

## Het zorgtraject geboorte in België: stand van zaken en voorstel(len)

Gauthier Vandeleene, Hervé Avalosse – Studiedienst

### Samenvatting

*In dit artikel wordt ingegaan op de opvolging van moeders tijdens en na hun zwangerschap, door verschillende zorgverleners (voornamelijk gynaecologen, vroedvrouwen en kinesitherapeuten). We bekijken in hoeverre de moeders contact hebben gehad met deze zorgverleners en hoeveel daadwerkelijke contacten er zijn geweest.*

*Voor de moeders die bij CM zijn aangesloten, zien we aldus de volgende grote trends:*

- *Een groot aandeel voor gynaecologen: ze zijn vooral aanwezig tijdens de zwangerschap (gemiddeld zo'n 12 contacten), maar minder na de bevalling (1 tot 2 contacten in de 3 maanden na de geboorte);*
- *Een stijgend aantal contacten met vroedvrouwen (gemiddeld bijna 4 contacten tijdens de zwangerschap en 5 contacten binnen de 3 maanden na de geboorte);*
- *Niet te verwaarlozen activiteiten van kinesitherapeuten: 30% van de moeders maakte gebruik van kinesitherapie tijdens hun zwangerschap, bijna 70% binnen de drie maanden na de bevalling.*

*Maar we stelden ook vast dat niet alle moeders op dezelfde manier worden opgevolgd: er zijn aanzienlijke regionale verschillen en een sociale gradiënt in het nadeel van moeders met recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT) (indicator voor een laag inkomen). Wat de opvolging betreft zien we extreme situaties: enerzijds lijkt aan veel vrouwen een groot aantal contacten te worden verleend als we kijken naar de verschillende specialisaties; anderzijds krijgt een niet te verwaarlozen deel van de moeders (veel) te weinig begeleiding. Uiteindelijk bevinden we ons dus in een paradoxale situatie: ondanks de substantiële activiteiten van de zorgverleners is een systematische opvolging van alle moeders niet gegarandeerd, noch vóór, noch na de geboorte.*

*Deze vaststelling werd ook al gedaan door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Om de situatie te verbeteren, pleit het KCE voor de invoering van een geïntegreerd en gecoördineerd pre- en postnataal zorgtraject. Dat zou de garantie bieden dat de nodige verstrekkingen worden geleverd, overeenkomstig de behoeften van de (aanstaande) moeder.*

**Sleutelwoorden: Geboorte, vroedvrouw, gynaecoloog, kinesitherapeut**

### 1. Inleiding

Elk jaar zijn er in België meer dan 110.000 geboorten. Ook al zien we dit aantal de laatste tien jaar afnemen, het blijft een feit dat een meerderheid van de vrouwen in België minstens één keer in hun leven zullen bevallen. Het is dus zowel een veel voorkomende handeling (want zeer wijdverspreid onder de bevolking) als een heel bijzondere handeling (omdat elke vrouw niet 'veel' van dit soort ervaringen zal hebben). Het is een moment dat goed moet worden voorbereid, alleen of met

de hulp van een professional. Het is bovendien een periode waarin de gezondheid van de aanstaande moeder (en haar baby) zeer nauwlettend in de gaten wordt gehouden, en terecht. Dat is wat we in dit artikel het 'zorgtraject geboorte' noemen: een reeks geneeskundige verstrekkingen voor (aanstaande) moeders tijdens hun zwangerschap, vergoed door de verplichte ziekteverzekering.

Als we er echter van uitgaan dat achter het begrip zorgtraject een bepaalde coördinatie en systematiek moet schuilgaan in de begeleiding van aanstaande moeders, moeten we helaas

vaststellen dat zo'n traject, in de ware betekenis van het woord, paradoxaal genoeg niet echt bestaat in België. Er is geen enkele verplichting tot opvolging voor een aanstaande moeder en strikt genomen is er dus ook geen 'geboortetraject'. Dat wordt geheel overgelaten aan het oordeel van de moeder zelf en van de door haar bezochte zorgverleners. Elk ziekenhuis (of elk kraamzorgcentrum) heeft zijn eigen aanbevelingen voor de opvolging van aanstaande moeders, en het staat deze laatste geheel vrij om zo'n advies al dan niet op te volgen, en dat zowel vóór als na de geboorte.

In dit artikel zullen we proberen de huidige contouren van de opvolging van aanstaande moeders te achterhalen. De aanleiding hiervoor is grotendeels de (recente) beslissing om het aantal dagen dat moeders en hun baby('s) op de kraamafdeling doorbrengen te verminderen: tussen 2015 en 2019 is dit aantal verblijfsdagen gemiddeld zo'n 30% afgenomen bij natuurlijke bevallingen. Het gevolg was een grotere behoefte aan opvolging voor (aanstaande) moeders (in ieder geval na de geboorte), om hen beter voor te bereiden op een vroegere terugkeer naar huis.

We willen zowel de situatie beschrijven als een aantal mogelijkheden voor de verbetering van het zorgtraject uitstippelen, naar het voorbeeld van een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (Benahmed et al., 2019a) over deze kwestie. We zullen hierbij als volgt te werk gaan. Eerst kiezen we de gebruikte methode en vervolgens lichten we toe hoe aanstaande moeders vóór (wat betreft bepaalde gezondheidsprofessionals) en na de geboorte worden begeleid. Ook zullen we de provinciale verschillen onderstrepen die ons belangrijk lijken. Ondertussen wijzen we op de significante afname van het aantal dagen op de kraamafdeling. Vervolgens leggen we een verband met de KCE-studie over het zorgtraject en geven we voorbeelden

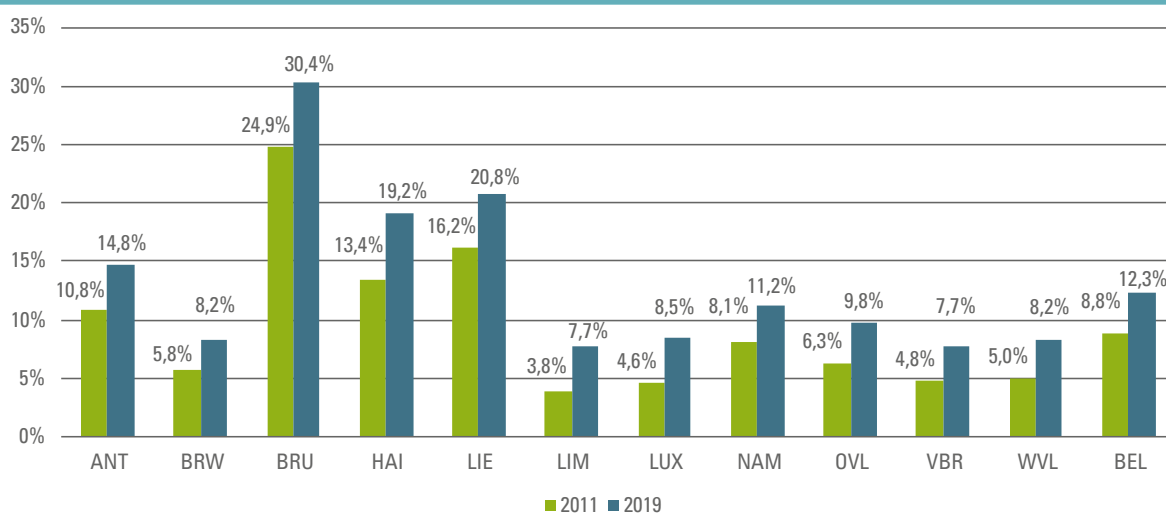
van zorgtrajecten in het buitenland, om ten slotte enkele mogelijkheden voor hervormingen voor te stellen.

## 2. Methode

We selecteerden alle moeders, aangesloten bij CM, die tussen 2011 en 2019 zijn bevallen. Dat betekent ongeveer 400.000 personen in de onderzochte periode. Al deze moeders zijn ongeveer 29 tot 32 jaar oud (de gemiddelde leeftijd stijgt ietwat, maar niet veel). We hebben niet alleen de bevallingen in aanmerking genomen die plaatsvonden in het ziekenhuis, maar ook deze daarbuiten: het is uiteraard perfect mogelijk om buiten een ziekenhuisomgeving een kind op de wereld te zetten, maar in ons land blijft dit toch een eerder uitzonderlijke situatie (voor moeders aangesloten bij CM gaat het slechts om 82 bevallingen per jaar). Anderzijds hebben we, om te kunnen spreken van 'vrouwen' of 'moeders' (en deze analyse een persoonlijker tintje te geven) in plaats van 'bevallingen', telkens wanneer een vrouw tweemaal in hetzelfde jaar was bevallen, de tweede bevalling uit de analyse weggelaten (dat blijft natuurlijk eerder zeldzaam, in de orde van 5 tot 10 bevallingen op bijna 44.000 per jaar).

Een aanzienlijk deel van deze moeders heeft recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT), wat duidt op een laag beschikbaar inkomen. Bovendien zit dit aandeel op Belgisch niveau in stijgende lijn (zie Figuur 1<sup>1</sup>): van 9% in 2011 naar al iets meer dan 12% in 2019. Hier zijn er grote verschillen: in 2019 bedraagt het percentage VT-moeders dat bevallen is 30% in Brussel, tegenover 19 tot 20% in de provincies Luik en Henegouwen en 15% in de provincie Antwerpen. Dat is een bevinding waar we blijvend aandacht voor moeten hebben:

**Figuur 1: Percentage VT onder de geselecteerde moeders – 2011 en 2019**



1. De provincies worden op de volgende manier aangeduid: ANT=Antwerpen, BRW=Brabant wallon, HAI=Hainaut, LIE=Liège, LIM=Limburg, LUX=Luxembourg, NAM=Namur, OVL=Oost-Vlaanderen, VBR=Vlaams-Brabant, WVL=West-Vlaanderen. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt aangeduid met BRU. BEL verwijst naar België.

niet alle moeders hebben dezelfde kansen om een goed ‘geboortetraject’ op te zetten. We merken op dat deze stijgende trend niet specifiek is voor moeders, maar eveneens wordt waargenomen in de groep vrouwen tussen 20 en 40 jaar in het algemeen.

Voor alle geselecteerde moeders keken we hoe de opvolging van de zwangerschap was verlopen, maar ook in welke mate bepaalde zorgen werden verstrekt na de geboorte. Verder kijken we naar enkele aspecten die verband houden met de bevalling zelf, zoals het type bevalling, de verblijfsduur in het ziekenhuis, of de aanstaande moeder al dan niet een epidurale verdoving heeft gekregen.

Met uitzondering van de opvolging van de baby’s door kinderartsen, hebben alle hierna volgende resultaten betrekking op de moeders. Een indicator zoals het opvolgingspercentage door vroedvrouwen geeft het percentage moeders weer dat ten minste één keer contact heeft gehad met een vroedvrouw. Voor het inschatten van het aantal contacten houden we alleen rekening met (aanstaande) moeders die minimaal één effectief contact hebben gehad met een bepaalde zorgverlener. Op basis hiervan wordt de verdeling van het aantal contacten met deze zorgverlener berekend.

Ten slotte is, wat betreft de zwangerschappen die hieronder worden bestudeerd, zowel rekening gehouden met normale zwangerschappen als ‘risicozwangerschappen’ (die we dus niet hebben uitgesloten). Hoe groot is het percentage ‘risicozwangerschappen’? Alles hangt natuurlijk af van wat men beschouwt als risicofactoren. In het KCE-rapport wordt hiervoor een indicatie gegeven. Het percentage ‘risicozwangerschappen’ wordt<sup>2</sup> voor ons land geschat op 20% (voor de periode 2010-2016).

### 3. Prenatale kraamzorg

We richten ons op verschillende gezondheidszorg-verstrekkingen<sup>3</sup>: contacten met gynaecologen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten. Maar we kijken ook naar de mate waarin moeders toegang hebben tot echo’s, CMV-screenings<sup>4</sup> en niet-invasieve prenatale tests (NIPT, gebruikt om trisomie 21 ofwel het downsyndroom op te sporen).

#### 3.1. Opvolging door gynaecologen

Aanstaande moeders worden bijna allemaal opgevolgd door een gynaecoloog. Hierbij bedoelen we de poliklinische raadplegingen tijdens de zwangerschap vóór de opname op de kraamafdeling. Het opvolgingspercentage door gynaecologen ligt in de orde van 99 tot 100% en is niet veranderd in de onderzochte periode (2011 tot 2019). Het aantal contacten is hoog en verschilt niet veel van jaar tot jaar. Dit toont aan dat de gynaecoloog een centrale rol speelt bij het opvolgen van zwangerschappen. Zoals te zien is in Figuur 2, bedraagt het aantal contacten in 2019 voor België ongeveer 11 tot 12 (mediaan en gemiddelde). Hierbij moet echter worden opgemerkt dat bijna 25% van de moeders 14 of meer contacten heeft gehad (P75) en 5% van hen 20 of meer contacten (P95). We zien ook regionale verschillen<sup>5</sup>: in Vlaams-Brabant ligt het aantal eerder rond de 10 tot 11 contacten (met 11 het gemiddelde en 10 de mediaan), terwijl in Henegouwen het aantal contacten rond de 14 ligt.

#### 3.2. Opvolging door vroedvrouwen

De geobserveerde vooruitgang is hier spectaculair. Zoals we zien in Figuur 3, is het opvolgingspercentage door vroedvrouwen vóór de geboorte aanzienlijk gestegen: op Belgisch niveau zien we een stijging van 45% in 2011 naar ongeveer 80% in 2019. In sommige provincies is de situatie zelfs nog beter: in Limburg heeft 95% van de aanstaande moeders voor de bevalling minstens één contact gehad met een vroedvrouw in 2019. Hetzelfde zien we in de provincie Luxemburg, waar dit percentage 89% is. Anderzijds ligt het opvolgingspercentage in de provincie Antwerpen in 2019 met 69% een stuk lager dan het landelijk gemiddelde.

Naast deze geografische verschillen is er ook sprake van een sociale kloof. In Figuur 4 tonen we het opvolgingspercentage door vroedvrouwen, afhankelijk van de sociale status van de moeder (VT/niet-VT). Dat percentage stijgt zowel voor VT- als voor niet-VT-moeders, maar voor de laatste groep gaat de stijging wel langzamer. In 2019 heeft ongeveer 82% van de niet-VT-moeders contact gehad met een vroedvrouw. Maar voor VT-moeders blijft dit percentage hangen op ongeveer 69%. We zien dat dit sociale verschil blijvend is: de kloof tussen VT en niet-VT neigt zelfs groter te worden in de bestudeerde periode.

2. De risicofactoren die in dit KCE-rapport worden beschreven, zijn:

1) leeftijd: de moeder is jonger dan 18 of ouder dan 40

2) de aanwezigheid van reeds bestaande comorbiditeiten (bijvoorbeeld: diabetes, hypertensie, enz.)

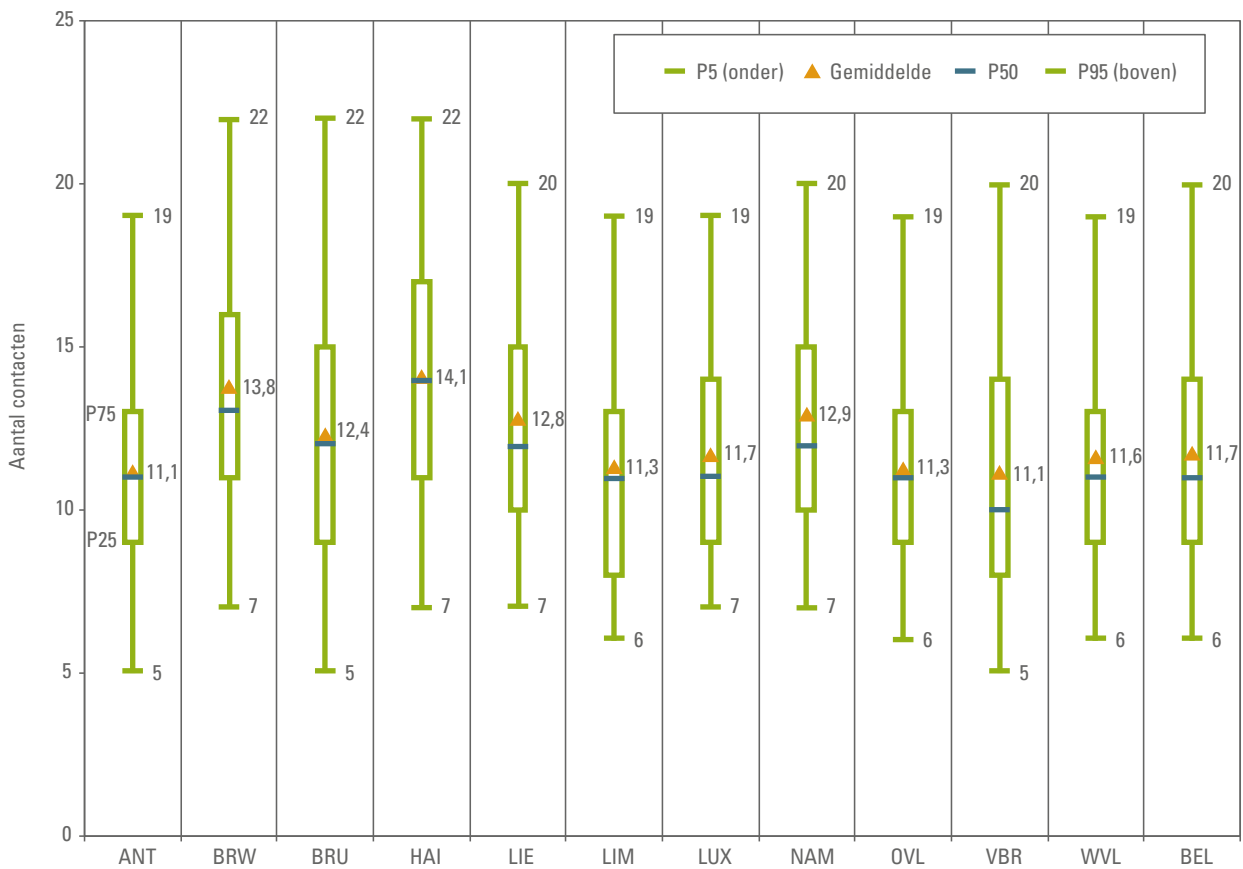
3) het feit dat de moeder in aanmerking kwam voor specifieke verstrekkingen (in de nomenclatuur van de gezondheidszorg) die duiden op een risicozwangerschap (voor vroedvrouwen worden er speciale sessies georganiseerd over risicozwangerschappen; bevallingen waarbij de aanwezigheid van een kinderarts een vereiste is). Bron: KCE-rapport 326. In de aanvullingen bij het rapport, p. 89

3. We kijken niet naar tandzorg: de situatie verschilt op dat punt niet van die waargenomen onder de algemene bevolking. Zie de cijfers van de Belgische gezondheidsenquête: [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ\\_LS\\_NL\\_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_LS_NL_2018.pdf)

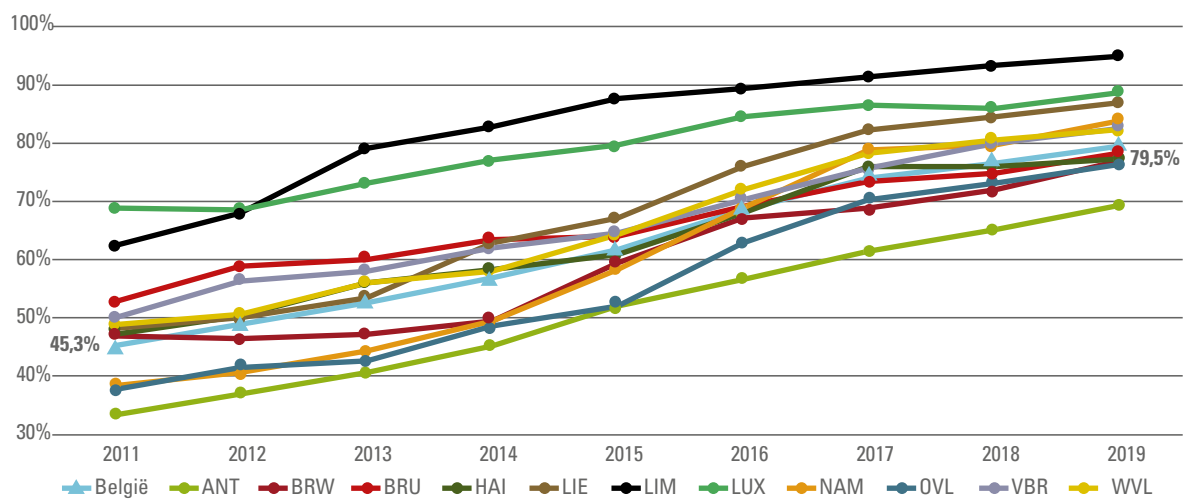
4. Screening op het cytomegalovirus

5. Afhankelijk van de woonplaats van de moeder.

**Figuur 2: Gynaecologen - Aantal effectieve contacten tijdens de zwangerschap – 2019**

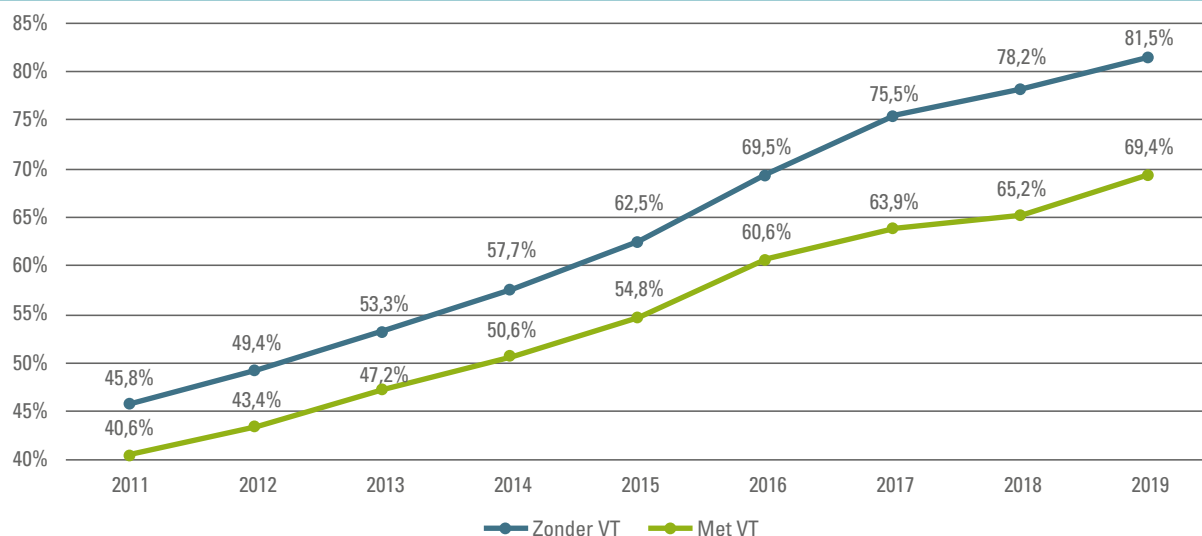


**Figuur 3: Vroedvrouwen - Opgvolgingspercentage tijdens de zwangerschap – per provincie**



3. We kijken niet naar tandzorg: de situatie verschilt op dat punt niet van die waargenomen onder de algemene bevolking. Zie de cijfers van de Belgische gezondheidsenquête: [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ\\_LS\\_NL\\_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_LS_NL_2018.pdf)
4. Screening op het cytomegalovirus
5. Afhankelijk van de woonplaats van de moeder.

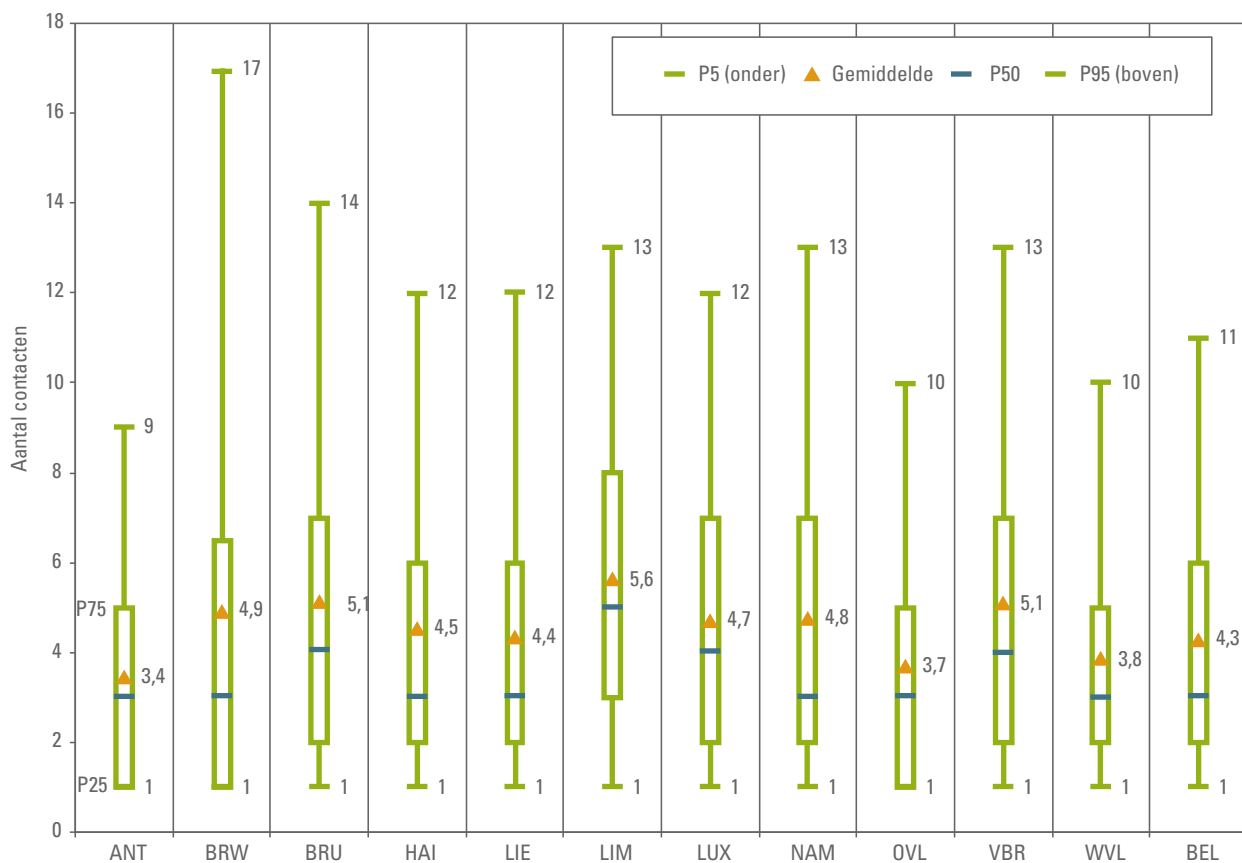
**Figuur 4: Vroedvrouwen - Opvolgingspercentage tijdens de zwangerschap afhankelijk van de sociale status van de moeder (België)**



Ook het aantal contacten met een vroedvrouw tijdens de zwangerschap is licht toegenomen. Op Belgisch niveau is het gemiddeld aantal contacten gestegen van 3,2 in 2011 naar 4,3 in 2019 (de mediaan steeg in dezelfde periode van 2 naar 3). Sommige moeders hebben echter aanzienlijk meer contacten: zoals we zien in Figuur 5 heeft in 2019, over heel

België genomen, 25% van de moeders 6 of meer contacten gehad (P75) en 5% van hen tot 11 of meer contacten (P95). We zien ook regionale verschillen: in de provincie Antwerpen ligt in 2019 het gemiddelde en de mediaan van de contacten rond de 3, terwijl dat in Limburg 5 (mediaan) tot 6 (gemiddelde) contacten is.

**Figuur 5: Vroedvrouwen - Aantal effectieve contacten tijdens de zwangerschap – 2019**



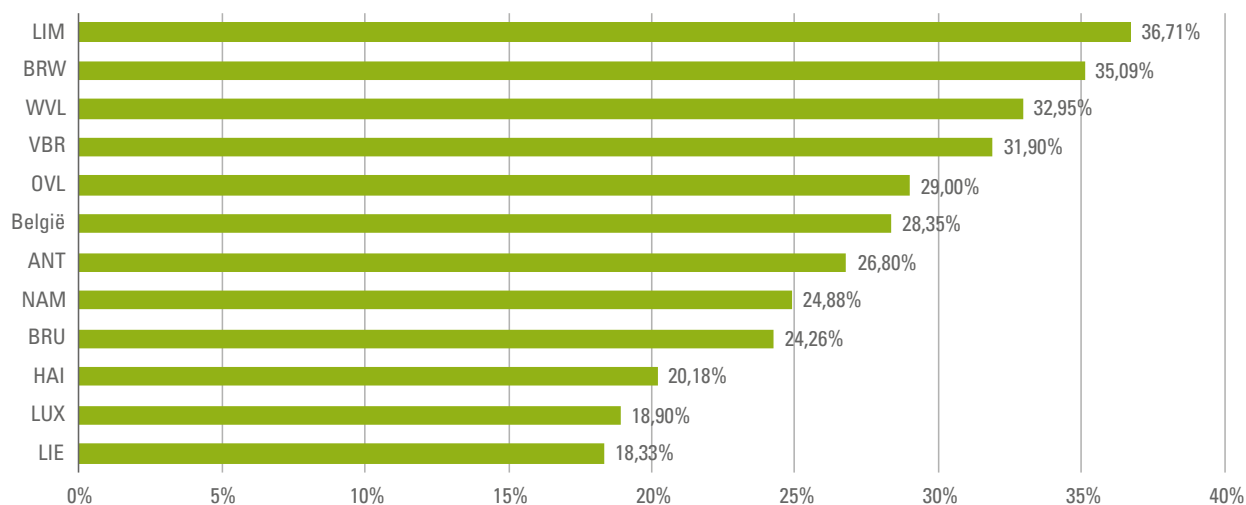
### 3.3. Opvolging door kinesitherapeuten

Het percentage zwangere vrouwen dat contact heeft<sup>6</sup> met kinesitherapeuten is in het algemeen zeer stabiel: op Belgisch niveau was dit percentage 28% in 2011, in 2019 is het licht gestegen tot 29%. Er zijn echter regionale verschillen. In Figuur 6 tonen we, afhankelijk van de woonplaats van de moeder, het opvolgingspercentage door kinesitherapeuten voor de jaren 2018 en 2019, waarbij de twee jaren gezamenlijk worden beschouwd. De verschillen zijn aanzienlijk: bijna 37% van de Limburgse moeders heeft tijdens de zwangerschap contact

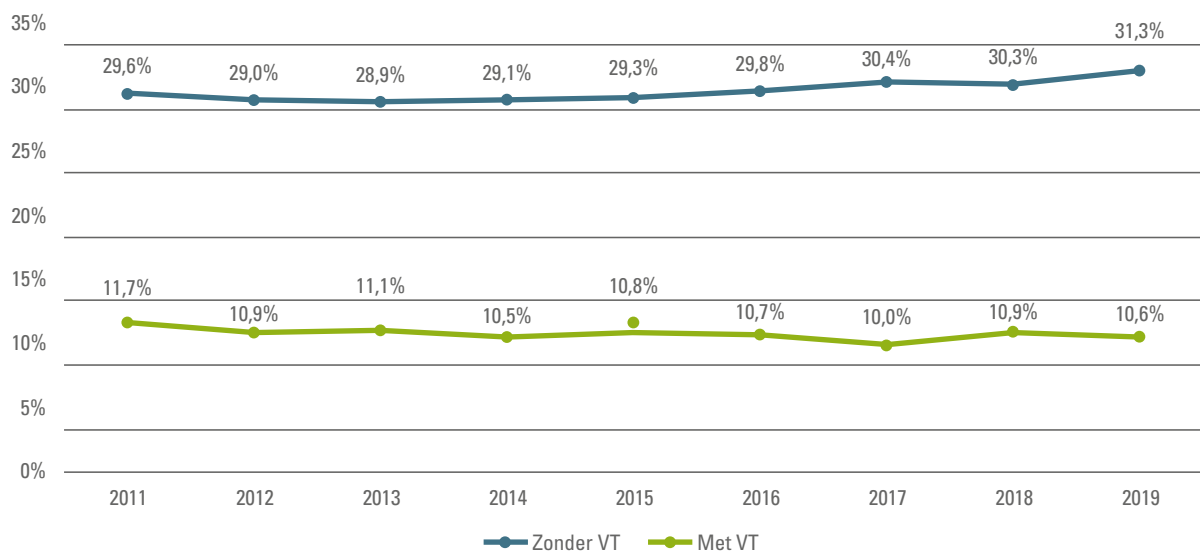
gehad met hun kinesitherapeut, voor de Luikse moeders is dat percentage slechts 18%.

Los van de geografische verschillen zien we ook een grote sociale kloof. In Figuur 7 tonen we het opvolgingspercentage door kinesitherapeuten, afhankelijk van de sociale status van de moeder (VT/niet-VT). Van de niet-VT-moeders had bijna 30% vóór de bevalling kinesitherapeutische contacten. Maar bij de VT-moeders daalt dit percentage tot ongeveer 11%. We zien dat dit sociale verschil blijvend is: de kloof tussen VT en niet-VT blijft constant gedurende de bestudeerde periode.

Figuur 6: Kinesitherapeuten - Opvolgingspercentage tijdens de zwangerschap – 2018 en 2019



Figuur 7: Kinesitherapeuten - Opvolgingspercentage tijdens de zwangerschap – afhankelijk van de sociale status van de moeder



6. Elk soort contact met kinesitherapeuten.

Het aantal contacten met kinesitherapeuten is relatief stabiel: op Belgisch niveau is het gemiddeld aantal contacten gestegen van 7 in 2011 naar 8 in 2019 (de mediaan steeg in dezelfde periode van 5 naar 6). Sommige moeders hebben aanzienlijk meer contacten: zoals te zien is in Figuur 8, heeft 5% van hen tot 22 contacten en meer gehad (P95). We zien ook regionale verschillen: in 2019 bedraagt het aantal contacten in Brussel ongeveer 4 (mediaan) tot 6 (gemiddelde), tegen 6 (mediaan) tot 9,5 (gemiddelde) contacten in de provincie Luxemburg.

### 3.4. Echo's, NIPT-tests, CMV-screenings

Over echo's valt weinig te zeggen: in de hele onderzochte periode hebben bijna alle moeders er tijdens hun zwangerschap wel minstens één gehad. Qua aantallen ligt de mediaan op 3 tot 4.

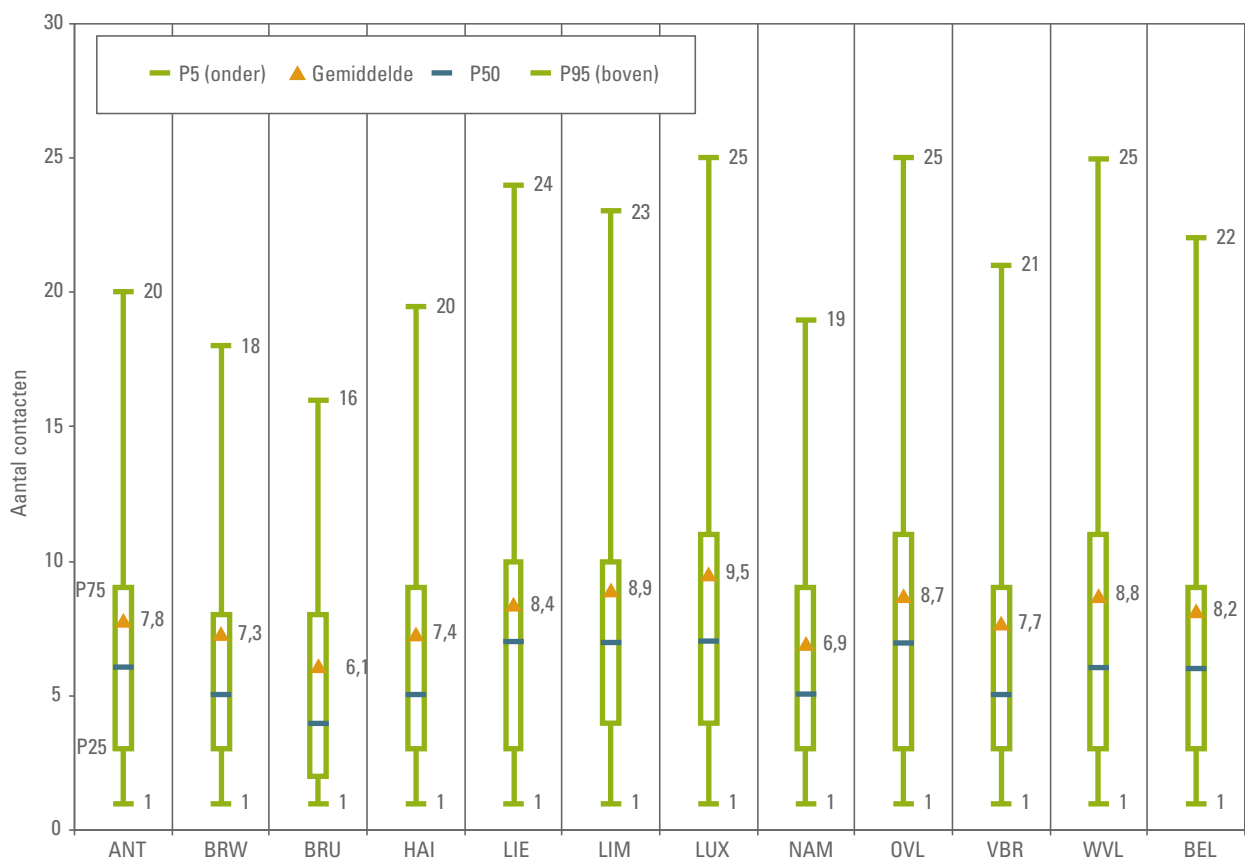
Niet-invasieve prenatale tests (NIPT-tests) worden gebruikt om trisomie 21 (downsyndroom) op te sporen. Ze worden veel gebruikt: In 2011 deed bijna 79% van de moeders de

test tijdens hun zwangerschap. Dit percentage was in 2018 gestegen tot 89% en in 2019 zelfs tot 91%. Er is weinig of geen regionale variatie. In de laatste twee jaar van de bestudeerde periode zien we echter dat moeders in Brussel (83%) en Antwerpen (85%) wat minder vaak een beroep doen op deze test (gemiddelde voor België: 90%).

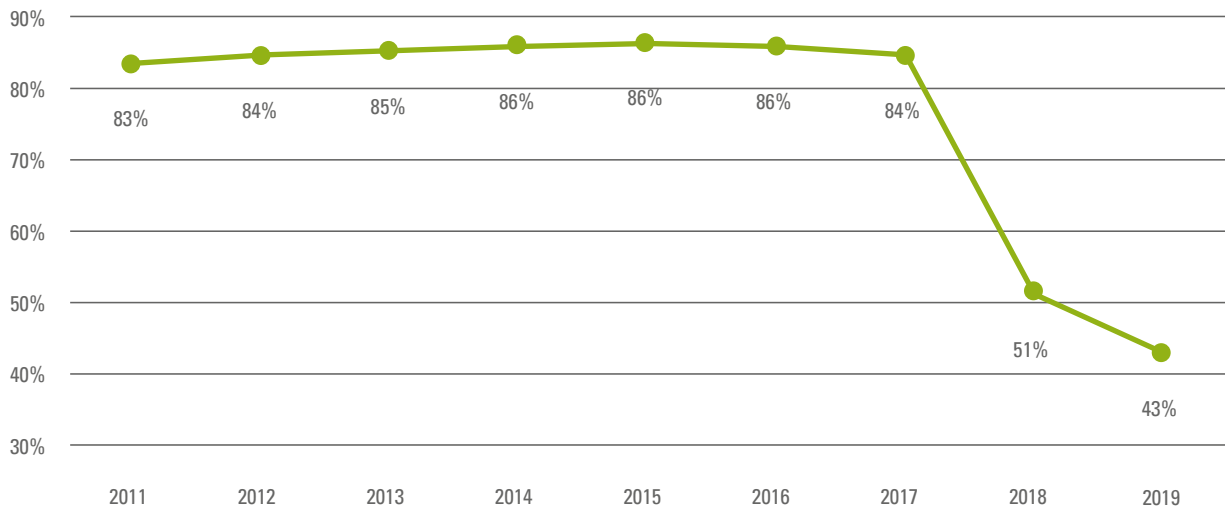
CMV-screenings werden tot 2017 op grote schaal gebruikt (zo'n 83% tot 86% van de moeders deed de test tijdens hun zwangerschap). Maar zoals we in Figuur 9 zien, daalt dit percentage sterk, eerst tot 51% in 2018 en vervolgens zelfs tot 43% in 2019. Dat is het gevolg van een maatregel uit juli 2017: CMV-screenings worden sindsdien niet meer vergoed tijdens zwangerschappen, tenzij er een infectie wordt vermoed.

Er zijn grote geografische verschillen. Als we de jaren 2018 en 2019 als geheel beschouwen, merken we op (zie Figuur 10) dat het percentage moeders dat tijdens de zwangerschap een CMV-screening ondergaat, oploopt tot het dubbele: van 35% in de provincie Antwerpen tot bijna 70% in de provincies Namen en Waals-Brabant.

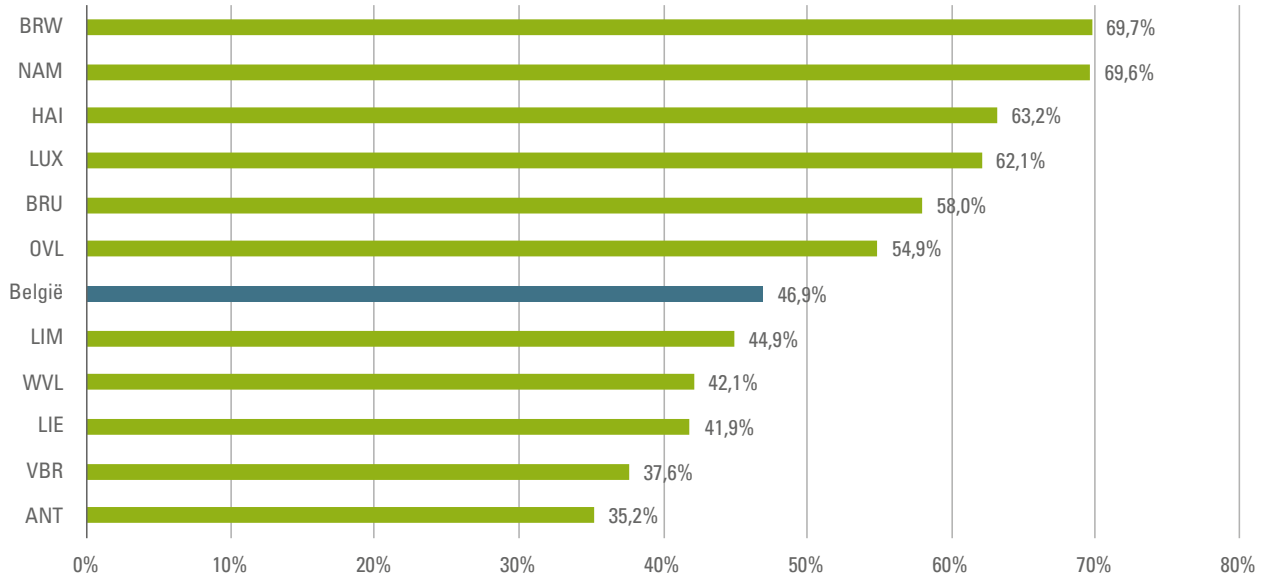
**Figuur 8: Kinesitherapeuten - Aantal effectieve contacten tijdens de zwangerschap – 2019**



**Figuur 9: Percentage CMV-screenings tijdens de zwangerschap**



**Figuur 10: Percentage CMV-screenings tijdens de zwangerschap – 2018 en 2019**



#### 4. De bevalling: enkele indicaties

Het percentage bevallingen met keizersnede is zeer stabiel en ligt rond de 20%<sup>7</sup>. Er zijn evenmin significante geografische

verschillen. De verblijfsduur in het ziekenhuis daarentegen wordt wel beïnvloed door het soort bevalling. Het verblijf is langer wanneer het een bevalling met keizersnede is. Deze verblijfsduur vertoont een dalende trend. Zoals te zien is in Figuur 11, is de mediane verblijfsduur op een kraamafdeling

7. De OESO-statistieken wijzen op een percentage geboortes via keizersnede van 21% voor België in 2017. Sommige westerse landen hebben veel hogere percentages: Verenigd Koninkrijk (27,4%), Luxemburg (29,7%), Duitsland (30,2%), Verenigde Staten (32%). Maar in andere landen ligt het percentage een stuk lager: Zweden (16,6%), Nederland (16,2%), Israël (14,8%).

In haar 'verklaring over het percentage keizersneden' stelt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het volgende: "volgens de internationale gezondheidsgemeenschap ligt het ideale percentage keizersneden ergens tussen 10% en 15%".

Bronnen:

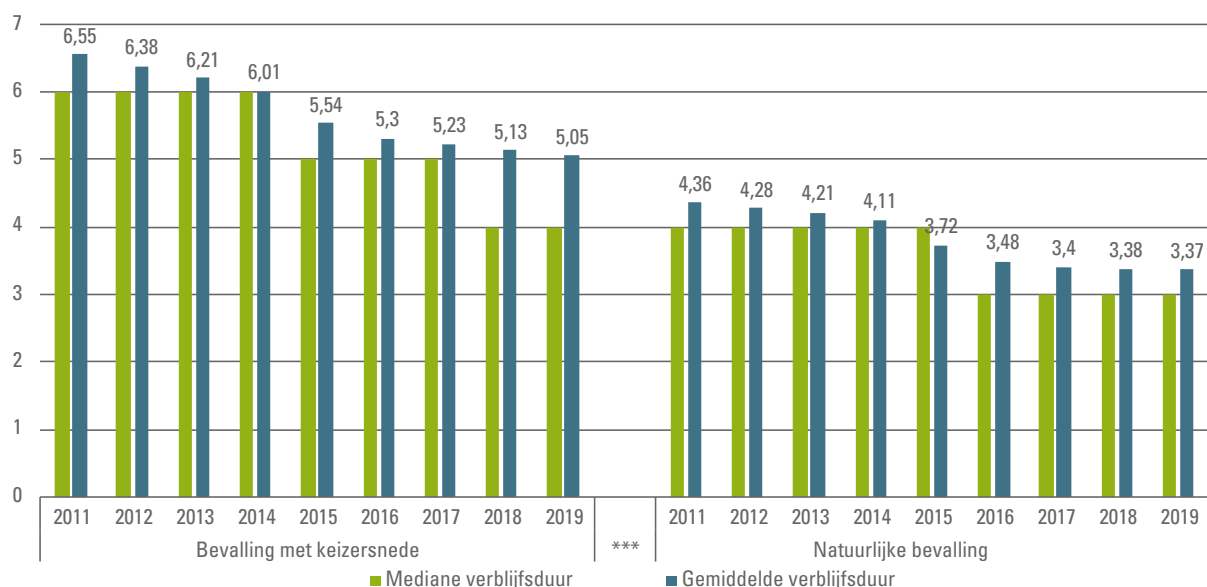
- OESO. Gezondheids panorama 2019. <https://doi.org/10.1787/888934070434>

- WHO. 2014. WGO-verklaring over het percentage keizersneden.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO\\_RHR\\_15.02\\_fre.pdf;jsessionid=207B5B84DC9B26AB15968920F9A7C56D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=207B5B84DC9B26AB15968920F9A7C56D?sequence=1)



**Figuur 11: Evolutie van de verblijfsduur volgens het type bevalling**



na een keizersnede tussen 2011 en 2019 afgenomen van 6 tot 4 dagen, en de gemiddelde duur van 6,6 tot 5,1 dagen. We zien een vergelijkbare trend bij natuurlijke bevallingen: tussen 2011 en 2019 is de mediane verblijfsduur hier afgenomen van 4 tot 3 dagen, en de gemiddelde duur van 4,4 tot 3,4 dagen.<sup>8</sup>

De epidurale verdoving is erg populair: bijna 80% van de moeders maakte er gebruik van. Dit percentage blijft in de bestudeerde periode zeer stabiel en verschilt ook weinig van provincie tot provincie.

## 5. Postnatale kraamzorg

Voor de postnatale opvolging binnen de drie maanden na de bevalling geven we enkele indicaties voor de contacten met vroedvrouwen, kinesitherapeuten en gynaecologen. Bij de opvolging van baby's kijken we ook naar het aantal raadplegingen bij een kinderarts.

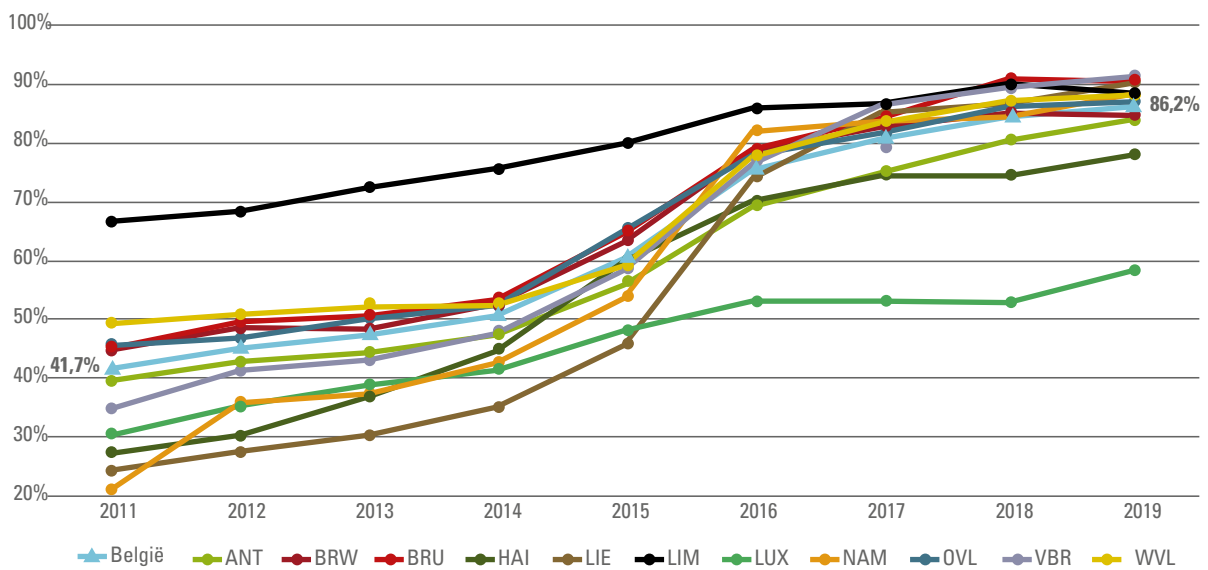
### 5.1. Opvolging door vroedvrouwen

Net als tijdens de zwangerschap, is de opwaartse trend ook hier spectaculair. Zoals we zien in Figuur 12, is het opvolgingspercentage door vroedvrouwen na de geboorte aanzienlijk gestegen. Op Belgisch niveau zien we een stijging van 42% in 2011 tot ongeveer 86% in 2019. Bijna alle provincies hebben gelijkaardige opvolgingspercentages, met uitzondering van Henegouwen (78%) en Luxemburg (58%) die beduidend lager scoren dan het nationale gemiddelde.

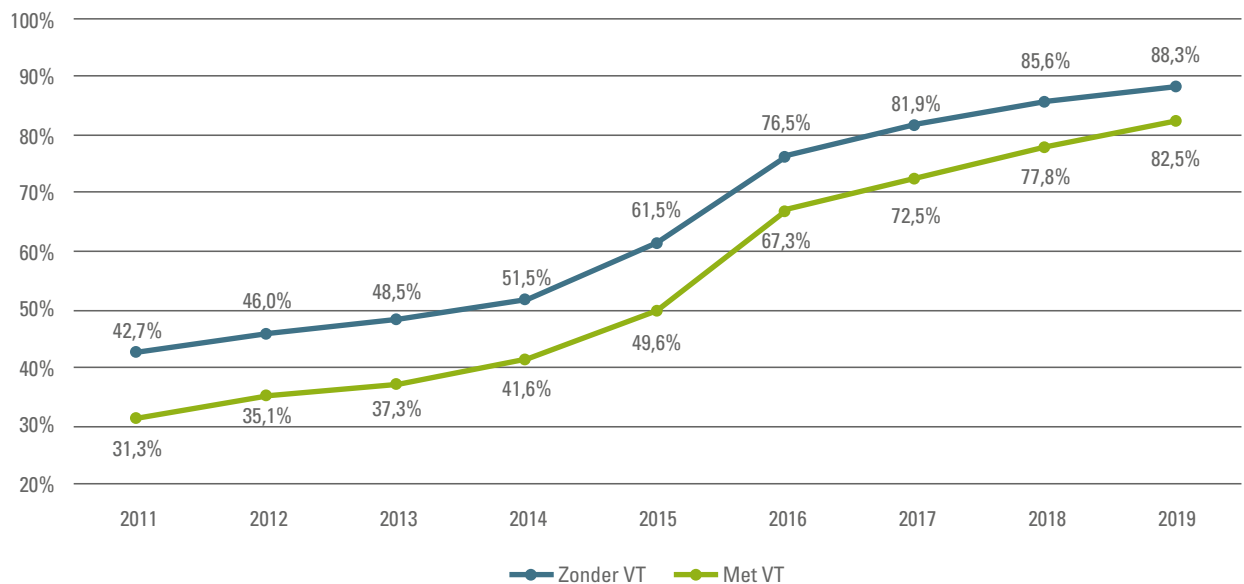
Het is interessant om op te merken dat het opvolgingspercentage voor moeders met recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT) eveneens in de lift zit. Zoals we zien in Figuur 13, is dit percentage nog altijd lager dan het percentage dat wordt waargenomen bij niet-VT-moeders, maar de kloof tussen de twee curves wordt in elk geval langzamerhand kleiner. Dat is een heel positieve ontwikkeling: VT-moeders hebben dus bijna evenveel kans als niet-VT-moeders op dit type opvolging. Waarschijnlijk zijn het de vroedvrouwen die daarop toezien, door iedereen opvolging aan te bieden. Bovendien is er geen financiële drempel, want deze verstrekkingen genereren over het algemeen geen remgeld of supplementen.

8. Ter vergelijking: in 2017 bedroeg de gemiddelde verblijfsduur voor een vaginale bevalling 4 dagen in Luxemburg, 3,9 in Frankrijk, 3,4 in Italië, 2,3 in Zweden, 1,9 in Nederland en 1,4 in het VK.  
Bron: OESO. Gezondheidsrapportage 2019. <https://doi.org/10.1787/888934070320>

**Figuur 12: Vroedvrouwen - Opvolgingspercentage na de bevalling**



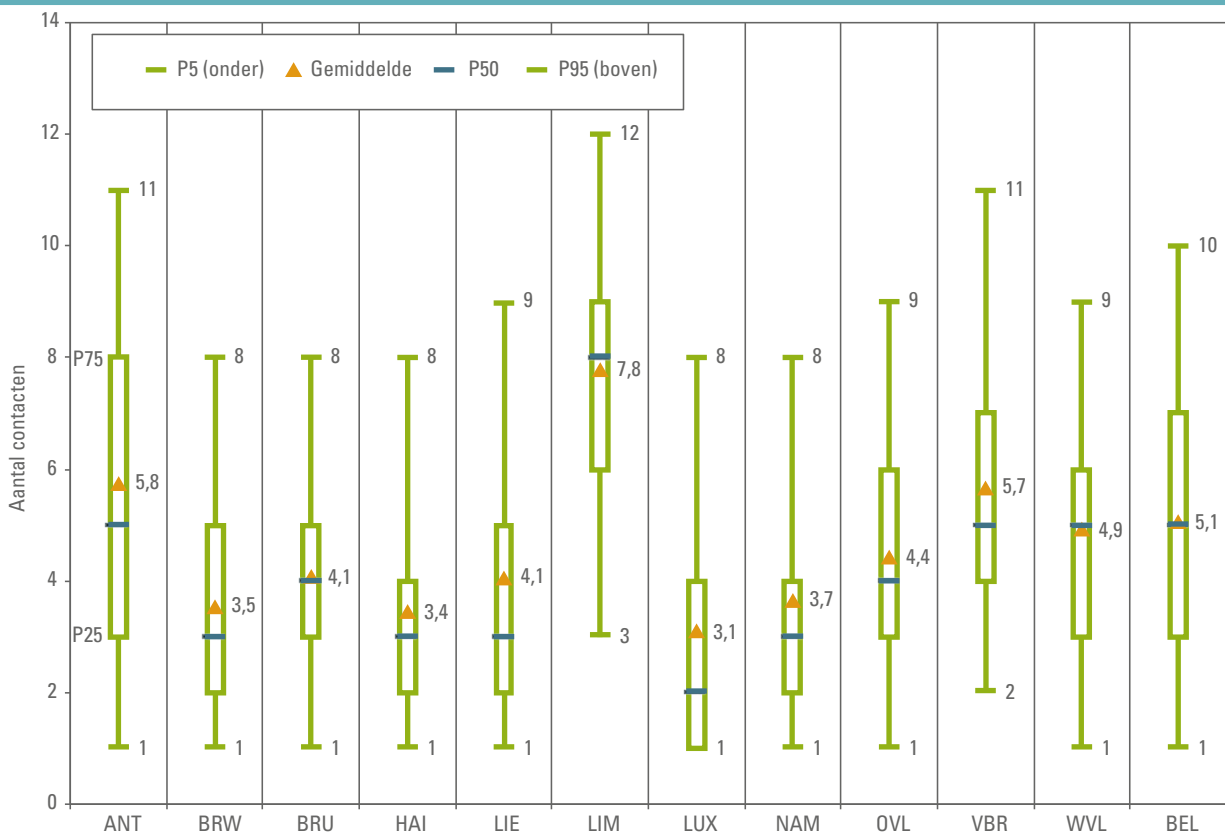
**Figuur 13: Vroedvrouwen - Opvolgingspercentage na de bevalling – afhankelijk van de sociale status van de moeder**



Het aantal contacten met een vroedvrouw in de 3 maanden na de bevalling vertoont een stijgende trend. Op Belgisch niveau is het gemiddeld aantal contacten gestegen van 4,1 in 2011 naar 5,1 in 2019 (de mediaan steeg in dezelfde periode van 3 naar 5). Sommige moeders hebben echter aanzienlijk meer contacten: zoals we zien in Figuur 14 heeft in 2019, over heel

België genomen, 25% van de moeders 7 of meer contacten gehad (P75) en 5% van hen tot 10 of meer contacten (P95). We zien ook regionale verschillen. In 2019 ligt de mediaan in de provincie Luxemburg rond de 2 en het gemiddelde rond de 3, tegenover zo'n 8 contacten in Limburg (mediaan en gemiddelde).

Figuur 14: Voedvrouwen - Aantal effectieve contacten na de bevalling – 2019

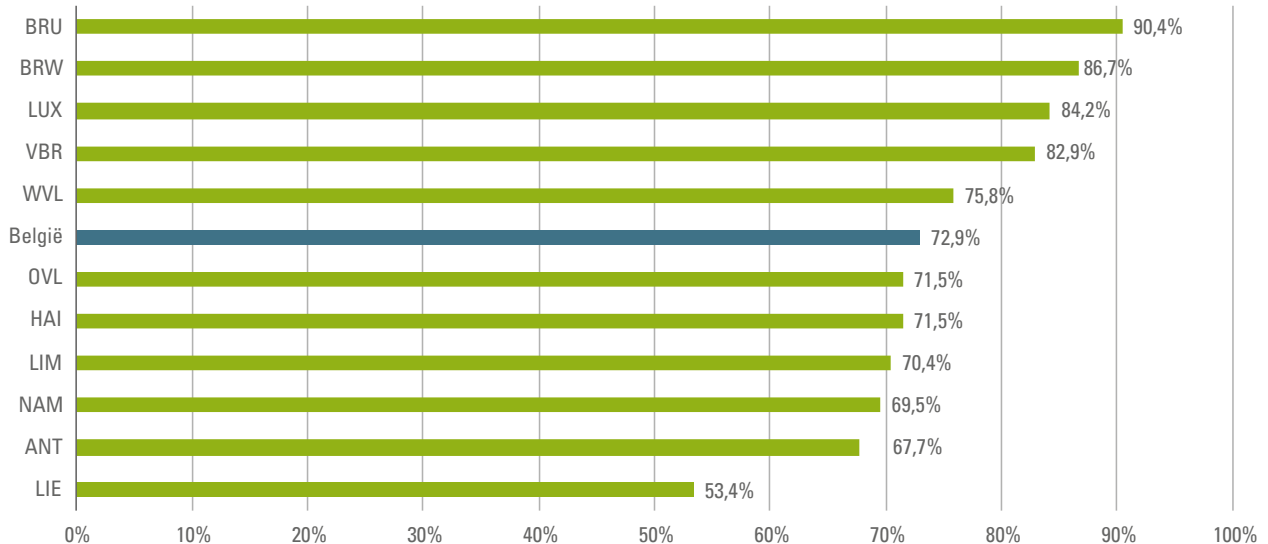


## 5.2. Opvolging door kinesitherapeuten

Binnen de 3 maanden na de bevalling is het percentage moeders dat contact heeft met kinesitherapeuten, in het algemeen erg stabiel: op Belgisch niveau schommelt dit percentage van 70% tot 74% in de periode 2011 tot 2019.

Er zijn echter regionale verschillen. In Figuur 15 is, per provincie, het opvolgingspercentage door kinesitherapeuten af te lezen voor de jaren 2018 en 2019 samen. De verschillen zijn aanzienlijk: bijna 90% van de Brusselse moeders heeft na de bevalling contact met hun kinesitherapeut, tegenover 53% van de moeders in Luik.

Figuur 15: Kinesitherapeuten - Opvolgingspercentage na de bevalling – 2018 en 2019



Los van de geografische verschillen zien we ook een grote sociale kloof. In Figuur 16 tonen we het opvolgingspercentage door kinesitherapeuten, afhankelijk van de sociale status van de moeder (VT/niet-VT). Onder niet-VT-moeders heeft bijna 72% tot 76% na de bevalling toegang tot kinesitherapeutische contacten. Voor VT-moeders is dit percentage echter lager, in de orde van 52% tot 58%. We zien bovendien dat deze kloof tussen VT en niet-VT min of meer constant blijft gedurende de bestudeerde periode.

Het aantal contacten is erg stabiel: de mediaan is gedurende de bestudeerde periode 3, terwijl het gemiddelde schommelt tussen 4 en 5. Sommige moeders hebben echter aanzienlijk meer contacten: zoals te zien is in Figuur 17, heeft 25% van hen in 2019, op Belgisch niveau, 7 of meer contacten gehad (P75), en 5% van hen tot 11 contacten en meer (P95). We zien ook regionale verschillen: in 2019 bedraagt het aantal contacten in de provincie Antwerpen ongeveer 2 (mediaan) tot 3 (gemiddelde), terwijl dat in Waals-Brabant 6 is (mediaan en gemiddelde).

### 5.3. Opvolging door gynaecologen

Binnen de 3 maanden na de bevalling bezocht 86% van de moeders hun gynaecoloog. Dit percentage varieert nauwelijks gedurende de bestudeerde periode. Maar we

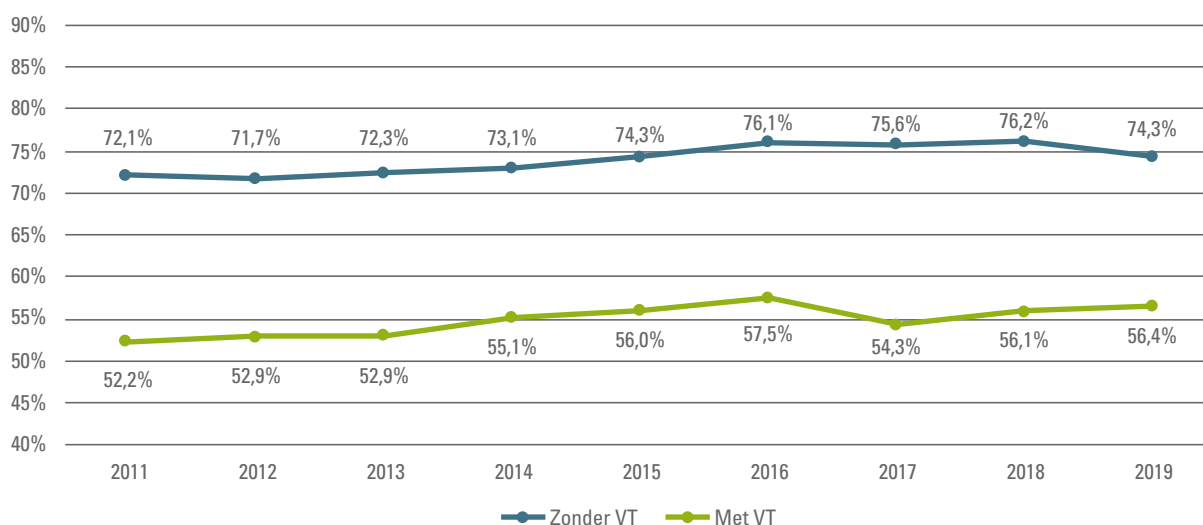
zien wel kleine regionale verschillen: de opvolging is hoger in Waals-Brabant en in de provincie Luxemburg (ongeveer 90%) en aanzienlijk lager in Brussel (ongeveer 78 tot 80%). Het opvolgingspercentage is heel verschillend, afhankelijk van de sociale status van de moeder: het is aanzienlijk hoger bij niet-VT-moeders dan bij VT-moeders (Figuur 18) en dit verschil is bovendien zeer stabiel tijdens de bestudeerde periode.

Het aantal contacten is eveneens stabiel: de mediaan is 1 contact met een gynaecoloog binnen de 3 maanden na de bevalling. Sommige moeders hebben meer contacten: 25% van hen heeft 2 contacten gehad (P75), 5% van hen 3 contacten. Het gemiddelde bedraagt dus ongeveer 1,5 contacten, met lichte regionale verschillen (in Brussel is het gemiddelde 1,8 contacten).

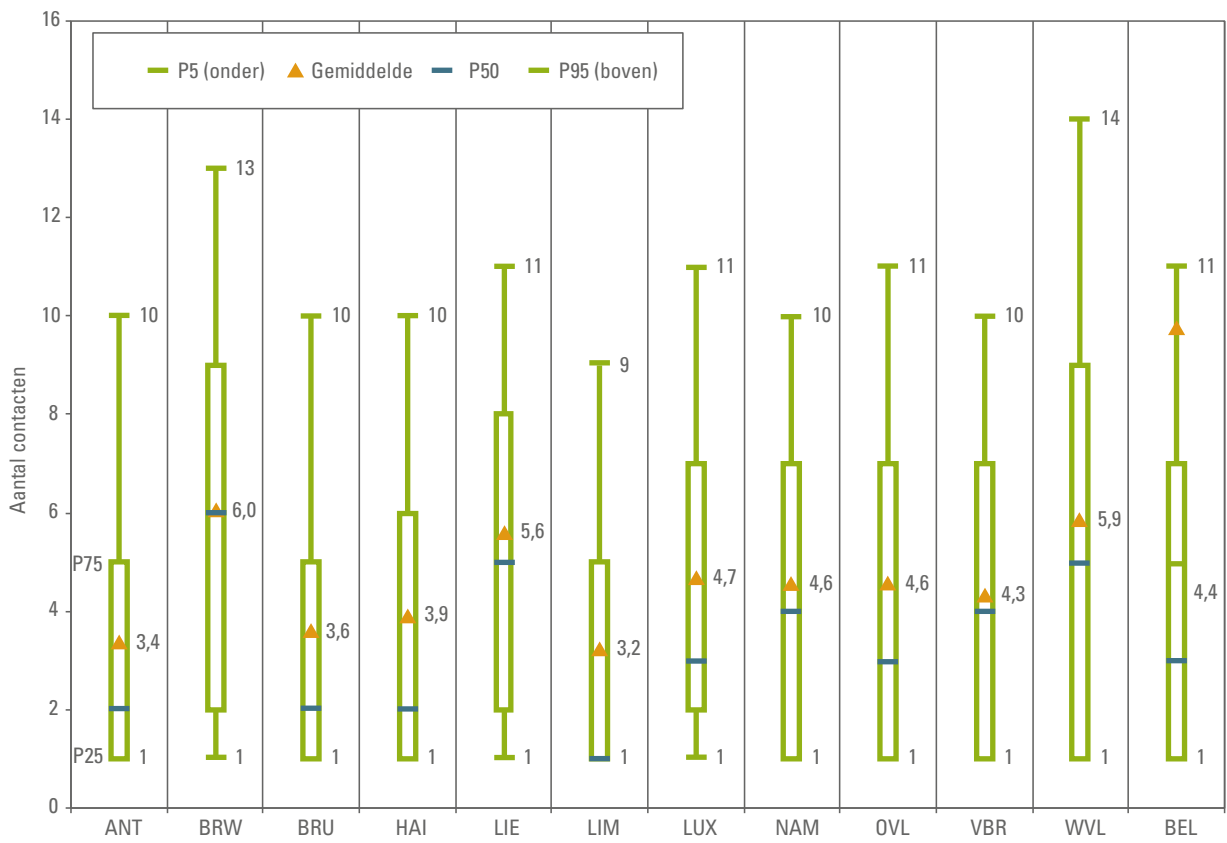
### 5.4. Opvolging door kinderartsen

Hier gaan we na of de baby al dan niet door een kinderarts is gezien binnen de 3 maanden na de geboorte. Het aantal in aanmerking genomen baby's (370.000 voor de periode 2011 tot 2019) is niet gelijk aan het aantal moeders uit de hierboven besproken analyses. De baby is namelijk niet noodzakelijk lid van CM (hij kan ten laste zijn van een gerechtigde vader die zelf niet is aangesloten bij CM).

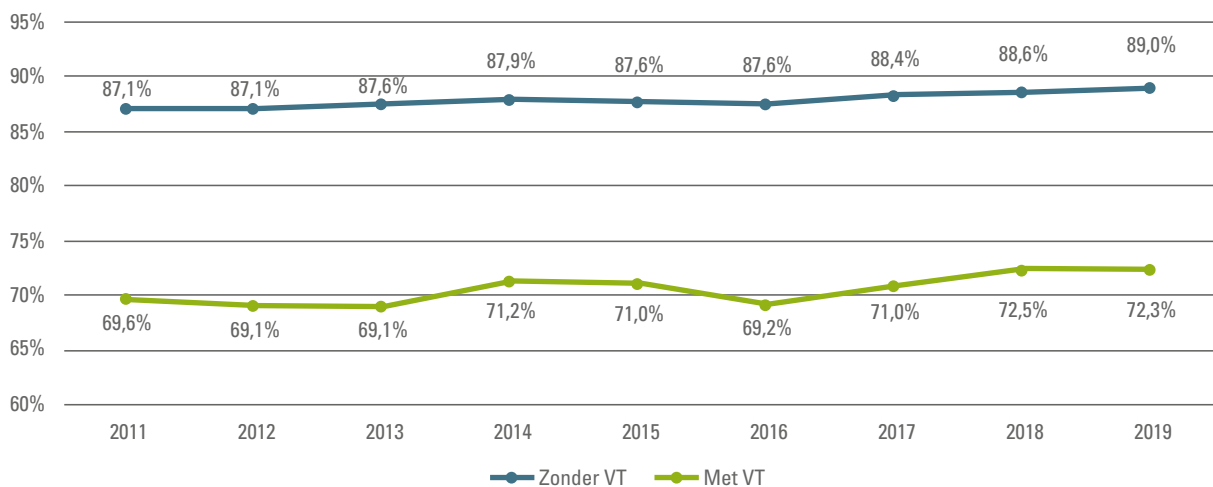
**Figuur 16: Kinesitherapeuten - Opvolgingspercentage na de bevalling afhankelijk van de sociale status van de moeder**



**Figuur 17: Kinesithérapie - Aantal effectieve contacten na de bevalling – 2019**



**Figuur 18: Gynaecologen - Opvolgingspercentage na de bevalling – afhankelijk van de sociale status van de moeder**



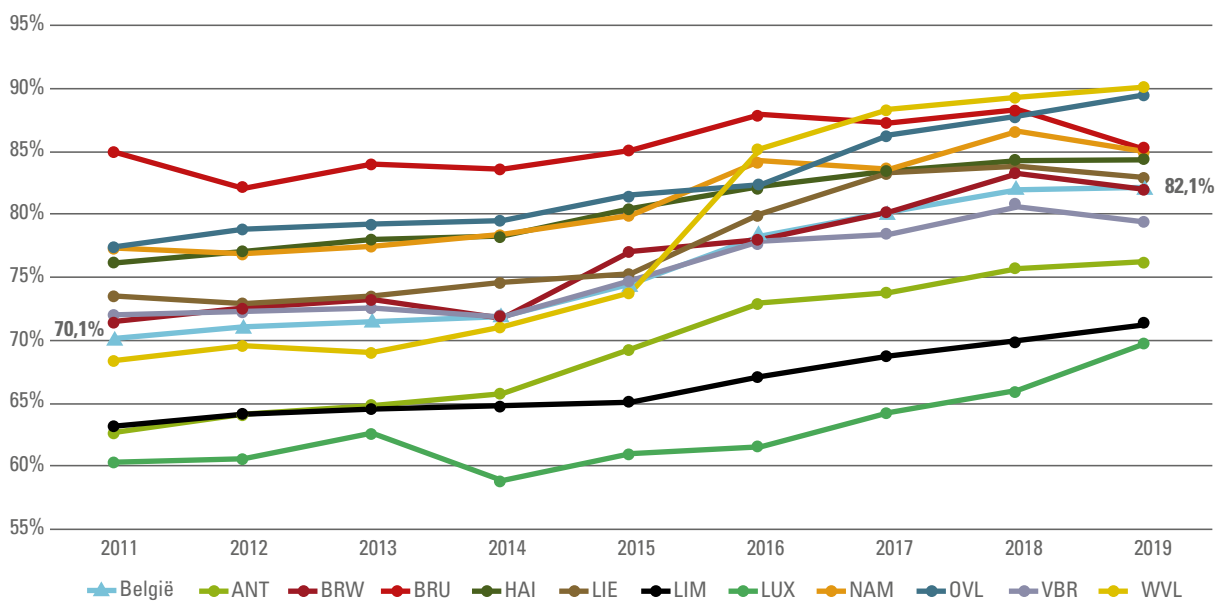
In totaal werd in 2019, op Belgisch niveau, bijna 82% van de baby's binnen de 3 maanden na hun geboorte door een kinderarts gezien tijdens een ambulante consultatie. Dit percentage neemt toe. In 2011 bedroeg het 70%. In Figuur 19 kunnen we zien dat er regionale verschillen zijn: de provincies Luxemburg, Limburg en Antwerpen zitten systematisch onder het landelijk gemiddelde. Anderzijds scoren West- en Oost-Vlaanderen anno 2019 bovengemiddeld (rond de 90%).

Vanuit het perspectief van het sociale statuut van de baby (die gelijk is aan die van de titularis) is er sprake van een

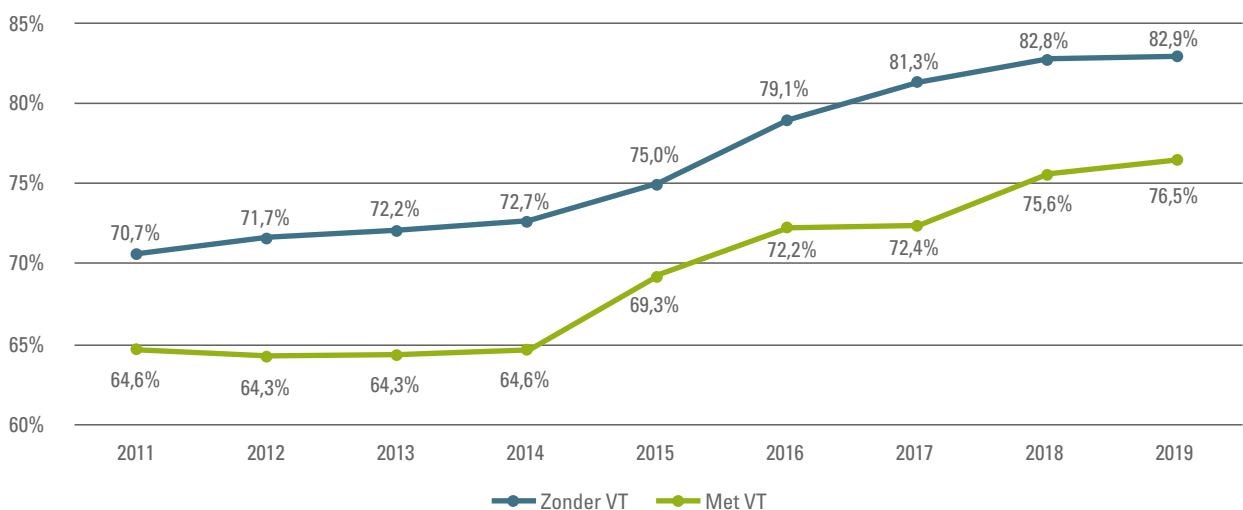
hardnekkige kloof (zie Figuur 20) in het nadeel van VT-baby's. Voor deze groep is het opvolgingspercentage weliswaar na 2015 gestegen (en die stijging zet door), maar ze slaagt er niet in de curve in te halen die we waarnemen bij niet-VT-baby's.

Wat betreft het aantal contacten met de kinderarts kunnen de indicatoren van provincie tot provincie verschillen, maar ze zijn wel redelijk stabiel in de tijd. De mediaan bedraagt ongeveer 2 tot 4, het gemiddelde ligt hoger: zo'n 5 tot 7. Hier zien we niet echt een verschil tussen VT- en niet-VT-baby's.

**Figuur 19: Kinderartsen - Opvolgingspercentage van baby's**



**Figuur 20: Kinderartsen - Opvolgingspercentage van baby's - afhankelijk van hun sociale status**



## 6. Opvolging door vroedvrouwen en gynaecologen

Zoals we zien in kader 1, hebben sommige landen gecoördineerde zorgtrajecten rond de zwangerschap en de bevalling ingevoerd, waarbij de coördinatie wordt verzorgd door een welomschreven zorgverlener (een vroedvrouw of verloskundige). In Zweden en het Verenigd Koninkrijk zijn er, als het niet om een risicozwangerschap gaat, ongeveer 7-10 contacten met een vroedvrouw of arts, afhankelijk van de behoeften van de moeder. Ook zijn er postnatale contacten voorzien (minimaal drie in Groot-Brittannië).

Waar bevindt ons land zich in verhouding tot deze landen? We keken naar het totale aantal contacten dat moeders hebben met vroedvrouwen en/of gynaecologen, evenals naar het opvolgingspercentage (zie figuur 21 en 22). De algemene indruk is dat het contact met de vroedvrouw vaak gebeurt bovenop het contact met de gynaecoloog.

Over het opvolgingspercentage door vroedvrouwen en/of gynaecologen merken we het volgende op:

- Zoals hierboven vermeld (in punt 3.1.) is het opvolgingspercentage door gynaecologen vóór de bevalling al 99% tot 100%. Als we de activiteiten van de vroedvrouwen hierbij optellen, verandert het totale opvolgingspercentage dus niet.
- Dat percentage neemt na de bevalling wel toe wanneer we de activiteiten van de vroedvrouwen en gynaecologen combineren. In de bestudeerde periode neemt het percentage zelfs sterk toe, vooral onder VT-moeders. Deze maken bijna een inhaalslag, wat zeer bemoedigend is (zie Figuur 21). Toch is het vreemd en verontrustend dat er een verschil blijft tussen beide. Dat gezegd zijnde, is het moeilijk om een definitieve conclusie te trekken want onze gegevens houden geen rekening met de contacten

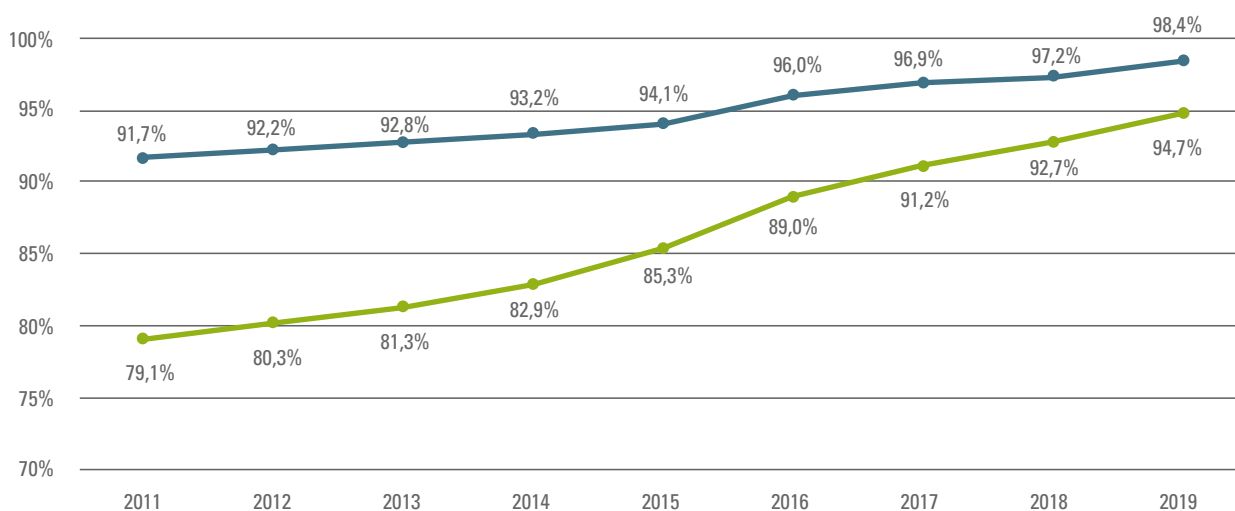
die worden georganiseerd door Kind & Gezin en de Waalse tegenhanger, ONE.

Bij het aantal contacten (vroedvrouwen en/of gynaecologen) zien we de volgende resultaten.

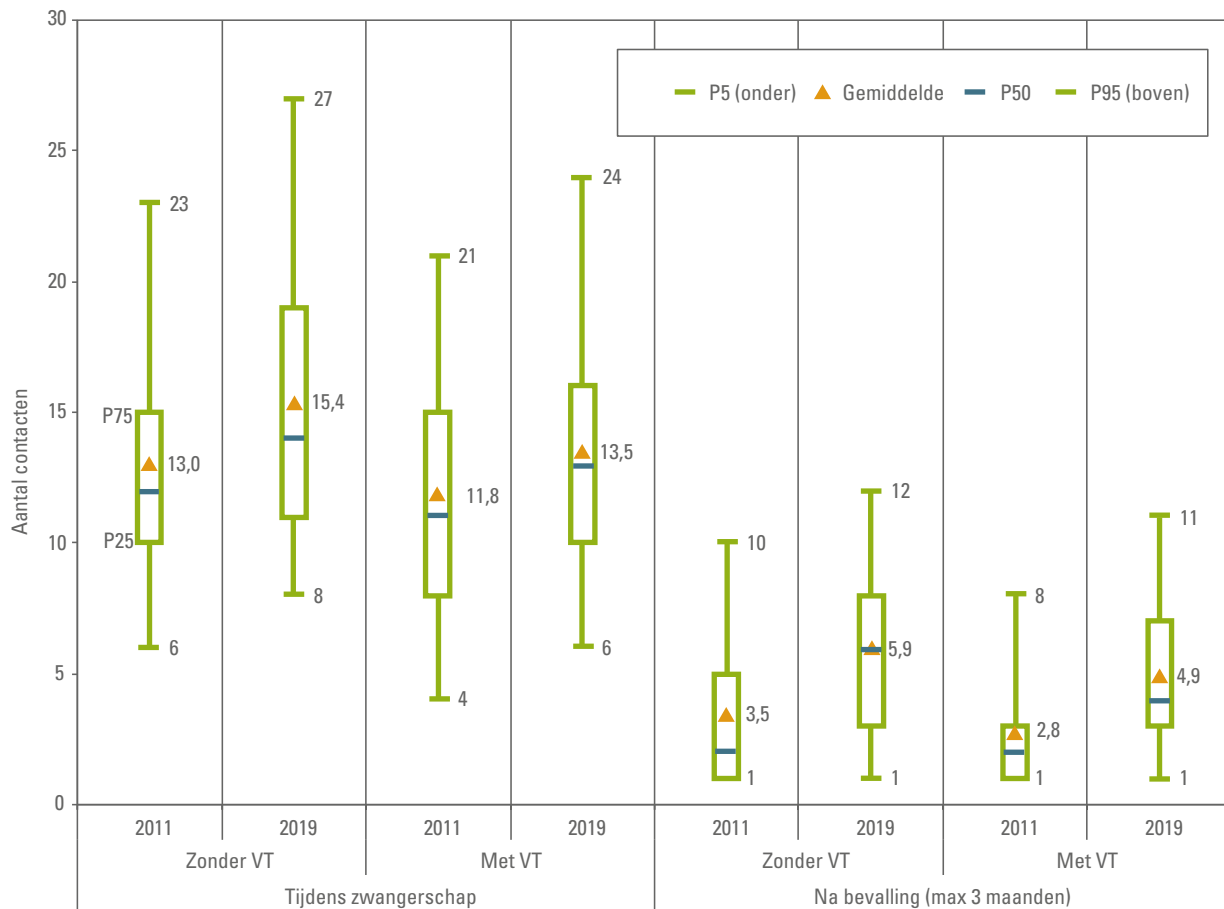
- Van 2011 tot 2019 is het aantal contacten toegenomen (grotendeels door de toenemende activiteiten van vroedvrouwen, zowel voor als na de bevalling). VT-moeders hebben echter nog steeds iets minder contact dan niet-VT-moeders (zie Figuur 22).
- Als er, zoals we in Zweden en het Verenigd Koninkrijk zien, binnen een typisch geboortetraject 7-10 contacten zijn tijdens de zwangerschap, hoe doen wij het dan?

- **De mediaan van het aantal contacten** (vroedvrouwen en gynaecologen tezamen) **is in 2019 14 voor niet-VT-moeders en 13 voor VT-moeders. We doen het dus over het geheel genomen een stuk beter dan de Zweedse en Britse normen.** Sommige moeders hebben zelfs nog veel meer contacten: de P75 voor niet-VT-moeders is 19, tegen 16 voor VT-moeders (25% van de moeders heeft dus ten minste dit aantal contacten). Maar aangezien onze gegevens ook de risicozwangerschappen omvatten, is het normaal dat we hier een groot aantal contacten hebben.
- Daarentegen **is het zorgwekkend om te zien dat het onderste percentiel, P5 tijdens de zwangerschap op slechts 6 of 8 contacten staat (vroedvrouwen en gynaecologen tezamen)**, naargelang de moeders VT-gerechtigd zijn of niet. Dit betekent dat 5% van de moeders minder dan of hooguit het minimale contact heeft dat wordt aanbevolen door de Zweden en Britten. Het feit dat je zelf je vroedvrouw en/of gynaecoloog kan kiezen, is dus geen garantie dat alle moeders op de juiste manier worden opgevolgd (als we de Zweedse en Britse normen volgen). Laten we hopen dat de huisartsen dan dit tekort aan opvolging bij deze groep compenseren.

Figuur 21: Vroedvrouwen en/of gynaecologen - Opvolgingspercentage na de bevalling - afhankelijk van de sociale status – België



Figuur 22: Aantal effectieve contacten met vroedvrouwen en gynaecologen - België



### Kader 1: Het geboortetraject in Zweden en het Verenigd Koninkrijk

#### Het geboortetraject in Zweden

- De vroedvrouwen spelen een centrale rol in de coördinatie van pre- en postnatale zorg. Zweedse aanstaande moeders nemen contact op met een vroedvrouw (via hun plaatselijke gezondheidscentrum of via 1177, een gezondheidshulpdienst die actief is in heel Zweden). Zij organiseert en verzekert vervolgens de continuïteit van de opvolging van de zwangerschap.
- Een aanstaande moeder zal haar vroedvrouw tussen de 6 en 10 keer zien (meestal zo'n 8 tot 9 keer) als de zwangerschap zonder complicaties verloopt. Maar er zijn ook meer contacten mogelijk, bijvoorbeeld als het een eerste geboorte is of als er risicofactoren zijn.
- De vroedvrouw houdt tijdens de zwangerschap een dossier bij. Hierin registreert ze de resultaten van de tests, parameters met betrekking tot de foetus (zijn groei, zijn ligging, enz.) evenals alle informatie over de gezondheidstoestand van de aanstaande moeder. De vroedvrouw informeert en beantwoordt de vragen van de aanstaande moeder (bijvoorbeeld over pijnbestrijding). De voorkeuren en behoeften omtrent de bevalling worden samengevat en opgenomen in een 'geboorteplan', dat door de vroedvrouw wordt doorgegeven aan de kraamkliniek waar de aanstaande moeder wil bevallen.
- Als er geen complicaties zijn is het aantal echo's beperkt tot één of twee voor de gehele zwangerschap. Meestal worden die uitgevoerd door daartoe opgeleide vroedvrouwen. Als medische zorg nodig is (medicatie, gynaecologie, psychologische ondersteuning enz.), dan is het de vroedvrouw die contact opneemt met de aangewezen zorgverleners.
- Veel Zweedse ziekenhuizen bieden accommodatiemogelijkheden ('hotels' in de buurt van het ziekenhuis) waar moeder en baby twee of drie dagen kunnen verblijven terwijl ze worden gemonitord. En ten slotte komt de moeder tussen 8 en 16 weken na de geboorte naar het ziekenhuis voor een controle (bloedonderzoek, gewicht enz.).



### Het geboortetraject in het Verenigd Koninkrijk

- We zien hier hetzelfde centrale concept als in Zweden: op de opvolging en continuïteit van de zorg tijdens de zwangerschap wordt toegezien door een gezondheidswerker, in de eerste plaats een vroedvrouw (*midwife led antenatal care*) als de zwangerschap zonder complicaties verloopt. Maar afhankelijk van de gezondheidstoestand van de moeder en haar geschiedenis kan deze behandeling ook worden uitgevoerd door een gynaecoloog (*obstetric led antenatal care*).
- Het aantal contacten kan variëren van 7 tot 10 (bij een eerste geboorte). Afhankelijk van de toestand van de moeder kunnen het er meer zijn. Al deze contacten worden vooraf gepland en hebben telkens een specifieke doelstelling en inhoud voor ogen (bijvoorbeeld: echo's [er zijn er 2 gepland], screeningstests, bloed- en urineanalyses, monitoring van de groei van de foetus,...). Elk contact is tevens een gelegenheid om informatie te verstrekken en eventuele verzoeken, voorkeuren en behoeften met betrekking tot de bevalling te bespreken. Alle informatie wordt verzameld in een dossier dat steeds wordt aangevuld naarmate de contacten plaatsvinden.
- Het wordt aanbevolen om een 'geboortepan' (*birth plan*) op te stellen dat alle wensen voor de bevalling omvat (plaats waar de moeder wil bevallen, pijnbestrijding,...). Dit gebeurt eveneens in samenwerking met de verantwoordelijke vroedvrouw of verloskundige.
- Postnatale zorg kan eveneens worden gepland (afhankelijk van de behoeften van de moeder, de baby). Het is aan te bevelen om binnen de 10 dagen na het verlaten van de kraamafdeling drie contacten met een vroedvrouw te hebben. Bovendien wordt een 'postnatal check' (voor moeder én baby) 6-8 weken na de geboorte aanbevolen.

- In de 3 maanden na de bevalling hebben de moeders ongeveer 4 tot 6 keer (de mediaan van het aantal contacten in 2019) een vroedvrouw en/of een gynaecoloog gezien. Maar voor 25% van de moeders is dit aantal 3 of minder (P25). Dat lijkt vrij laag of hooguit het minimum. Erger nog, de P5 (d.w.z. de 5% moeders met het minste aantal postnatale contacten) bedraagt slechts 1 contact. Hier is effectief een risico op onvoldoende postnatale opvolging (zonder te vergeten dat 5% van de VT-moeders geen enkel postnataal contact heeft met een vroedvrouw of gynaecoloog, althans niet in het kader van de verplichte ziekteverzekering, zoals we zien in Figuur 21).

## 7. Een 'geboortetraject' overal in België: voorstellen van het KCE

Zoals uitgebreid in de media aan bod is gekomen, heeft voormalig minister van Volksgezondheid De Block een beleid geïnitieerd om de verkorting van de verblijfsduur op de kraamafdeling te versnellen. We hebben het hier echt over een 'versnelling', want ook vóór dit nieuwe beleid was er al een dalende trend te zien in de gemiddelde verblijfsduur (een kortere opnameduur zou immers een positieve impact kunnen hebben op de financiering van de ziekenhuizen) (Crommelynck, Degraeve, Lefèbvre, 2013). Dat nochtans vrij omstreden beleid heeft ervoor gezorgd dat de verblijfsduur vanaf 2015 nog sneller dan voorheen werd ingekort. Zoals we hierboven in Figuur 11 aantoonden, hebben de resultaten niet lang op zich laten wachten: de gemiddelde verblijfsduur is tussen 2014 en 2015 met een halve dag afgenomen en blijft nog verder afnemen.

Dat was niet zonder risico. De literatuur is het er unaniem over eens dat het verblijf weliswaar 'minimaal' kan zijn, maar dat het dan wel vergezeld moet zijn van een omvangrijke opvolging van moeder en baby na de geboorte. Het KCE had ons hier nog duidelijk aan herinnerd voordat mevrouw De Block haar beleid ten uitvoer bracht (Benahmed et al., 2014). Zoals hierboven uiteengezet lijkt het erop dat deze boodschap wel degelijk is gehoord door een meerderheid van de gezondheidscentra en de moeders, althans wat betreft de postnatale opvolging door vroedvrouwen (zie punt 5.1.).

Het KCE heeft zijn denkoefening in 2019 voortgezet met de publicatie van een analyse van de stand van zaken met de prenatale opvolging van aanstaande moeders in België (waarbij het zich, in tegenstelling tot ons, concentreert op zwangerschappen met een laag risico). De boodschap is overduidelijk en lijkt in veel opzichten op de onze: "De opvolging van zwangerschappen met een laag risico is momenteel niet optimaal georganiseerd. We stellen een paradoxale situatie vast, met een onderconsumptie van de zorg door een deel van de bevolking en een overconsumptie door een ander deel" (Benahmed et al., 2019a, p. 2). Herinnerend dat de opvolging na de bevalling niet op voorhand lijkt te zijn georganiseerd, gaat het KCE een stap verder door een aantal oorzaken te presenteren die volgens het Kenniscentrum verantwoordelijk zijn voor deze situatie:

- een ongelijke verdeling van het prenatale zorgaanbod;
- een gebrek aan coördinatie tussen de professionals;
- een slechte integratie van de prenatale opvolging, zonder globale visie.

Wat moeten we aan deze situatie doen? Het KCE stelt een alomvattende, nauwkeurig beschreven aanpak voor. Samengevat: "Om de opvolging van zwangere vrouwen in België te verbeteren, zijn de volgende kernelementen vereist: een entourage van zorgverleners rond iedere zwangere vrouw, aangepast aan haar individuele profiel en specifieke noden, **met centraal een zorgcoördinator, een geïndividualiseerd zorgplan**, een duidelijk doorverwijzingssysteem tussen zorgverleners en een gedeeld elektronisch dossier. Al deze elementen zouden moeten worden georganiseerd en gestructureerd binnen **een volledig prenataal opvolgingsparcours, bestaande uit klinische opvolging, consultaties voor persoonlijk prenataal advies en sessies ter voorbereiding van de geboorte en het ouderschap**" (Benahmed et al., 2019a).

Dit "volledig prenataal opvolgingstraject" moet ongetwijfeld nog worden aangevuld met het voorstel van het KCE voor een systematische postnatale opvolging, een "geïntegreerd zorgtraject": dat wat wij een geboortetraject noemen. De twee KCE-rapporten ontwikkelen een uitgebreid voorstel voor een prenataal of postnataal zorgtraject, maar de volgende twee punten zijn (naar onze mening) het belangrijkste vanuit het oogpunt van de organisatie van de zorg:

1. *Voor elke zwangere vrouw een gedeeld (elektronisch) dossier opmaken, waarin de 'Care Sets' over de preconceptie, de zwangerschap en de post-partumperiode worden opgenomen.*

Dit dossier zou dan fungeren als een soort checklist die tijdens de zwangerschap moet worden ingevuld: een minimale lijst van verstrekkingen die absoluut noodzakelijk worden geacht voor de gezondheid van moeder en baby, bij een 'normale' of weinig risicovolle zwangerschap.

2. *Onderzoeken opstarten om het huidige financieringssysteem te vervangen door een systeem dat de complementariteit en multidisciplinariteit van de professionals in prenatale opvolging versterkt, en dat een onnodige herhaling van interventies voorkomt.*

Tot nu toe organiseert elke specialisatie enkel haar eigen zorg, zonder noodzakelijkerwijs geïnteresseerd te zijn in de het gehele zorgpakket van de moeder. De financiering moet daarom zo worden gereorganiseerd dat de organisatie en de verstrekking van zorgen een globale en gecoördineerde kijk op de prenatale zorg mogelijk maakt.

## 8. Conclusie

Door het verkennen van de gegevens van de pre- en postnatale opvolging van moeders aangesloten bij CM, zagen we:

- Een groot aandeel voor gynaecologen: ze zijn vooral aanwezig tijdens de zwangerschap (gemiddeld zo'n 12 contacten), maar na de bevalling neemt dat af (1 tot 2 contacten in de 3 maanden na de geboorte);
- Een toenemend aandeel voor vroedvrouwen (gemiddeld bijna 4 contacten tijdens de zwangerschap en 5 contacten binnen de 3 maanden daarna);
- Een niet te verwaarlozen aandeel voor kinesitherapeuten: 30% van de moeders volgde kinesitheriesessies tijdens de zwangerschap, bijna 70% in de maanden na de bevalling.

Maar we stelden ook vast dat niet alle moeders op dezelfde manier worden begeleid: er zijn aanzienlijke regionale verschillen en een sociale gradiënt ten nadele van VT-moeders. Erger nog, wat betreft de opvolging door gynaecologen en vroedvrouwen stellen we tevens vast dat 5% van de moeders het risico loopt op een ontoereikende opvolging tijdens hun zwangerschap en erna (ze bereiken maar net of zelfs niet het minimumaantal contacten dat vereist is in Zweden en het Verenigd Koninkrijk). Uiteindelijk bevinden we ons dus in een paradoxale situatie: ondanks de substantiële activiteiten van de zorgverleners is een systematische opvolging noch vóór, noch na de geboorte gegarandeerd voor sommige groepen.

Hoe kunnen we deze situatie verbeteren? De voorstellen van het KCE zijn gericht op de totstandbrenging van een geïntegreerd pre- en postnataal zorgtraject. Een globale en gecoördineerde visie op de te leveren zorg zou de garantie bieden dat de noodzakelijke verstrekkingen daadwerkelijk worden geleverd, overeenkomstig de behoeften van de moeder. Dat is trouwens wat men in het Verenigd Koninkrijk en Zweden doet.

Deze aanpak zal niet eenvoudig te implementeren zijn. Hoe vaak moet een zwangere vrouw haar gynaecoloog zien tijdens haar zwangerschap? Haar kinesitherapeut? Haar vroedvrouw? Voor welke verstrekking(en)? Tegen welke prijs? Hoe identificeren we een 'risicozwangerschap' die een grotere opvolging vereist? Deze vragen kunnen nog niet worden beantwoord, maar de Engelse en Zweedse voorbeelden tonen ons in elk geval een aantal aanknopingspunten en het KCE geeft nog andere voorbeelden. Vroedvrouwen zouden bijvoorbeeld de hoeksteen van de kraamzorg kunnen vormen, zoals gebeurt in Zweden. Maar dat vereist dan wel een totaal andere en nieuwe kijk op de manier waarop we zorg voor aanstaande moeders willen organiseren.

## Bibliografie

- Benahmed N., Devos C., San Miguel L., Vinck I., Vankelst L., Lauwerier E., Verschueren M., Obyn C., Paulus D., en Christiaens W. (2014) *De organisatie van de zorg na een bevalling – Synthese. Health Services Research (HSR)*. KCE Reports 232As. D/2014/10.273/79. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Benahmed N., Lefèvre M., Christiaens W., Devos C., en Stordeur S. (2019a) *Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen - Synthese. Health Services Research (HSR)*. KCE Reports 326As. D/2019/10.273/76. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., en Stordeur, S. (2019b) *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy – Supplement. Health Services Research (HSR)*. KCE Reports 326. D/2019/10.273/79. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Charafeddine, R., Van der Heyden, J., Demarest, S., Drieskens, S., Nguyen, D., Tafforeau, J., Gisle, L., Braekman, E., en Berete, F. (2019) *Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten*. D/2019/14.440/33. Brussel: Sciensano. Beschikbaar op [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ\\_HS\\_NL\\_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_HS_NL_2018.pdf)
- Crommelynck, A., Degraeve, K., en Lefèvre, D. (2013) *De organisatie en financiering van de ziekenhuizen*. Supplement bij het nummer, CM-Informatie, 253. Beschikbaar op: [https://www.cm.be/media/CM-253-NL-Infofiche\\_tcm47-17926.pdf](https://www.cm.be/media/CM-253-NL-Infofiche_tcm47-17926.pdf)
- Gyselaers W., Jonckheer P., Ahmadzai N., Ansari M.T., Carville S., Dworzynski K., Gaudet L., Glen J., Jones K., Miller P., Tetzlaff J.M., Alexander S., Allegaert K., Beeckman K., Ceysens G., Christiane Y., De Ronne N., de Thysebaert B., Dekker N., Denys A., Eeckeleers P., Hernandez A., Mathieu E., Seuntjens L., Verleye L., en Stordeur S. (2015) *Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap? – Synthese. Good Clinical Practice (GCP)*. KCE Reports 248As. D/2015/10.273/55. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- OESO (2019) *Health at a Glance 2019*. Parijs: OECD Publishing. doi.org/10.1787/4dd50c09-en
- Organisation Mondiale de la Santé (2014) Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Beschikbaar op [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO\\_RHR\\_15.02\\_fre.pdf;jsessionid=2CF8E3D5A5F620518FFC186E19A8EAD4?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=2CF8E3D5A5F620518FFC186E19A8EAD4?sequence=1)

### Geraadpleegde sites:

- Nordic Co-operation. Pregnancy and childbirth in Sweden. <https://www.norden.org/en/info-norden/pregnancy-and-childbirth-sweden>
- The Local. What you need to know about giving birth in Sweden: <https://www.thelocal.se/20180125/im-pregnant-now-what-the-locals-guide-to-giving-birth-in-sweden>
- NHS.UK. Antenatal support: meet the team. Your pregnancy and baby guide: <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/antenatal-team-midwife-obstetrician-pregnant/>; <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/antenatal-midwife-care-pregnant/>