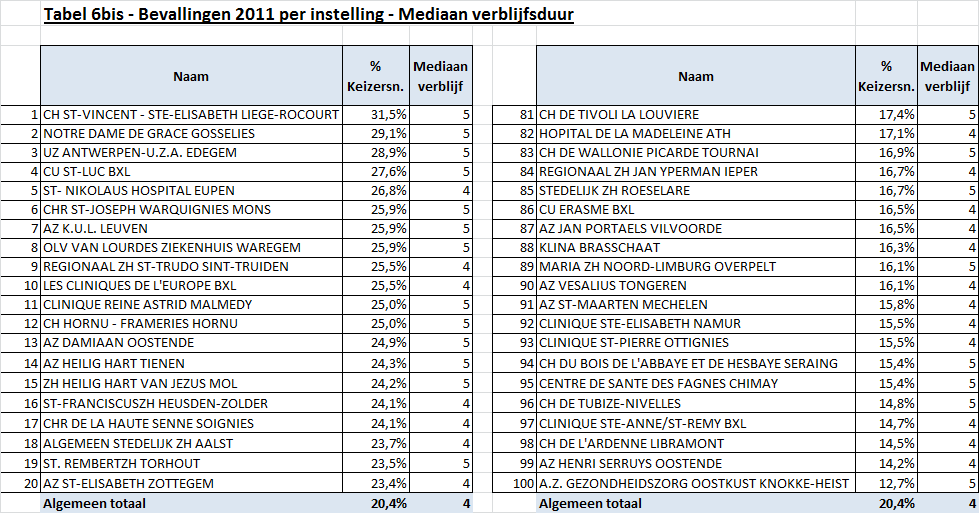








Anderzijds vermeldt tabel 6 ook resultaten aangaande de gemiddelde verblijfsduur per instelling en per type bevalling. Zo blijven de patiëntes voor een bevalling via vaginale weg gemiddeld 4,9 dagen in het ziekenhuis, tegen 7,5 dagen voor een bevalling via keizersnede (alle bevallingen samen geeft een gemiddelde van 5,4 dagen). Ook hier kunnen belangrijke variaties tussen instellingen aangehaald worden. Met een gemiddeld verblijf van 7,5 dagen voor een vaginale bevalling bevindt St-Vincent Ste-Elisabeth Liège zich 54% boven het nationale gemiddelde. Met 10,3 dagen voor bevallingen via keizersneden, zit diezelfde instelling 39% erboven. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat het algemeen gemiddelde ver boven het nationaal gemiddelde zit (8,4 dagen tegen 5,4 dagen voor alle bevallingen in België). Bijlage 4 herneemt eveneens de cijfers aangaande de mediaanwaarde van het verblijf (alle bevallingen samen). Op dat niveau ziet men een veel homogener beeld : alle instellingen bevinden zich op 4 of 5 dagen. De Clinique du Sud Luxembourg te Aarlen is de enige instelling met een mediaanwaarde van 3 dagen. Heeft de geografische lokalisatie van de materniteit in het verre zuid-oosten van het Rijk een invloed op dit resultaat ?

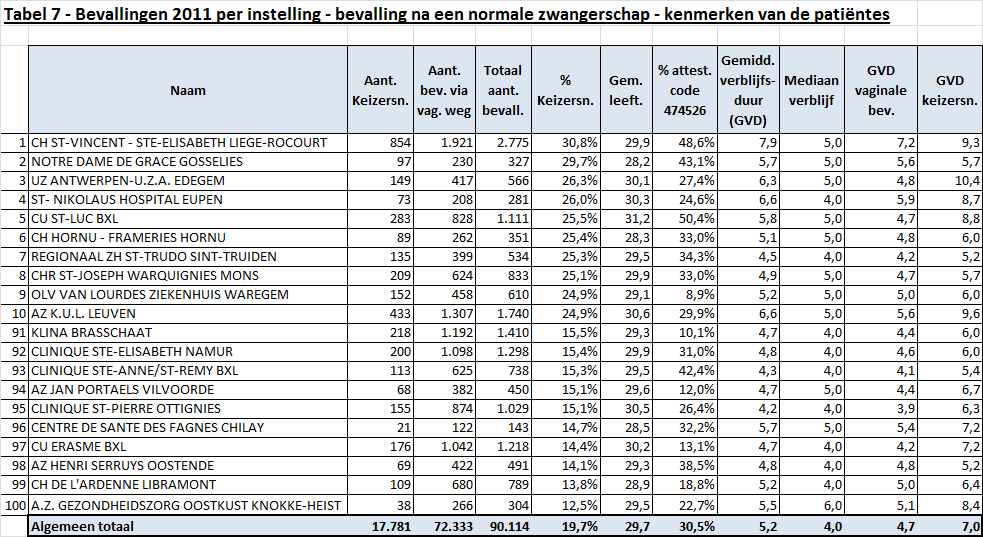


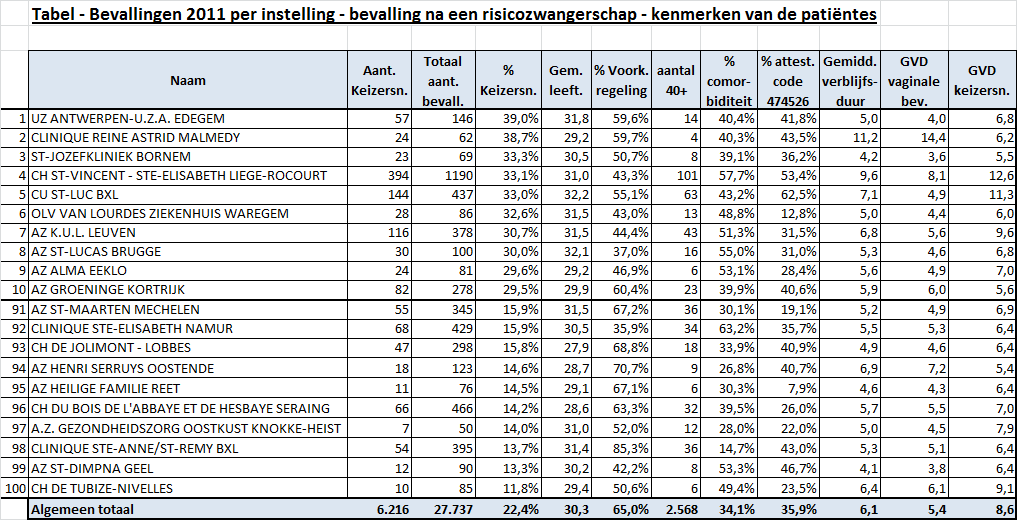
5.2. Vergelijking van het aandeel keizersneden bij homogene patiëntengroepen

In de vorige sectie hebben we het globaal aandeel keizersneden per instelling bekeken, met name het het totaal aantal keizersneden in verhouding tot het totaal aantal bevallingen per materniteit. Vervolgens hebben we gepoogd de vastgestelde variaties te verklaren door ze in relatie te brengen met de kenmerken van het patiënteel van elke instelling, zonder dat hieruit een éénduidige conclusie getrokken kon worden.

Hier zijn we een stap verder gegaan en hebben we het aandeel keizersneden berekend voor twee homogene(re) groepen patiëntes binnen elke instelling. De tabellen 7 en 8 geven respectievelijk het aandeel keizersneden per materniteit voor enerzijds de vrouwen die een normale zwangerschap doorlopen hebben (tabel 7) en anderzijds voor degenen met een risicozwangerschap, steunend op de definitie “ex ante” (tabel 8). Tabel 9 vergelijkt de resultaten tussen deze twee groepen patiëntes.

Hier wordt de volgende logica gevolgd : als de variatie van het aandeel keizersneden tussen instellingen hoofdzakelijk te wijten is aan de individuele kenmerken van het opgenomen patiënteel, zal het maximaal homogeen maken van de vergelijkingsbasis, steunend op (pseudo-)klinische/epidemiologische kenmerken normaal gezien moeten leiden tot een homogenisering van het aandeel keizersneden per instelling.

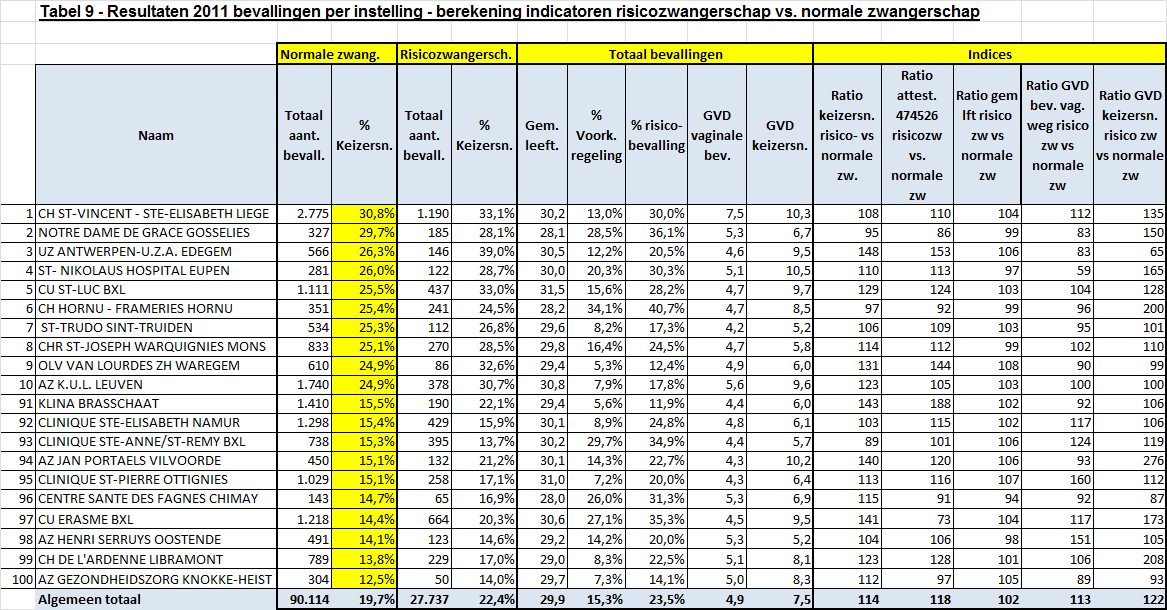




Vijf materniteiten binnen de top-10 van tabel 7 (normale zwangerschappen) komen terug in tabel 8 (risicozwangerschapppen): St-Vincent Ste-Elisabeth Liège, UZ Antwerpen, KUL, CU St-Luc et Waregem. Aan het andere uiteinde, vindt men Erasme op de 97de plaats voor de ‘normale’ zwangerschappen. Deze vaststellingen gaan in dezelfde zin als deze aangehaald bij de tabellen 3 en 4 supra.

Er dient ook vastgesteld te worden dat globaal gezien de facturering van de code 474526 niet fundamenteel verschilt in functie van het type zwangerschap, of het nu een normale (30,5%) of riscozwangerschap (35,9%) betreft. De scatterplot pagina 21 lijkt wel een lichte correlatie aan te geven tussen attestering van de code en aandeel keizersneden (alle bevallingen). Ziekenhuizen die vaker dan gemiddeld deze code attesteren doen het blijkbaar systematisch – ongeacht of het risico- of normale zwangerschappen betreft, met of zonder hoog aandeel keizersneden. Sint-Vincent Liège, CU Saint-Luc, Saint-Anne/Saint-Remy Bxl, Henri Serruys Oostende vormen hier voorbeelden van.

Weerspiegelt het attesteren van de code 474526 het risicoprofiel van de patiënte of vormt het een onderdeel van het factureringsbeleid van het ziekenhuis/de verstrekker ? Is het een ingebouwd veiligheidselement in het kader van eventuele juridische procedures ? Houdt het verband met clausules binnen de beroepsverzekeringen ? Vermits het IMA niet over klinische data beschikt, is het IMA niet in staat een éénduidig antwoord hierop te geven. Vandaar de noodzaak tot overleg met alle betrokken actoren, voor zover deze natuurlijk bereid zijn hun gegevens op tafel te leggen voor de discussie.



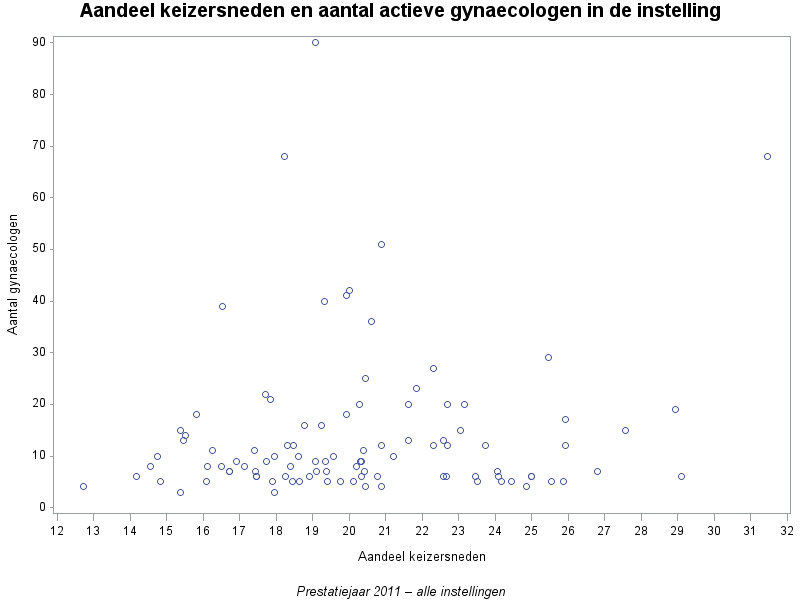
Tabel 9 lijkt te bevestigen dat op zijn minst de materniteit, zo niet de individuele verstrekker, de hoofdrol speelt bij de keuze van het type bevalling. In het algemeen vertonen alle materniteiten een keizersnederatio die +/- 15% hoger ligt bij de risicozwangerschappen. De academische ziekenhuizen hebben een meer uitgesproken profiel, zowel naar boven en naar beneden toe, met duidelijk meer keizersneden bij bevallingen volgend op een risicozwangerschap, wat het in theorie zwaarder risicoprofiel van academische ziekenhuizen zou kunnen weerspiegelen.

Ondanks deze poging tot homogenisering, stellen we vast dat het aandeel keizersneden nog altijd een sterke variatie tussen materniteiten kent. Voor de groep “normale zwangerschap”, schommelt het aandeel keizersneden van 12,5% tot 30,8%. In de groep “risicozwangerschap” is de variatie nog groter, vermits het aandeel keizersneden tussen 11,8% en 39% ligt in 2011[[22]](#footnote-22). De geformuleerde conclusie in het rapport 2005 dat het aandeel keizersneden per provincie vergeleek, lijkt overgezet te kunnen worden als de vergelijkingsbasis de instelling is, met name dat het behandelde patiënteel weinig tot geen invloed heeft op het geobserveerde aandeel keizersneden per instelling.

De resultaten van tabel 9 – relatieve homogeniteit tussen de resultaten van normale en risicozwangerschap per materniteit – en het plus minus gelijkaardig vastgestelde ‘klassement ‘ in de tabellen 7 en 8 lijken eveneens de conclusies te oriënteren naar de piste van afwezigheid van impact van het patiënteel.

5.3. Mogelijke relatie tussen het aandeel keizersneden en het aantal gynaecologen actief in het ziekenhuis ?

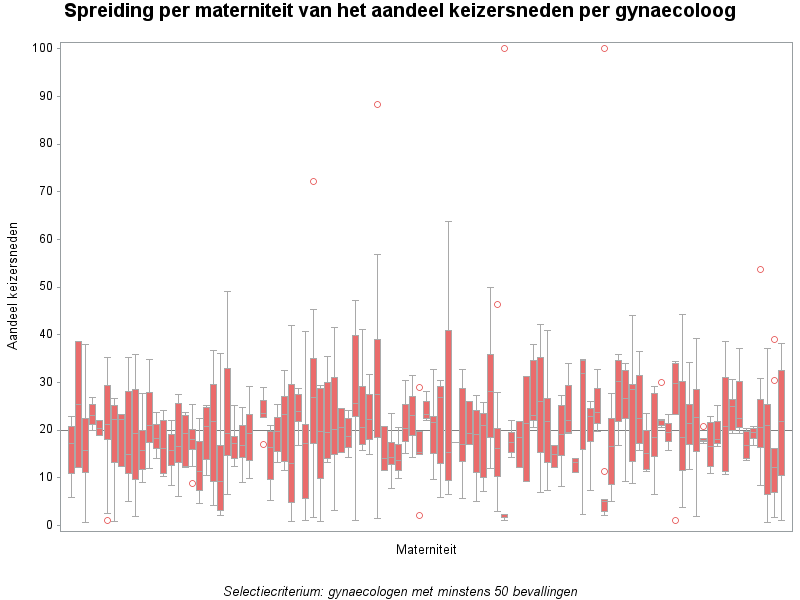
De vorige secties hebben aangetoond dat er a priori geen significante link bestaat tussen het vastgesteld aandeel keizersneden per instelling en de kenmerken van de opgenomen patiëntes. Hier hebben we willen nagaan of er een eventuele relatie bestaat tussen het aandeel keizersneden en de kenmerken van de materniteit zelf. Op basis van de grafiek hieronder lijkt er alvast geen aanwezigheid van relatie tussen het aantal gynaecologen actief in een materniteit en het er vastgestelde aandeel keizersneden.



Vertrekkend van die vaststelling, zullen we trachten na te gaan of er verklarende elementen terug te vinden zijn op basis van de (niet identificeerbare) verstrekker natuurlijke persoon.

**6. Aandeel keizersneden per instelling : evolutie over de periode 2008-2011 – Impact van de individuele verstrekker ?**

6.1. Aandeel keizersneden op het niveau van de individuele verstrekker



In de bovenstaande tabel, vertegenwoordigt iedere balk de variatie van het aandeel keizersneden binnen elk ziekenhuis[[23]](#footnote-23). Deze grafiek toont duidelijk aan waarom analyses inzake ratio keizersneden met de materniteit als observatie-eenheid niet echt leidt tot duidelijke en éénduidige conclusies. De variatie van die ratio tussen verstrekkers van een zelfde instelling is immers nog omvangrijker dan die tussen instellingen. Deze vaststelling rechtvaardigt de noodzaak om het analyseniveau nog te verlagen en tot op het detail van de individuele verstrekker af te zakken.

Op dit detailniveau wordt men echter geconfronteerd met de wettelijke beperkingen opgelegd door de privacywetgeving, die ons beletten om effectieve informatie voor het grote publiek te publiceren.

**Quid impact privacywetgeving ?**

Los van het feit dat het IMA enkel over administratieve en financiële gegevens beschikt, zal elke gedetailleerde analyse op het niveau van de instelling, met de praktijk van de individuele verstrekker als observatie-eenheid, geconfronteerd worden met de wettelijke modaliteiten van de privacywetgeving, die niet alleen de privacybescherming van de patiënt en zijn/haar identiteit tot doel hebben – wat de logica zelve vormt – maar die eveneens van toepassing zijn op de verstrekker natuurlijke persoon.

De in dit rapport door het IMA nagestreefde doelstelling bestaat erin een analyse uit te voeren met het oog op de evaluatie vanuit het oogpunt van volksgezondheid en doelmatigheid van besteding van openbare middelen, door de Overheid ter beschikking gesteld aan de verstrekkers. Gezien het publiek karakter van deze doelstelling – die binnen de wettelijke opdrachten van de verzekeringsinstellingen[[24]](#footnote-24) valt en waarvoor het IMA als onderaannemer optreedt – lijkt het logisch dat de resultaten van die analyse, die vanuit het oogpunt van de betrokken patiënten geanonimiseerd worden, maar niet vanuit dat van de individuele verstrekker, ook nominatief zouden moeten zijn voor wat betreft de verstrekker. De resultaten van deze analyse hebben immers geen relatie met de privacy van de betrokken verstrekkers, enkel met de manier waarop zij opereren binnen een gezondheidszorgsysteem, hoofdzakelijk gefinancierd door openbare middelen.

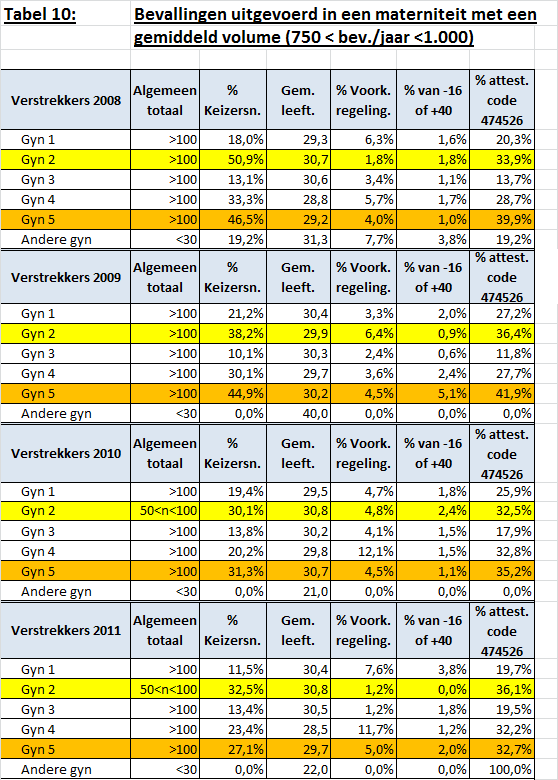
De uitbreiding van de bescherming van de privacywetgeving naar de verstrekker natuurlijke persoon toe – niet relevant in deze volgens ons – leidt tot een significante daling van de kwaliteit van de beheersinformatie die potentieel (rechtstreeks) ter beschikking gesteld zou kunnen worden aan de andere actoren binnen de sector. Dit gegeven maakt het hen niet mogelijk het volledige gamma aan informatie en duiding aan de eindgebruiksters van die openbare dienst (de toekomstige mama’s) over te maken, noch de noodzakelijke nuanceringen en beperkingen van interpretatie van die informatie die eraan verbonden is, mee te geven aan hen.

Vanuit ‘technisch’ oogpunt, zou dit probleem van productie van relevante publiek toegankelijke informatie opgelost kunnen worden indien dit type informatie – informatie aangaande de medische ‘productie’ van een individuele verstrekker en de eraan verbonden financiële gevolgen, zowel voor de ziekteverzekering als voor de patiënt – gecatalogeerd zou worden als vallende onder de definitie van artikel 20, 1° van het KB van 13/2/2001 ter uitvoering van de privacywetgeving van 8/12/1992 en dus beschouwd zou worden **als in nauw verband staan(d) met het publiek karakter van betrokkene of van de feiten waarbij deze laatste betrokken is** en dus niet meer zoals momenteel door doctrine en rechtsspraak als vallend onder artikel 19[[25]](#footnote-25). Het is dit debat dat de VI en het IMA een overleg willen opstarten met de betrokken actoren.

6.2. Case van positieve evolutie

In tegenstelling tot vorig hoofdstuk, waar het onmogelijk leek een relatie te ontdekken tussen de persoonlijke kenmerken van de patiëntes en de vastgestelde ratio’s keizersneden in de materniteiten waar ze bevielen, geeft tabel 10 hieronder duidelijk aan dat het veel gemakkelijker is verklarende factoren te ontdekken als men afzakt tot op het niveau van de individuele verstrekker. In het hieronder hernomen voorbeeld, stelt men vast dat voor de 5 verstrekkers die continu actief waren tussen 2008 en 2011 in deze materniteit, 2 onder hen hun aandeel keizersneden continu hebben zien dalen van +/- 50% in 2008 naar +/- 30% in 2011, zonder dat er fundamentele wijzigingen optraden op het niveau van de persoonlijke kenmerken van de patiëntes die ze behandelden. Aangezien deze twee gynaecologen in de jaren van de geobserveerde periode tussen de 32% à 38% van de bevallingen vertegenwoordigden, verklaart dit de daling van het aandeel keizersneden binnen deze instelling tijdens de observatieperiode. (Gyn 4 vermindert trouwens ook in stappen, eerst tussen 2008-2009 (+/-.30%), daarna 2010-2011 (+/- 20%) ).

De reden waarom die verstrekkers hun praktijk schijnbaar zo fundamenteel aangepast hebben, zal daarentegen pas verklaard kunnen worden na rechtstreeks overleg met die actoren.



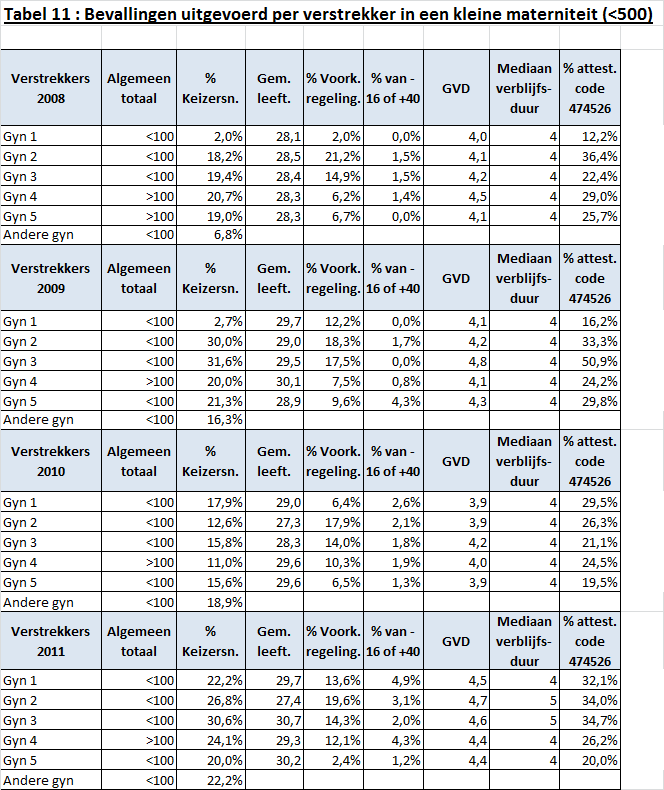
6.3. Case met negatieve evolutie

Net zoals de hierboven aangehaalde positieve evolutie, kunnen voor onderstaand voorbeeld de vastgestelde fluctuaties van het aandeel keizersneden van de instelling teruggebracht worden tot individuele ‘jojo’ effecten van bepaalde verstrekkers.

Tabel 11 infra herneemt het detail van 5 verstrekkers die in de periode 2008-2011 continu actief waren in deze materniteit. Ook de geglobaliseerde resultaten van de andere verstrekkers die niet continu actief waren, worden ook hernomen.

Dit jojo effect speelt blijkbaar over de hele – korte weliswaar – periode voor Gyn 2 en 3. Gyn 1 heeft een heel laag aandeel keizersneden in 2008 en 2009 (2%-3%) en vermenigvuldigt dit aandeel met 10 vanaf 2010. Het jojo effect voor Gyn 4 begint in 2009, maar met een veel mindere omvang dan wat bij Gyn 2 en 3 vastgesteld werd. Tot slot houdt Gyn 5 een quasi constant niveau over de ganse periode, maar ziet hij zijn volume bevallingen dalen.

Opnieuw, behoudens eventueel het belangrijk aandeel attesteringen van de code 474526 in 2009 bij gynaecoloog nummer 3, lijkt het onmogelijk die individuele variatie op basis van het behandeld patiënteel over de betrokken periode bij de respectievelijke verstrekkers uit te leggen.



6.4. Impact van een praktijkoverdracht

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabel 12 : Transitie van een zorgteam - 2008-2011 - kleine materniteit (bev. <500)** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Jaar** | **% Keizersn.** | **Gem. leeft.** | **% Voork. regeling.** | **% van -16 of +40** | **GVD** | **Mediaan verblijfs-duur** | **% attest. code 474526** |  |
| 2008 | 11,5% | 27,2 | 23,0% | 1,8% | 5,2 | 5 | 19,5% |  |
| 2009 | 23,7% | 27,2 | 24,4% | 2,2% | 5,3 | 5 | 34,8% |  |
| 2010 | 20,3% | 28,1 | 28,1% | 4,2% | 6,7 | 5 | 29,2% |  |
| 2011 | 15,4% | 28,0 | 26,0% | 1,9% | 5,5 | 5 | 31,3% |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **GVD vaginale bev.** | **GVD keizersn.** |  |
|  |  |  |  |  | 2010 | 4,9 | 14,0 |  |
|  |  |  |  |  | 2011 | 5,3 | 6,9 |  |

De evolutie van het aandeel keizersneden 2008-2011 is interessant omdat de detailgegevens aantonen dat het ziekenhuis een belangrijke wijziging gekend heeft binnen de equipe, wat een rechtstreeks impact heeft op het vastgestelde aandeel keizersneden (en ook op de frequentie attestering code 474526), hoewel opnieuw het profiel van het patiënteel niet wijzigt over die periode.

Over de betrokken periode maken twee verstrekkers continu deel uit van de equipe. Over de hele periode waren 6 gynaecologen actief in de materniteit, met een maximum van 4 gynaecologen per prestatiejaar. Voor de twee verstrekkers met een continue praktijk, stellen we de volgende evolutie vast :

* Verstrekker A is van meer dan 100 bevallingen in 2008 (waarmee hij een heel belangrijk deel van de activiteit vertegenwoordigde voor die materniteit[[26]](#footnote-26)) naar minder dan 50 teruggevallen in 2011, met een gemiddeld percentage keizersneden van 8,2%
* Verstrekker B gaat van 2 bevallingen in 2008 naar meer dan 100 in 2011 (vertegenwoordigt quasi 2/3 van de bevallingen in 2011), met een percentage keizersneden van 20,6%

Indien deze activiteitsoverdracht zich in de toekomst bevestigt, zal dit zonder twijfel, na volledig beëindigen van de praktijk van verstrekker A, leiden tot een hoger globaal aandeel keizersneden voor die materniteit.

6.5. Conclusie

Op basis van de aangehaalde voorbeelden, gemakkelijk te interpreteren vermits het telkenmale materniteiten met een klein of middelmatig volume betreft, is het gerechtvaardigd te stellen dat het aandeel keizersneden – en zijn evolutie over de jaren heen – vastgesteld in een materniteit slechts een heel ruwe ‘proxy’ vertegenwoordigt van de verschillende individuele praktijken binnen die materniteit. Zolang het wettelijk onmogelijk blijkt en blijft het debat hierover nominatief aan te vatten – in het bijzonder de vraag te kunnen stellen waarom verstrekker A met een gelijkaardige praktijk en patiënteel aan dit van verstrekker B zo’n verschillend aandeel aan keizersneden vertoont – vraagt het IMA aan de betrokken actoren om samen te komen teneinde de bestaande informatie aan te vullen en te verrijken, teneinde de kwaliteit van de praktijk te verbeteren en de eindbestemmelingen van deze openbare dienst zo goed, genuanceerd en geduid mogelijk te informeren.

De uiteindelijke ambitie bestaat erin dat, na samenbrengen van alle beschikbare informatie die, laten we hopen, zou kunnen leiden tot een consensus over de interpretatie van de resultaten per verstrekker natuurlijke persoon, het de individuele verstrekkers zelf zouden zijn die deze informatie en de interpretatie ervan ter beschikking van hun patiëntes zouden stellen.

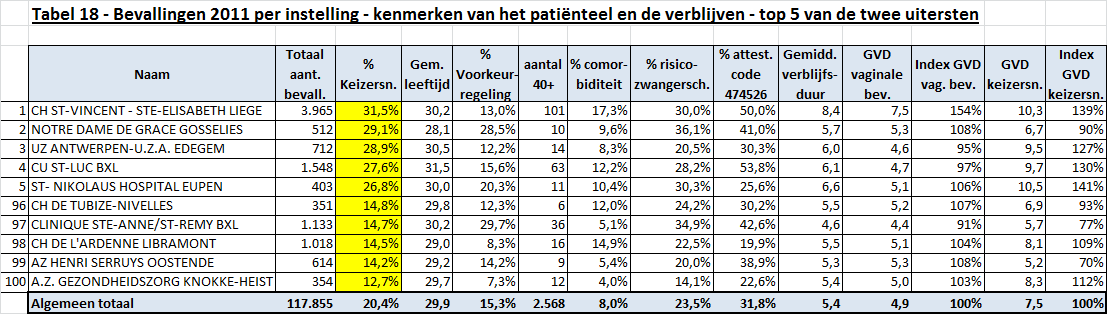
**7. Discussie**

1. In dit rapport hebben we getracht maximaal het potentieel van de IMA-data die we ter beschikking hadden te exploiteren, met name het
   1. Individueel,
   2. Exhaustief en
   3. Longitudinaal[[27]](#footnote-27)

karakter ervan. De uitgevoerde analyses hebben evenwel niet toegelaten om op basis van de persoonlijke kenmerken van de (toekomstige) moeders, noch op de kenmerken van de materniteit waar de bevalling plaatsvond een antwoord te vinden op de vraag : waarom stelt men zulke grote verschillen inzake keizersnederatio’s tussen instellingen vast?

Op basis van het laatste element waarover op basis van onze data beschikten, met name het activiteitsvolume per verstrekker (over een periode van vier jaar) en de plaats(en) van activiteit, hebben we gepoogd een laatste verklarende piste te vinden. De cijfers en resultaten die hierop betrekking hebben, leiden echter niet tot een duidelijke mogelijke verklaring. Om die reden werd dit hoofdstuk in de bijlage opgenomen. De gedetailleerde resultaten van deze analyse zijn eveneens beschikbaar in de tabellen en bestanden in bijlage.

De verschillen in keizersnederatio’s per materniteit tussen de extreme waarden blijven heel groot, synthetisch geïllustreerd door tabel 18. De enige mogelijke verklaring die blijkbaar bevestigd wordt in de concrete voorbeelden voorgelegd in hoofdstuk 6, ligt in het individueel profiel van de arts.



De beperkingen opgelegd door de privacywetgeving met betrekking tot de nominatieve publicatie van resultaten per verstrekker-natuurlijke persoon lijken op het eerste zicht een hindernis op het vlak van transparantie (zeker rekening houdend met het opvallend karakter van een aantal resultaten). Achteraf bekeken verplicht dit regelgevend kader tot een zekere reflectietijd en laat dit overleg en dialoog toe met de betrokken actoren, overleg en dialoog die op termijn toelaat de productie van een veel genuanceerder boodschap te produceren, boodschap die dan waarschijnlijk veel beter overeenstemt met de realiteit.

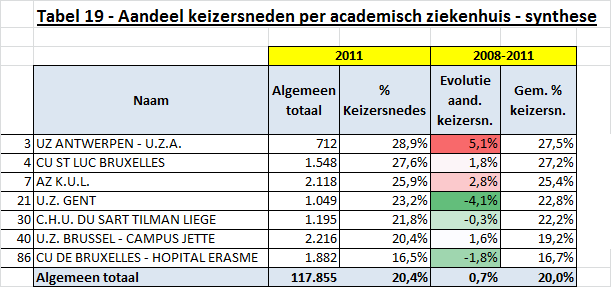
En hoewel de resultaten in dit rapport duidelijk aantonen dat het aandeel keizersneden per materniteit slechts een hele ruwe benadering vormt van de individuele praktijk van verstrekkers actief in een zelfde materniteit, wordt het IMA verplicht zijn informatie voor het grote publiek te beperken tot dit type statistieken per materniteit, vermits de nominatieve publicatie van gelijkaardige cijfers per verstrekker-natuurlijke persoon niet toegelaten is op basis van de huidige privacyregelgeving.

Om die reden wenst het IMA, op relatief korte termijn volgende kerncijfers inzake bevallingen per materniteit met hun evolutie vanaf 2009 op het IMA Atlas-platform te publiceren :

* 1. Aantal bevallingen per jaar
  2. Aandeel keizersneden per jaar
  3. Aandeel keizersneden na een normale zwangerschap
  4. Aandeel bevallingen volgend op een risicozwangerschap in het totaal aantal bevallingen van de materniteit

Deze publicatie zal pas gebeuren na overleg en validatie van de gegevens door practici en de academici, met een bereidheid tot absolute openheid en transparantie van wege het IMA.

1. Rekening houdend met de enorme variatie van het aandeel keizersneden vastgesteld tussen de academische ziekenhuizen, zou het IMA ook zeer graag een diepgaander analyse uitvoeren om na te gaan of de hypothese dat de specifieke academische opleiding per medische faculteit een impact heeft op het aandeel keizersneden (hypothese steunend op de variaties vastgesteld tussen ziekenhuizen in Brussel en de variaties binnen iedere materniteit tussen verstrekkers die er actief zijn) bevestigd kan worden of niet.



1. Het vastgesteld gebrek aan coherentie tussen wat wij als « ex ante » (bepaald door leeftijds- en socio-economische kenmerken en chronische geneesmiddelenconsumptie van de toekomstige mama en gevalideerd door het KCE) en « ex post » risicozwangerschap (definitie geactiveerd door de verstrekker-gynaecoloog op het ogenblik van de bevalling door attestering code 474526) gedefinieerd hebben, lijkt moeilijk te verklaren op basis van de bij het IMA beschikbare data en/of door zich te beperken tot een puur medische logica in een poging dit gebrek aan coherentie te verklaren.

Dit gebrek aan coherentie tussen de « ex ante » definitie en het voorkomen van de attestering van de code 474526 op het niveau van de individuele verstrekker roept vragen op. Beantwoordt de attestering van deze code altijd aan de voorwaarden noodzakelijk om zulks te doen, met name betreft het wel degelijk een risicozwangerschap? Of legt de gynaecoloog-voorschrijver meer de nadruk op de noodzaak/het comfort volgens hem van de aanwezigheid van een pediater bij de bevalling?

Een duidelijker definitie van de noodzakelijke voorwaarde – met ander woorden, van wat als risiciozwangerschap beschouwd wordt – door middel van striktere interpretatieregels op het niveau van de nomenclatuur zou misschien de schijnbare huidige (en verleden[[28]](#footnote-28)) verwarring vermijden.

**8. Algemene conclusies**

Ondanks het feit dat beschikken over exhaustieve, individuele en longitudinale data een ontegensprekelijk voordeel vormt, wat het mogelijk maakt om het ‘logistiek’ zorgtraject van de (toekomstige) moeder gedurende haar zwangerschap tot aan haar bevalling op te volgen – en het daarop volgend postnataal zorgtraject[[29]](#footnote-29) voor moeder en kind, wordt het IMA geconfronteerd met de interpretatieve beperkingen van haar data. Aangezien we niet beschikken over klinische informatie die een medisch correctere interpretatie van de vastgestelde feiten mogelijk zou maken, heeft dit rapport zich beperkt tot een zuivere beschrijving van de voor IMA observeerbare situatie. Gezien de grote variantie vastgesteld tussen instellingen en verstrekkers-natuurlijke persoon, roept dit zuiver beschrijvend rapport evenwel voldoende vragen op om het debat aan te gaan.

Het IMA wenst op die basis op constructieve wijze deel te nemen aan een project dat de filosofie van de geformuleerde conclusies van het debat georganiseerd naar aanleiding van het seminarie van 10 jaar IMA in december 2012, concreet kan uitwerken. Dit zou erin bestaan om het delicaat evenwicht te vinden tussen ontwikkelen en uitwerken van instrumenten noodzakelijk voor de verwezenlijking van gerechtvaardigde publieke doelstellingen van kwaliteit van en toegankelijkheid tot zorg enerzijds en de individuele rechten qua privacybescherming van de individuele verstrekker anderzijds.

Het IMA vraag dan ook expliciet aan de verschillende actoren binnen de gezondheidszorg, in het bijzonder aan de voornaamste betrokkenen, met name practici, materniteiten en RIZIV om alle mogelijke pertinente informatie te verzamelen en experts samen te brengen, opdat een unieke duidelijke en homogene boodschap overgemaakt zou kunnen worden aan een zowel professioneel als algemeen publiek, in het bijzonder aan de toekomstige moeders.

Het IMA is bereid om de individuele nominatieve resultaten ter beschikking te stellen aan de geïnteresseerde verstrekkers, dit binnen het kader van de wettelijke opdrachten van de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen, opdat deze resultaten op een zo correct mogelijke manier geïnterpreteerd zouden kunnen worden.

Mocht op die basis een vertrouwensrelatie opgebouwd worden, zou dit ertoe kunnen leiden dat de verstrekker-natuurlijke persoon, na overleg en validatie van de resultaten hem aangaande, deze op eigen initiatief zou publiceren, en zo een heel geapprecieerde informatiedienst aan zijn patiëntes aanbieden.

**9. Reacties van/contacten met instellingen**

9.1. Verspreiding van het rapport aan de instellingen

De verspreiding van het rapport 2008-2011 naar de ziekenhuizen met vraag tot reactie op/amendering van/validatie van zijn inhoud, werd exclusief via elektronische weg georganiseerd, met de algemene en medische directies als bestemmeling. Op 8 mei 2014 werd volgende mail verstuurd :

*Geachte,*

*Als bijlage vindt u het IMA-rapport ‘Bevallingen in ziekenhuismilieu tijdens de periode 2008-2011 in België’ dat per materniteit de ratio’s keizersneden weergeeft. In het excelbestand vindt u de cijfers voor uw instelling terug. De resultaten per verstrekker-natuurlijke persoon zijn eveneens beschikbaar in dit bestand, maar de privacywetgeving laat een nominatieve publicatie volgens dit communicatiekanaal niet toe.*

*Naar aanleiding van dit rapport zouden we volgende 3 thema’s willen bespreken met uw directie:*

1. *Vraag tot validatie/verrijking van de gegevens aangaande uw materniteit. Eens de validatieprocedure achter de rug, zullen de resultaten onder de vorm van verschillende indicatoren ter beschikking gesteld en jaarlijks geactualiseerd worden in de IMA Atlas (http://atlas.ima-aim.be). Mocht u voor 16 juni niet gereageerd hebben op onze uitnodiging, gaat het IMA ervan uit dat de resultaten van uw materniteit als gevalideerd beschouwd kunnen worden.*
2. *Indien u dit wenst, is het IMA bereid de nominatieve individuele resultaten voor uw instelling te komen voorstellen, normaal gezien met een bijgewerkte tijdsreeks voor de periode 2008-2012, dit om een debat aan te gaan over de geproduceerde cijfers, de enorme variaties vastgesteld binnen de meeste materniteiten en de mogelijke klinische verklaringen die u ter beschikking kan hebben om dit fenomeen te verhelderen.*
3. *Tot slot dient er rekening gehouden te worden met de vaststelling dat een gemiddeld aandeel per materniteit slechts een hele ruwe ‘proxy’ vertegenwoordigt van de verschillende individuele praktijken. De modaliteiten van de privacywetgeving vergen echter expliciete toestemming van de betrokken verstrekker vooraleer dergelijke informatie gepubliceerd kan worden. Hoewel de bestaande regelgeving aangaande de opdrachten van de adviserend geneesheren het mogelijk maakt dat ziekenfondsleden via hun adviserend geneesheer toegang krijgen tot dit type nominatieve informatie, lijkt dit zwaar en complex communicatiekanaal niet adequaat voor dergelijk type informatie dat waarschijnlijk regelmatig opgevraagd zal worden. Om die reden wenst het IMA, na validatie van de individuele resultaten, met u en uw verstrekkers het debat aan te gaan rond de vraag of de betrokkenen bereid zouden zijn deze nominatieve resultaten ter beschikking te stellen van het grote publiek. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren via de materniteit zelf en/of in eigen beheer door de arts zelf, via de lokale HA(-kringen) en/of via de ziekenfondsen, maar met de garantie dat een éénduidige boodschap overgebracht wordt, in het bijzonder naar de voornaamste betrokkene toe, de toekomstige mama.*

*Naar aanleiding van dit ‘pilootproject’ wensen de ziekenfondsen en het IMA een fundamentele discussie met de zorgverstrekkers en andere betrokken actoren op te starten over de noodzaak van een ‘optimale’ exploitatie van de persoonsgegevens beschikbaar binnen de ziekenfondsen en de noodzakelijke (overleg)procedure om deze exploitatie te verwezenlijken. Deze ‘optimalisatie’ moet het mogelijk maken om over te gaan tot de publicatie van nominatieve resultaten per verstrekker-natuurlijke persoon, indien de maatschappelijke meerwaarde ervan evident blijkt, zodat de ziekenfondsen hun wettelijke opdrachten hen opgelegd door hun organieke wetgeving van 6 augustus 1990 kunnen vervullen. Het betreft*

* *de productie van relevante beleidsinformatie in het kader van hun rol als medebeheerder van de verzekering geneeskundige verzorging*
* *en van relevante informatie naar hun leden toe aangaande kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg.*

*Dit binnen het kader van de modaliteiten opgelegd door de privacywetgeving.*

*Hopend op een positieve reactie, verblijven we, hoogachtend,*

Tijdens de maanden mei, juni en juli, werd deze zending naar de 100 bij ons geïdentificeerde materniteiten gevolgd door

1. 14 reacties per mail of telefoon
2. 3 bezoeken aan materniteiten (UZ Brussel, UZ Leuven en Sint-Jozef Bornem)
3. Latere contacten die door middel van de lokale netwerken van de ziekenfondsen in West-Vlaanderen en het Luikse, eventueel zullen doorgaan in het 4de kwartaal van 2014.

9.2. Synthese van de reacties per mail of telefoon

In totaal hebben 14 ziekenhuizen via elektronische of telefonische weg gereageerd[[30]](#footnote-30). De overgrote meerderheid van de reacties had betrekking op validatie van de opgeleverde cijfers en vragen naar bijkomende informatie (aangaande de eigen materniteit).

Een aantal grotere ziekenhuizen (met MIC/NIC-diensten) maakte melding van de doorverwijzing van risicozwangerschappen uit de periferie, wat uiteraard een impact heeft op het beleid en de cijfers van de betrokken instellingen.

Twee reacties worden meer in detail weergegeven.

***9.2.1. Reactie van het ziekenhuis van Maas en Kempen Maaseik***

Het ziekenhuis van Maas en Kempen Maaseik heeft expliciet gevraagd om haar data uit het rapport te verwijderen, onder meer omwille van het feit dat ze als onvolledig beschouwd dienen te worden[[31]](#footnote-31) :

*De gynaecologen van ZMK (ziekenhuis Maas en Kempen) wensen niet deel te nemen aan dit rapport.*

*Enkele redenen waarom niet :*

* *Gegevens zijn niet representatief voor ons ziekenhuis. De gegevens komen niet overeen met vb. de SPE gegevens, welke wel een juiste afspiegeling zijn van de populatie die in ons ziekenhuis verzorgd werden.*
* *Parameter “sectio” is op zich geen kwaliteitsparameter. Zoals ook in jullie rapport genoteerd is er geen correlatie met leeftijd, comorbiditeit, … maar misschien wel gerelateerd aan de gynaecoloog. De gynaecoloog beslist in functie van de veiligheid voor de moeder/baby of er al dan niet een sectio dient te gebeuren.*

Rekening houdend met het feit dat de materniteit van Maaseik dicht bij de Nederlandse grens gesitueerd is, met een goed ontwikkelde ‘traditie’ van grensoverschrijdende zorgen en het feit dat de IMA-data geen rechthebbenden ‘internationale overeenkomsten’ registreren, omwille van de vaststelling dat de geboekte uitgaven van die rechthebbenden binnen de Belgische ziekteverzekering geen volledig beeld van hun zorgprofiel geven, kan de onderschatting door de IMA-data van het patiënteel van de materniteit van Maaseik verklaard worden. De materniteit van Overpelt, die met hetzelfde probleem geconfronteerd wordt, had deze verklaring trouwens aangegeven op basis van eigen cijfers[[32]](#footnote-32).

Het IMA is zich ten volle bewust van deze problematiek van onderschatting van het effectief geproduceerde volume aan verstrekkingen in bepaalde regio’s met een hoge concentratie aan grensoverschrijdende zorg (Limburg, Kempenstreek) of met een relatief belangrijk aandeel rechthebbenden internationale overeenkomsten (provincie Luxemburg), maar aangezien dit rapport een vergelijking maakt op het vlak van het aandeel keizersneden, kan zonder al te veel risico ervan uitgegaan worden dat het ‘keizersnedebeleid’ niet fundamenteel verandert in functie van het statuut of de nationaliteit van de patiënte. **Om die reden behoudt het IMA de resultaten in het rapport.**

***9.2.2. Reactie van het Sint-Pieters ziekenhuis te Brussel***

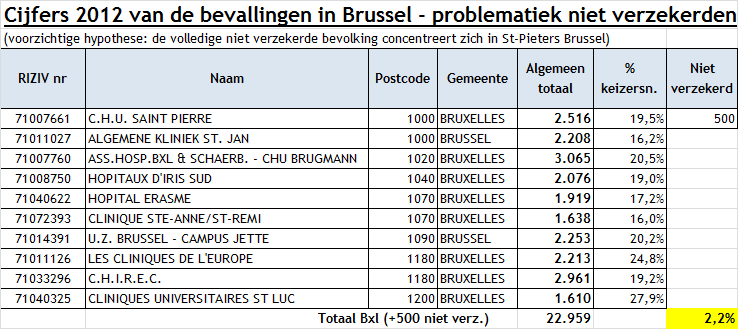
Een andere vorm van onderschatting van de werkelijkheid, indien men enkel op IMA-data steunt, werd aangereikt door Sint-Pieters Brussel. De onderschatting hier is gerelateerd tot de problematiek van de concentratie van een populatie niet verzekerden in de grootsteden (vierde wereld, illegalen, …), in het bijzonder in Brussel en voor Brussel, hoogstwaarschijnlijk voor een groot deel geconcentreerd in Sint-Pieters.

Hieronder de reactie van Dr Patricia Kirkove, adjunct van de medische directie :

*« Les statistiques que vous nous avez envoyées ont retenu toute notre attention. Il apparaît qu’un grand nombre d’accouchements dans notre maternité sont manquants (15 % = environ 500 par an sur environ 3.000 accouchements par an), ce sont des accouchements de patientes non mutualistes. Ces patientes, chez nous sont des patientes pour la majorité qui n’ont pas accès à la mutuelle, contrairement à des patientes non mutualiste de type « fonctionnaire européen, Otan, assurance privé Ossom » qu’on retrouve dans d’autres maternités. D'après la méthodologie utilisée, vous estimez que les accouchements "non- mutulalistes" représentent 0.97%, soit 1200 accouchements par an. Il apparaît donc d’après ces statistiques que Saint-Pierre prendrait en charge une proportion très importante (plus d'un tiers) des patientes non mutualiste de Belgique. Pourriez-vous dès lors corriger ou tout du moins commenter les statistiques en mentionnant que les chiffres ne mentionnent pas « les non-mutualistes qui représentent une proportion importante des accouchements du CHU St Pierre ».*

*Pour information, dans le cadre d'autres études, le CHU* ***a une proportion de 15 % de patient non OA et de 85 % de patient OA****»*

Op basis van een eenvoudige regel van drie en het aanhouden van een heel voorzichtige hypothese dat de totaliteit van de niet verzekerde bevolking van Brussel zich in St-Pieters Brussel laat verzorgen, kunnen we veronderstellen dat het aandeel bevallingen van niet verzekerden te Brussel zo’n 2,2% van de bevolking vertegenwoordigt, dus meer dan het dubbele van wat nationaal vastgesteld wordt. Hoewel dit buiten het onderwerp van dit rapport valt, **kaart deze ondergrens eens te meer de toegankelijkheidsproblematiek tot geneeskundige verzorging te Brussel en in grote steden in het algemeen aan, problematiek die een specifieke aanpak vergt**.



9.3. Contacten met de instellingen

Drie ziekenhuizen, UZ Brussel, UZ Leuven en Sint-Jozef Bornem zijn ingegaan op de IMA-uitnodiging om op basis van de individuele resultaten per verstrekker een discussie aan te gaan met de medische directies en de diensthoofden.

In het bijzonder wenste het IMA hun mening aangaande de tendens van het jarenlang continu stijgende aandeel keizersneden en hoe dit vanuit volksgezondheidsoogpunt diende aangepakt te worden. Immers, uit wetenschappelijke literatuur[[33]](#footnote-33) blijkt dat de techniek van keizersneden, naast het verhoogd risico voor de moeder bij toekomstige bevallingen, ook aanleiding geeft tot verhoogd risico bij de pasgeborenen.

**Reacties op de voorgestelde cijfers**

In het algemeen, werd de noodzaak en de relevantie van een publicatie van het aandeel keizersneden per gynaecoloog sterk betwijfeld, aangezien dit juist een deel van de patiëntes, die een vaginale bevalling willen vermijden, zou kunnen aanzetten om zich te wenden tot gynaecologen met een hoog aandeel keizersneden. Deze hypothese lijkt bevestigd door de recente VVOG-enquête[[34]](#footnote-34) die aangaf dat een niet onaanzienlijk deel van de gynaecologen al geconfronteerd werd met de vraag vanwege de patiënte om een keizersnede uit te voeren.

In Bornem leken de verstrekkers ook het nut van de publicatie van cijfers per materniteit in vraag te stellen, ervan uitgaande dat het niet op die basis is dat een patiënte haar gynaecoloog of materniteit kiest.

**Suggesties voor kwaliteitsindicatoren**

De twee academische ziekenhuizen waren geïnteresseerd om de potentieel beschikbaar informatie binnen de IMA-data intensiever aan te wenden en hebben twee concrete voorstellen aangereikt die zouden kunnen leiden tot een betere monitoring van de kwaliteit binnen de materniteit :

1. Enerzijds, en omdat dit voorstel van indicator het intrinsieke risico aangeeft gerelateerd aan een heelkundige ingreep – wat een keizersnede nog altijd blijft – werd voorgesteld om de eventuele consumptie van antibiotica vanaf de dag volgend op de keizersnede op te volgen, als indicator van eventuele complicaties ten gevolge ervan
2. Anderzijds, en rekening houdend met de nieuwe niet invasieve technieken vandaag beschikbaar op de markt, maar die niet volledig de noodzaak van vruchtwaterpunctie uitsluiten – wat dus de beheersing van deze techniek blijf veronderstellen en om een techniek te beheersen moet je hem regelmatig uitvoeren – werd voorgesteld om in de toekomst op jaarbasis het volume geattesteerde vruchtwaterpuncties per verstrekker op te volgen.

Tot slot hebben deze contacten eens te meer bevestigd, dit op basis van twee simpele voorbeelden infra, dat terreinexpertise en –kennis enorm belangrijk en complementair is, wil men op een correcte en realistische wijze bruto cijfers interpreteren :

1. Ter voorbereiding van het bezoek aan het UZ Brussel werden individuele cijfers 2012 per verstrekker aangemaakt. Daar werd een ‘nieuwe’ verstrekker vastgesteld die plots in de statistieken 2012 opdook met 786 geattesteerde bevallingen, terwijl deze verstrekker voordien noch in de VUB, noch elders een bevalling geattesteerd had. Eenvoudige verklaring: een nieuw diensthoofd nam in 2012 zijn functie op, en nam het attesteren van bevallingen uitgevoerd door kandidaat-specialisten voor zijn rekening.
2. Tijdens dit onderhoud, maakten we melding van de heel duidelijke verbetering van het aandeel keizersneden vastgesteld in Ste Maria Halle, naburig ziekenhuis, en dit sinds de initiële situatie van 2008 (en bevestigd met de cijfers van 2012). Onze gesprekspartners wisten onmiddellijk waarom: nieuw afdelingshoofd sinds een paar jaar.

9.4. Overleg met de Ontwikkelingsgroep Moeder&Kind van het VIP²-kwaliteitsindicatorenproject van de Vlaamse Gemeenschap

Aangezien binnen het VIP²-initiatief een aantal indicatoren aangaande keizersneden in productiefase zitten, steunend op SPE-gegevens (Studiecentrum van Perinatale Epidemiologie), werd overleg gepleegd met Dr Patrick Verbeeck (voorzitter Ontwikkelingsgroep – pediater ZNA) aangaande de eventuele complementariteit of contradicties van beide datasets en de daaruit afgeleide indicatoren. Na overdracht van de IMA-cijfers, bleek dat deze als ‘bruto’-indicatoren van die van VIP² kunnen beschouwd worden, gezien de veel striktere klinische afbakening van teller en noemer in de VIP²-indicatoren. Met die bijkomende duiding naar publiek en instellingen toe zou een (quasi) gelijktijdige publicatie van die cijfers geen aanzet geven tot verwarring bij de betrokkenen.

9.5. Besluit

Deze enkele individuele contacten hebben onmiddellijk de meerwaarde aangetoond op het vlak van interpretatiecapaciteit en/of detectie van bijkomend momenteel suboptimaal aangewend analysepotentieel, dat structureel beter geëxploiteerd zou moeten worden.

Hoewel tijdrovend, heeft deze procedure de kwaliteit van het eindresultaat bevorderd en - hopelijk - de kennis van en het vertrouwen in het IMA bij de practici vergroot.

**Bijlage I – Literatuuroverzicht impact electieve keizersnede op (toekomstige) gezondheid moeder en kind**

An increase in surgical birth rates was not associated with any clear benefit for mothers or babies, “but is linked to increased morbidity for both. Elective caesarean delivery could increase neonatal morbidity and mortality.. and is known to be associated with respiratory distress syndrome” *— Professor Villar, leader for maternal and perinatal health research in the department of reproductive health and research at the World Health Organisation*

<http://www.mybirth.com.au/intervention/caesarean.html>

* [Acta Obstet Gynecol Scand.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17486457) 2007;86(4):389-94.

**Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate.**[Hansen AK](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hansen%20AK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17486457)1, [Wisborg K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wisborg%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17486457), [Uldbjerg N](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Uldbjerg%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17486457), [Henriksen TB](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Henriksen%20TB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17486457).

[**Author information**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17486457) 1The Perinatal Epidemiology Research Unit, Aarhus University Hospital, Skejby, Aarhus, Denmark. akh@svf.au.dk

**Abstract**

**AIM:** The aim of this review was to assess the relationship between delivery by elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate.

**METHODS:** Searches were made in the MEDLINE database, EMBASE, Cochrane database and Web of Science to identify peer-reviewed studies in English on elective caesarean section and respiratory morbidity in the newborn. We included studies that compared elective caesarean section to vaginal or intended vaginal delivery, with clear definition of outcome measures and information about gestational age.

**RESULTS:** Nine eligible studies were identified. All studies found that delivery by elective caesarean section increased the risk of various respiratory morbidities in the newborn near term compared with vaginal delivery, although the findings were not statistically significant in all studies. It was inappropriate to carry out a meta-analysis with a pooled risk estimate because of a variety of methodological differences between the studies. The overall risk for respiratory morbidity, however, seemed to increase about 2 to 3 times, though some studies presented much higher risk estimates. A decreasing risk with increasing gestational age was shown in 2 studies.

**CONCLUSION:** Delivery by elective caesarean section was shown to increase the risk of respiratory morbidity in all studies eligible for inclusion. The magnitude of this relative risk seemed to depend on gestational age even in deliveries after 37 completed weeks of gestation.

* Hansen BMJ 2008

“Babies delivered by elective caesarean section at 37 to

39 weeks’ gestation are at twofold to fourfold increased risk

of respiratory morbidity compared with babies delivered by

intended vaginal delivery”

* [Obstet Gynecol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19461417) 2009 Jun;113(6):1231-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181a66d57.

**Neonatal outcomes after elective cesarean delivery.**

[Kamath BD](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kamath%20BD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19461417)1, [Todd JK](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Todd%20JK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19461417), [Glazner JE](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Glazner%20JE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19461417), [Lezotte D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lezotte%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19461417), [Lynch AM](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lynch%20AM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19461417).

[**Author information**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19461417) 1Department of Pediatrics, Section of Neonatology, University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado 80045, USA. Beena.Kamath@ucdenver.edu

**Abstract**

**OBJECTIVE:** To examine the outcomes of neonates born by elective repeat cesarean delivery compared with vaginal birth after cesarean (VBAC) in women with one prior cesarean delivery and to evaluate the cost differences between elective repeat cesarean and VBAC.

**METHODS:** We conducted a retrospective cohort study of 672 women with one prior cesarean delivery and a singleton pregnancy at or after 37 weeks of gestation. Women were grouped according to their intention to have an elective repeat cesarean or a VBAC (successful or failed). The primary outcome was neonatal intensive care unit (NICU) admission and measures of respiratory morbidity.

**RESULTS:** Neonates born by cesarean delivery had higher NICU admission rates compared with the VBAC group (9.3% compared with 4.9%, P=.025) and higher rates of oxygen supplementation for delivery room resuscitation (41.5% compared with 23.2%, P<.01) and after NICU admission (5.8% compared with 2.4%, P<.028). Neonates born by VBAC required the least delivery room resuscitation with oxygen, whereas neonates delivered after failed VBAC required the greatest degree of delivery room resuscitation. The costs of elective repeat cesarean were significantly greater than VBAC. However, failed VBAC accounted for the most expensive total birth experience (delivery and NICU use).

**CONCLUSION:** In comparison with vaginal birth after cesarean, neonates born after elective repeat cesarean delivery have significantly higher rates of respiratory morbidity and NICU-admission and longer length of hospital stay.

**LEVEL OF EVIDENCE:** II

* **Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry**

Presented orally at the 30th Annual Meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, Chicago, IL, Feb. 1-6, 2010.

[Freke A. Wilmink](javascript:void(0);)**x**

Freke A. Wilmink

[Search for articles by this author](http://www.ajog.org/action/doSearch?searchType=authorLookUp&author=Wilmink,%20Freke%20A.&prod=HA)

**Affiliations**

* Department of Obstetrics and Gynecology, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam, The Netherlands

, MD; [Chantal W.P.M. Hukkelhoven](javascript:void(0);)**x**

Chantal W.P.M. Hukkelhoven

[Search for articles by this author](http://www.ajog.org/action/doSearch?searchType=authorLookUp&author=Hukkelhoven,%20Chantal%20W.P.M.&prod=HA)

**Affiliations**

* The Netherlands Perinatal Registry, Utrecht, The Netherlands

, PhD; [Simone Lunshof](javascript:void(0);) **x**

Simone Lunshof

[Search for articles by this author](http://www.ajog.org/action/doSearch?searchType=authorLookUp&author=Lunshof,%20Simone&prod=HA)

**Affiliations**

* Department of Obstetrics and Gynecology, Amphia Hospital, Breda, The Netherlands

, MD, PhD

,

Received: November 22, 2009; Received in revised form: December 28, 2009; Accepted: January 19, 2010;

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.01.052>

Figures



**FIGURE**

Flowchart

\*Hemolysis, elevated liver-enzymes, and low platelet count; †acquired immunodeficiency syndrome**;** ‡toxoplasmosis, German measles, cytomegalovirus, herpes simplex. *Wilmink. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation. Am J Obstet Gynecol 2010.*

**Objective:** We sought to evaluate number and timing of elective cesarean sections at term and to assess perinatal outcome associated with this timing.

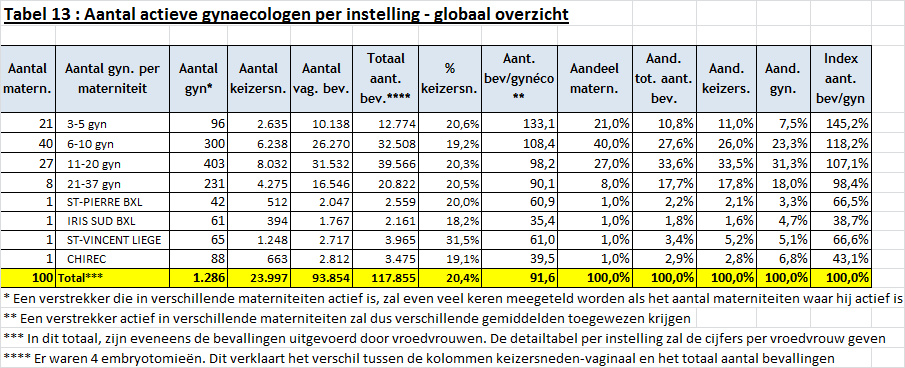
**Study Design:** We conducted a recent retrospective cohort study including all elective cesarean sections of singleton pregnancies at term (n = 20,973) with neonatal follow-up. Primary outcome was defined as a composite of neonatal mortality and morbidity.

**Results:** More than half of the neonates were born at <39 weeks of gestation, and they were at significantly higher risk for the composite primary outcome than neonates born thereafter. The absolute risks were 20.6% and

**Bijlage II – Aanvullende analyses m.b.t. de kenmerken van de verstrekker**

**A1. Mogelijke relatie tussen het aantal verstrekkers actief binnen een materniteit en het geobserveerde aandeel keizersneden ?**

A1.1. Algemeen overzicht

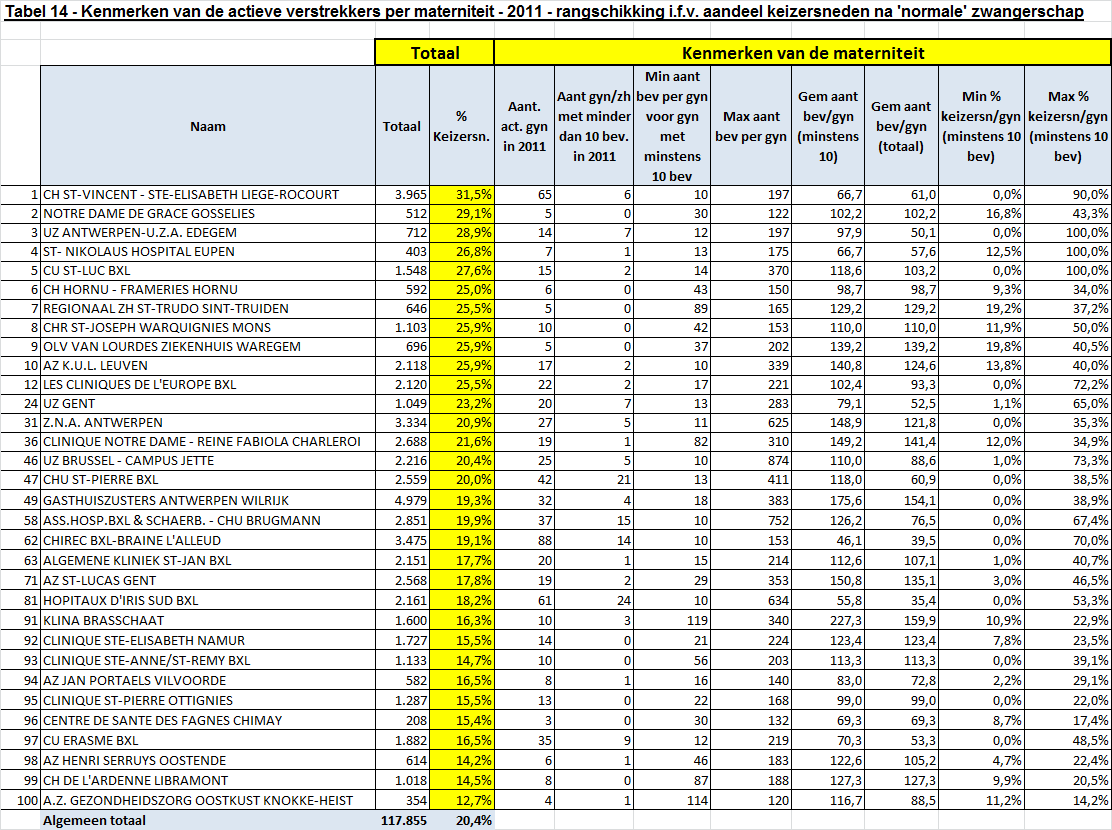


Tabel 13 geeft een overzicht van het aantal gynaecologen actief per materniteit. De erin voorgestelde geaggregeerde resultaten blijken redelijk logisch, met name

* 2/3 van de materniteiten hebben een op HR-vlak ‘beheersbaar’ aantal gynaecologen (40% van de materniteiten tellen tussen 6 en 10 actieve verstrekkers, 27% tussen 11 en 20 – waarvan 5 van de 7 academische ziekenhuizen, de twee andere (ULB en VUB) zijn terug te vinden in de 8 instellingen waarvan het aantal actieve verstrekkers tussen de 21 en 37 ligt).
* De verstrekkers van de kleinere materniteiten (vooral deze met 3 tot 5 verstrekkers, maar ook deze in de klasse 6 tot 10) worden geconfronteerd met een veel intensere unitaire workload dan het nationaal gemiddelde (respectievelijk 45% en 18% hoger dan het nationaal gemiddelde).
* De actieve verstrekkers in de 40 eenheden met 6 tot 10 actieve verstrekkers vertonen een aandeel keizersneden dat relatief 6% lager ligt dan het nationaal gemiddelde.

A1.2. Detail per materniteit

Deze vaststellingen, redelijk logisch vertrekkend vanuit de geaggregeerde dataset waarop ze steunen, lijken niet meer zo evident als men het detail per materniteit bekijkt, zoals weergegeven in bijlage 8 en tabel 14. In deze tabellen worden de materniteiten gerangschikt op basis van het aandeel keizersneden bij patiëntes met een zwangerschap gedefinieerd als normaal (criteria KCE). Tabel 14 geeft de uitersten van deze rangschikking weer, evenals de grote materniteiten en academische ziekenhuizen. Voor deze academische ziekenhuizen en die instellingen gekend voor hun opleidingsfunctie, dient ongetwijfeld heel voorzichtig omgegaan worden met het maximum aantal bevallingen geattesteerd door één verstrekker – waarschijnlijk de stagemeester (o.a.. St-Pierre Bxl, UCL, ZNA, UZ Brussel, Brugmann, Iris Sud) – en het relatief hoog aantal gynaecologen die dat jaar minder dan 10 bevallingen attesteren.



Uit de resultaten van tabel 14 blijkt dat er moeilijk een duidelijke relatie kan gelegd worden tussen de organisatie van de materniteit op het vlak van aantal verstrekkers die er actie zijn en het aandeel keizersneden. De laatste mogelijke verklarende elementen die we nog kunnen nagaan binnen onze dataset, heeft betrekking op de individuele activiteit van elke verstrekker, met name de organisatie van zijn praktijk (actief in één of meerdere materniteiten) en in mindere mate, zijn ervaring (volume aan uitgevoerde bevallingen tijdens de onderzoeksperiode). Dit wordt in deze laatste sectie onderzocht.

**A2. Mogelijke relatie werkvolume verstrekker, zijn ervaring en werkorganisatie en het aandeel keizersneden ?**

De drie elementen beschikbaar in onze dataset – geen medische, puur administratieve, maar wel exhaustieve, individuele en longitudinale gegevens - waarvan we de eventuele impact nog kunnen onderzoeken zijn :

* Het werkvolume van de verstrekker, ongeacht de materniteit, teneinde een globaal beeld te krijgen van het volume geattesteerde bevallingen op jaarbasis door die verstrekker
* De ervaring van de verstrekker, benaderd door het volume geattesteerde bevallingen in de periode 2008-2011
* Tot slot het aantal materniteiten waar de verstrekker actief is in één jaar

Deze oefening zal vertrekken van de verstrekkers actief in 2011 en waarvoor volgende informatie opgeleverd zal worden :

* Het volume bevallingen en aandeel keizersneden in 2011 en het aantal instellingen[[35]](#footnote-35) waar hij bevallingen uitgevoerd heeft in 2011
* Het volume bevallingen 2008-2010 en het aantal jaren waarvoor bevallingsprestaties aangerekend werden

A2.1. Impact van het volume verstrekkingen en de organisatie van de praktijk

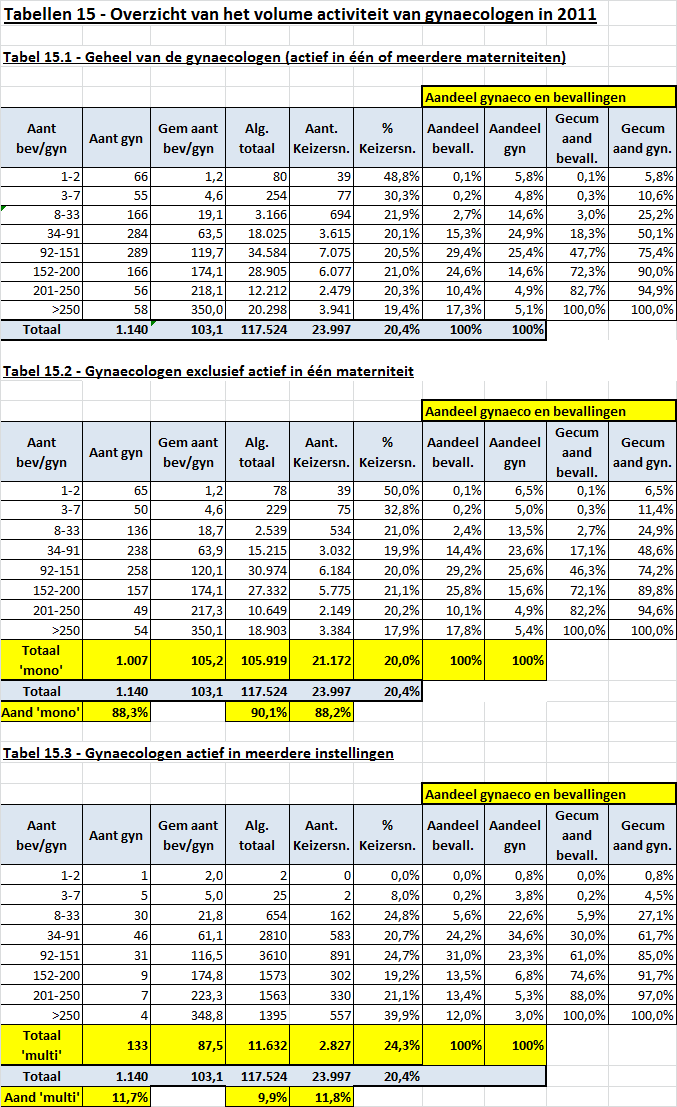
Bijlage 9 geeft het totaal volume aan geattesteerde bevallingen per verstrekker weer. Voor gynaecologen actief in meerdere materniteiten werden deze samengeteld. Tabellen 15.1, 15.2 en 15.3 hieronder geven de vastgestelde verschillen aan, voor het jaar 2011, tussen de 1007 verstrekkers die slechts in één materniteit actief waren en de 133 die werkzaam waren in verschillende materniteiten.

Globaal gezien kan gesteld worden dat deze ‘multipractici’ vooral, om niet te zeggen exclusief, actief zijn in de grote steden, Brussel en Luik op kop, in mindere mate in Antwerpen en Charleroi.

Te Brussel zijn Erasme, het Iris netwerk (Iris Sud, Saint-Pierre en Brugmann) en Edith Cavell betrokken partij.

Te Luik vormen St-Vincent Ste-Elisabeth, de CH Chrétien en de Bois de l’Abbaye de draaischijven van dit type praktijk.

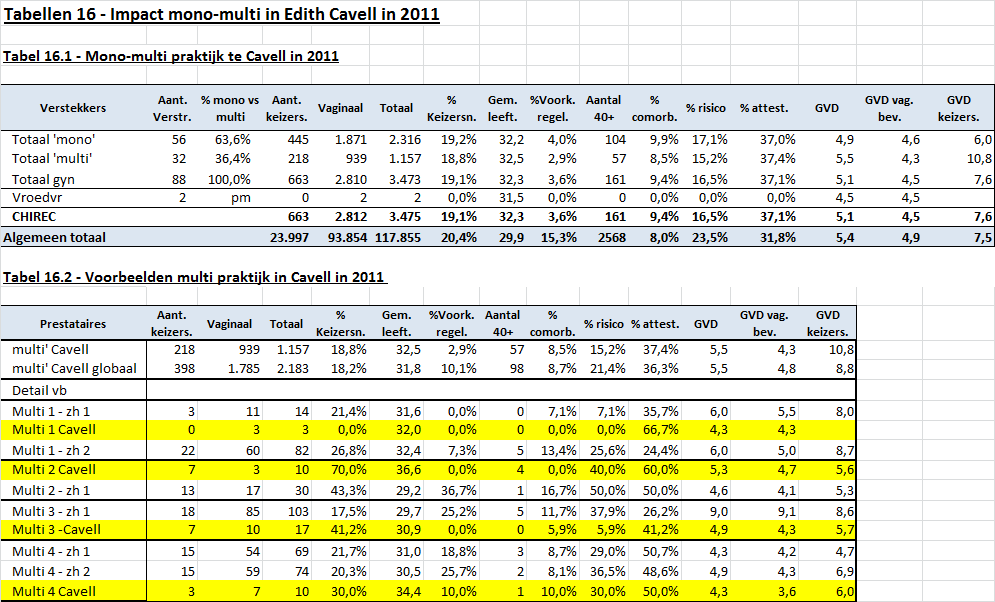
Te Charleroi, gaat het vooral om André Vésale en de CHU en te Antwerpen is Gasthuiszusters Antwerpen de centrale speler. Dit fenomeen is echter veel minder ontwikkeld in Charleroi en Antwerpen dans in Luik en Brussel.



Het geheel van de gynaecologen werd in tabel 15.1 gerangschikt volgens het aantal geattesteerde bevallingen in 2011 (de grenzen van de vastgelegde klassen zorgen komen plus minus overeen met de P5, P10, P25, P50, P75, P90 en P95-waarden van het totaal aantal actieve gynaecologen in 2011). De resultaten werden vervolgens voorgesteld voor de verstrekkers die slechts in één materniteit actief zijn (15.2) en deze die in verschillende materniteiten werkzaam zijn gedurende hetzelfde jaar (15.3). Uit deze tabellen kunnen volgende vaststellingen gedaan worden:

* Het globaal aandeel keizersneden van de ‘multipractici’ ligt relatief gezien bijna 20% hoger dan dat van de ‘monopractici’
* Voor de verstrekkers die in 2011 meer dan 250 bevallingen attesteren, lijkt deze ‘multi’ praktijk een belangrijke impact te hebben op het vastgestelde aandeel keizersneden (39,9% voor de “multi” tegen 17,9% voor de “mono”).[[36]](#footnote-36)
* Voor de ‘mono’ lijkt de ‘cut off’ qua volume, ‘noodzakelijk’ om het gemiddeld aandeel keizersneden te halen, rond de 30 bevallingen te liggen.
* Tot slot, eens tussen P25 en P75, bevinden de ‘mono’ zich rond het nationaal gemiddelde

Zoals het detail van bijlage 9 aantoont, verbergen deze globale cijfers zeer verschillende individuele praktijken. Zo stelt men bijvoorbeeld vast dat voor materniteiten waar veel « multi » actief zijn, het aandeel keizerseden van het ziekenhuis een heel slechte weerspiegeling is van de individuele praktijk van die gynaecologen is, ongeacht het feit of het over de praktijk binnen dat ziekenhuis gaat of de praktijk in de andere ziekenhuizen waar ze actief zijn. Het voorbeeld van Edith Cavell illustreert dit fenomeen.



Op basis van deze resultaten, stelt men vast dat de globale aandelen keizersneden voor deze « multipractici » binnen en buiten Cavell gelijkaardig zijn. Anderzijds stellen we vast dat het aandeel vrouwen met voorkeurregeling binnen de praktijk van die “multi” veel lager ligt dan het nationaal gemiddelde (een derde onder het nationaal gemiddelde). Dit fenomeen verscherpt zich nog meer wanneer deze patiëntes te Cavell bevallen. Dan wordt het aandeel voorkeurregeling marginaal bij die practici.

Maar opnieuw lijken die cijfers heel homogeen wanneer ze op instellingsniveau bekeken worden, ongeacht qua aandeel keizersneden of qua patiëntkenmerken, maar eens het detail per instelling en per verstrekker gegeven wordt, worden weer enorme variaties vastgesteld, zoals de voorbeelden van tabel 16.2 aangeven.

A.2.2. Impact van de ervaring van de verstrekker

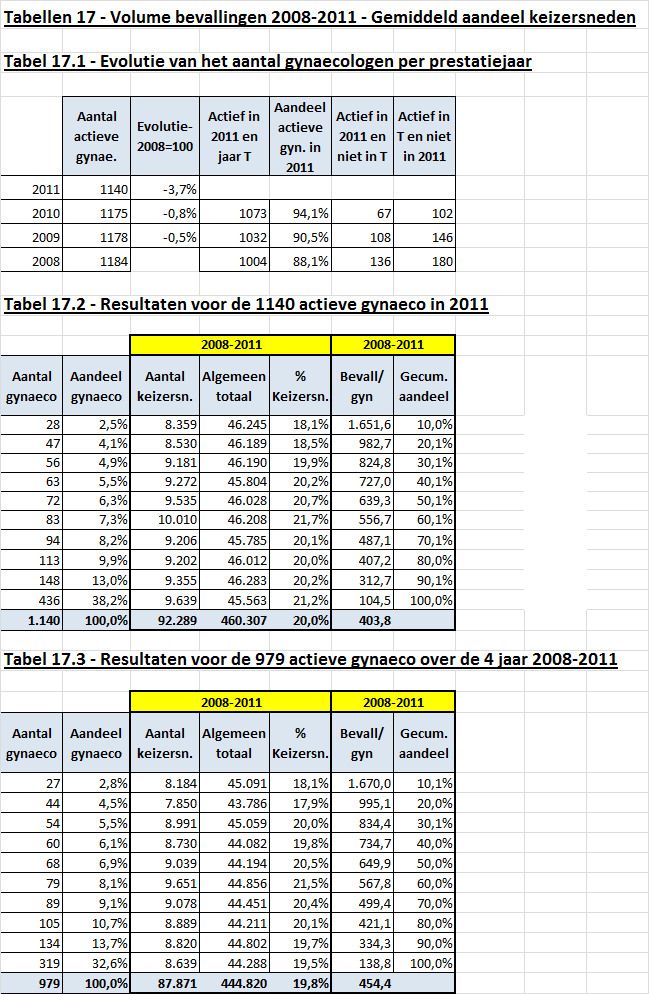
De tabellen 17.1, 17.2 et 17.3 hieronder geven een synthetisch overzicht van de detailgegevens van bijlage 10. Voor deze tabellen en bijlage 10, werden de actieve gynaecologen in 2011 (1140) geselecteerd. Voor die verstrekkers werd hun eventuele activiteit over de periode 2008-2010 geobserveerd.

Vooreerst lijkt de impact van het vergrijzingsproces bij de verstrekkers te versnellen. Als we de hypothese hanteren dat een verstrekker als actief mag beschouwd worden indien hij minstens één bevalling attesteert op een jaar, dan stelle een bruuske vermindering van het aantal actieve gynaecologen vast tussen 2010 en 2011 (35 gynaecologen minder tussen 2010 en 2011) in vergelijking met de periode 2008-2010. Indien deze definitie correct is, stellen we een vermindering van 4% vast van het aantal actieve verstrekkers tussen 2008 en 2011 (tabel 17.1).

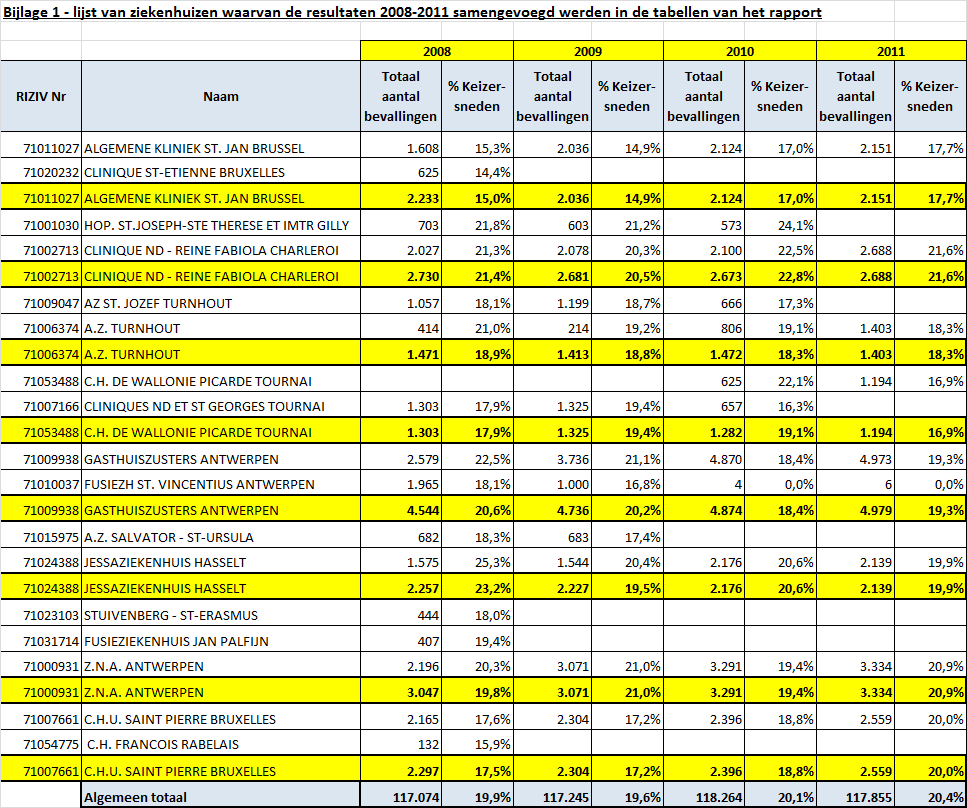
Dezelfde tabel geeft aan dat 88% van de verstrekkers actief in 2011 het reeds waren in 2008 (1004 gynaecologen). Daarvan hebben er 979 minstens één bevalling geattesteerd in elk jaar van de periode 2008-2011. Deze 979 verstrekkers waren goed voor 444.820 van de 460.307 bevallingen van alle actieve verstrekkers in 2011 (en voor de periode 2008-2011), dus bijna 97%.

Op basis van de vergelijking van de tabellen 17.2 en 17.3, lijkt het erop dat een ‘regelmatige’ praktijk op lange termijn vooral positief is voor de ‘kleine’ praktijken, in die zin dat deze praktijken (de 319 gynaecologen goed voor 10% van de bevallingen in 2008-2011, met +/- 35 bevallingen per jaar) lagere keizersnederatio’s vertonen dan deze die tussen de 150 en 160 bevallingen per jaar begeleiden.

Eens te meer dienen deze algemene vaststellingen op heel geaggregeerd niveau geconfronteerd te worden met de resultaten van elke individuele verstrekker, beschikbaar in bijlage 10.



**BIJLAGEN – tabellen (cf. excelbestanden)**



De resultaten van ziekenhuizen/campussen werden in de volgende gevallen samengevoegd (aggregaat in het geel) :

* Onvolledige tijdsreeks 2008-2011 en de betrokken campus maakt deel uit van een gefuseerde entiteit in 2011 (Charleroi, Turnhout, Tournai, Salvator/Jessa, ZNA, St-Jean/St-Etienne)
* Volledige tijdsreeks 2008-2011, maar marginaal aan het einde van de periode: Fusieziekenhuis St-Vincentius Antwerpen
* Speciaal geval : François Rabelais is het resultaat van de fusie Hôpital Français/César De Paepe die nadien ontbonden werd (Hôpital Français werd revalidatiecentrum Valida, César De Paepe fuseert met St-Pierre Bxl) : daarom werden de bevallingen van François Rabelais toegewezen aan Saint-Pierre Bxl.

1. Publicatie van dergelijke informatie is uitgesloten zonder voorafgaande toestemming van de betrokken verstrekker, tenzij die informatie beschouwd wordt als deel uitmakend van de ‘openbare functie’ van die verstrekker. [↑](#footnote-ref-1)
2. De materniteit Ziekenhuis Maas en Kempen [↑](#footnote-ref-2)
3. *Recours à la césarienne en Belgique : évolution générale et disparités*, IMA, november 2005 [↑](#footnote-ref-3)
4. *Recours à la césarienne en Belgique : évolution générale et disparités*, IMA, november 2005, p. 17, point 6. [↑](#footnote-ref-4)
5. De wet van van 19 maart 2013 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I), artikel 24, in combinatie met het koninklijk besluit ter wijziging van het koninklijk besluit van 9 mei 2007 ter uitvoering van het artikel 278 van de programmawet (I) van 24 december 2002 die het IMA aanduidt als partner binnen de EPS, zal op termijn het IMA de mogelijkheid geven aanspraak te maken op de bepalingen van de laatste paragraaf van het nieuwe artikel 278, met name : *« 4° Ingeval de voormelde studies een terugkerend karakter vertonen of het beleidsmatig nodig wordt geacht voormelde gegevens op een permanente basis in verband te brengen in het kader van de wettelijke opdrachten van een instelling met toegang tot de permanente representatieve steekproef, kan de Koning machtiging verlenen, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van de Commissie tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, om de betrokken instelling permanente toegang te verschaffen tot voormelde in verband gebrachte persoonsgegevens. De Koning bepaalt de nadere regels verbonden aan deze permanente toegang. De controle op deze permanente toegang en op de nadere regels ervan wordt toegewezen aan de respectievelijke toezichthoudende artsen en veiligheidsconsulenten van het Intermutualistisch Agentschap en van de betrokken instelling, dit in gezamenlijk overleg en onder gedeelde verantwoordelijkheid en met verantwoording ten aanzien van de technische commissie. Indien het Intermutualistisch Agentschap permanente toegang wordt gegeven tot voormelde in verband gebrachte persoonsgegevens, worden een toezichthoudende arts en een veiligheidsconsulent van een van de instellingen die toegang hebben tot de permanente representatieve steekproef aangewezen voor de voormelde controle. »* [↑](#footnote-ref-5)
6. *‘Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen ‘* Publication - KCE Reports 6B - Good Clinical Practice (GCP) - 2004 [↑](#footnote-ref-6)
7. Cf. toegepaste methodologie in *Le suivi prénatal en Belgique en 2010. Comparaison avec les résultats 2005.*, IMA, juni 2013. [↑](#footnote-ref-7)
8. Deze analyses bevinden zich voor het grootste deel in de bijlagen. [↑](#footnote-ref-8)
9. Sinds 1 januari 2014 is deze DB geïntegreerd in de structurele IMA-DB GZSS, die de individuele longitudinale zorgconsumptie van alle sociaal verzekerden vanaf 1 januari 2006 opvolgt (momenteel zijn 2006-2012 beschikbaar). [↑](#footnote-ref-9)
10. Cf. gehanteerde methodologie in *Le suivi prénatal en Belgique en 2010. Comparaison avec les résultats 2005.*, IMA, juni 2013. [↑](#footnote-ref-10)
11. Effectieve aanwezigheid in de verloskamer aan het einde van de weeën en op het ogenblik van de uitdrijving en ten laste neming van de pasgeborene, in geval van risicozwangerschap, op voorschrift van de verloskundige, van een geneesheer voor kindergeneeskunde, per pasgeborene [↑](#footnote-ref-11)
12. Slecht 5 materniteiten op 100 halen in 2011 de norm van 15%. Bekijkt men de resultaten over 4 jaar, slaagt enkel de materniteit van Knokke erin gedurende 4 jaar onder die norm van 15% te blijven. [↑](#footnote-ref-12)
13. *‘Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux’* – Texte intégral : *‘ Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux.’* UNICEF, WHO, UNFPA. August 1997 [↑](#footnote-ref-13)
14. Het rapport *‘2013 - Patterns of Maternity Care in English NHS Hospitals Joint RCOG & LSTM report and recommendations’* suggereert dat ‘no more than 20% variation between hospitals with similar case mix can be considered random’. [↑](#footnote-ref-14)
15. *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux’* – Texte intégral : *‘ Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux.’* UNICEF, WHO, UNFPA. August 1997 [↑](#footnote-ref-15)
16. Pagina 17, point 6 (reeds aangegeven in voetnoot 2 van dit rapport) : *«Il existe d’importantes variations géographiques du taux de césarienne.[…] L’explication la plus plausible ne se situe pas au niveau de la population, mais bien au niveau des hôpitaux […] »* [↑](#footnote-ref-16)
17. *Recours à la césarienne en Belgique : évolution générale et disparités*, IMA, november 2005 [↑](#footnote-ref-17)
18. Cf. toegepaste methodologie in *Le suivi prénatal en Belgique en 2010. Comparaison avec les résultats 2005.*, IMA, juni 2013. Concreet beschouwen we een ‘chronische’ behandeling d.m.v. een geneesmiddel een behandeling waarbij gedurende de zwangerschap minstens 90 DDD afgeleverd werden, wat overeenkomt met 3 maanden behandeling. Teneinde het onderscheid te maken tussen ‘chronische’ diabetes et zwangerschapsdiabetes, hebben we eveneens de eventuele consumptie aan insuline gedurende het jaar voorafgaand aan de zwangerschap geobserveerd. [↑](#footnote-ref-18)
19. Een studie van 1998 van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verschenen in Fax Medica maakte gewag van de attestering van deze code bij 96% van de bevallingen via keizersnede en bij 98% van de bevallingen via vaginale weg in de CU Saint-Luc te Bruxelles, dit voor de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen die er in 1996 bevielen (316 bevallingen). Conclusie van de auteurs : *« Aangezien we hier met een medische interpretatie te maken hebben, zullen we dan moeten beschikken over deze van de verantwoordelijke geneesheren van de betrokken kraamafdelingen, die aan hun gelijken-confraters zullen moeten uitleggen hoe meer dan 90% van de zwangerschappen die ze opvolgen, medisch gezien, onder de noemer van risicozwangerschap valt. »*. [↑](#footnote-ref-19)
20. In tegenstelling tot de gepensioneerden, vormt het RVT-statuut binnen de beroepsbevolking een zeer goede ‘proxy’ van een financieel precair en zwak socio-economisch statuut. [↑](#footnote-ref-20)
21. Bijlage 4 herneemt ook andere informatie, zoals het aantal patiëntes jonger dan 16 en de mediane duur van de verblijven. [↑](#footnote-ref-21)
22. De bijlagen 5, 6 en 7 geven het detail voor elke materniteit. [↑](#footnote-ref-22)
23. Cf. eveneens bijlage 9 die voor elke individuele verstrekker onder meer zijn globaal aantal bevallingen in 2011 weergeeft, het aandeel keizersenden erin en de plaats van verstrekking of het aantal materniteiten waar die verstrekker actief was. [↑](#footnote-ref-23)
24. Wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen,

    Art. 6. § 1*.” De landsbonden van ziekenfondsen, hierna " landsbonden ", genoemd, zijn verenigingen van ten minste (drie) ziekenfondsen met hetzelfde streefdoel als dat bedoeld in artikel 2 en met dezelfde opdrachten als die bepaald in artikel 3 en die, krachtens de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, gemachtigd zijn, als verzekeringsinstellingen,* ***mee te werken aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen****.”*

    Art. 3*.”De ziekenfondsen moeten minstens een dienst oprichten die als doel heeft :*

    *a) het deelnemen aan de uitvoering van (de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, geregeld bij de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994) indien zij hiervoor toelating hebben gekregen van de landsbond […]*

    *c) het verlenen van hulp,* ***voorlichting, begeleiding en bijstand met het oog op het bevorderen van het fysiek, psychisch of sociaal welzijn, onder meer bij het vervullen van de opdrachten vermeld onder a) en b)****.”* [↑](#footnote-ref-24)
25. **Afdeling III. - Verwerking van niet-gecodeerde persoonsgegevens.**

    […] Art. 19. De betrokken persoon moet uitdrukkelijk zijn toestemming geven voor de verwerking van hem betreffende niet-gecodeerde persoonsgegevens voor historische, statistische of wetenschappelijke doeleinden vooraleer zij wordt aangevat.

    Art. 20. De verantwoordelijke voor de latere verwerking van niet-gecodeerde persoonsgegevens voor historische, statistische of wetenschappelijke doeleinden moet de verplichtingen opgelegd in de artikelen 18 en 19 van dit besluit niet nakomen :

    1° indien de latere verwerking voor historische, statistische of wetenschappelijke doeleinden beperkt blijft tot niet-gecodeerde persoonsgegevens die kennelijk door betrokkene zelf publiek zijn gemaakt **of die in nauw verband staan met het publiek karakter van betrokkene of van de feiten waarbij deze laatste betrokken is** of is geweest, [↑](#footnote-ref-25)
26. Op het vlak van waarborg van continuiteit van zorg aanbod, doet de enorme concentratie in handen van één verstrekker vragen stellen. [↑](#footnote-ref-26)
27. Het IMA beschikt sinds 1 januari 2014, exhaustieve uitgaventijdsreeks 2006- van alle terugbetaalde verstrekkingen binnen de verplichte ziekteverzekering. [↑](#footnote-ref-27)
28. Cf dossier Fax Medica [↑](#footnote-ref-28)
29. Het postnataal zorgtraject (data 2012) zal beschreven worden in een rapport dat in de loop van het tweede kwartaal 2014 gepubliceerd zal worden [↑](#footnote-ref-29)
30. AZ Damiaan Oostende, AZ Turnhout, Jolimont, UZ Leuven, Overpelt, Notre Dame de Gosselies, St-Blasius Dendermonde, Ste-Elisabeth Namur, AZ Sint-Jan Brugge, Sint-Jozef Bornem, St-Pieters Brussel, St-Pierre Ottignies, Maas en Kempen Maaseik en de Centre Hospitalier de Mouscron hebben hetzij telefonisch, hetzij via mail gereageerd en/of bijkomende informatie opgevraagd. [↑](#footnote-ref-30)
31. Reactie van mevrouw Léa Janssens, lijnmanager ziekehuis Maaseik: *“Intern en via SPE (studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie) houden we ook cijfers bij betreffende bevallingen en keizersneden. Als ik deze gegevens vergelijk met jullie gegevens, kom ik jaarlijks een 80 tal bevallingen meer uit dan jullie telling. Ik heb dit intern door de MKG verantwoordelijke laten natrekken. Ook zij komt jaarlijks een 80tal meer bevallingen uit dan jullie telling. Zal ik de gegevens van SPE aan jullie bezorgen? Of kan er een verklaring zijn waarom er zo een groot verschil is tussen beide tellingen?”* [↑](#footnote-ref-31)
32. Reactie van de heer Marnix Goethals van Overpelt: *“Wanneer we de cijfers voor ons ziekenhuis overlopen stellen we vast dat er minder bevallingen in de registratie zitten dan er in realiteit gebeurden:*

    *• 2008: 806 versus 988 geregistreerd*

    *• 2009: 835 versus 1002*

    *• 2010: 880 versus 1078*

    *• 2011: 881 versus 1061*

    *Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat er veel buitenlanders in ons ziekenhuis bevallen zijn (vooral Nederlanders, woonachtig in de provincie). Kunt u aangeven of deze in de registratie worden meegenomen?”* [↑](#footnote-ref-32)
33. *“An increase in surgical birth rates was not associated with any clear benefit for mothers or babies, “but is linked to increased morbidity for both. Elective caesarean delivery could increase neonatal morbidity and mortality.. and is known to be associated with respiratory distress syndrome”* — Professor Villar, leader for maternal and perinatal health research in the department of reproductive health and research at the World Health Organisation

    <http://www.mybirth.com.au/intervention/caesarean.html>. In de bijlage I (pp.51-54) vindt u eveneens een lijst met abstracts van wetenschappelijke artikels rond dit onderwerp [↑](#footnote-ref-33)
34. Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, beroepsvereniging van Vlaamse gynaecologen. [↑](#footnote-ref-34)
35. Aangezien we over 4 prestatiejaren werken, zal het onmogelijk om voor de verstrekkers die in meer dan één materniteit actief zijn, deze te vermelden, dit om redenen van te hoog risico op indirecte identificatie van die verstrekker. [↑](#footnote-ref-35)
36. Hier moet evenwel de nuance aangebracht worden dat in deze volumecategorie (mono of multi) heel waarschijnlijk de stagemeesters terug te vinden zijn. [↑](#footnote-ref-36)