

Reprints - R

De Muynck
1992

ZIJN ER PROVINCIALE VERSCHILLEN IN HET PRENATAAL CONSULTATIEGEDRAG IN VLAANDEREN ?

Een retrospectieve studie van 1220 pasbevallen Belgische vrouwen.

ANDRÉ DE MUYNCK

André De Muynck is diensthoofd epidemiologie aan het Instituut voor tropische geneeskunde in Antwerpen.

1. INLEIDING

Er bestaan regionale verschillen in de gezondheid en het gezondheidsgedrag. Dergelijke verschillen werden aangetoond op niveau van een stad zoals Bristol (Towsend et al, 1984), en van regio's (Lagasse et al, 1986; Fox, 1989). Belangrijke regionale perinatale verschillen werden waargenomen in het zuiden van ons land (Lagasse et al, 1990) en ook werden Vlaanderen-Wallonië tegenstellingen genoteerd (Vandenbussche et al, 1989).

Ook in het prenataal consultatiegedrag (gemeten aan de hand van aanmeldings-tijdstip, aantal visites en de geraadpleegde hulpverleners) werden regionale verschillen vastgesteld (Humblet et al, 1989).

In dit artikel wordt nagegaan of het prenataal consultatiegedrag van de Belgische vrouwen in Vlaanderen zelf provinciale verschillen vertoont.

2. PATIENTEN EN METHODEN

De gegevens komen uit een studie uitgevoerd in 1987 door de dienst Epidemiologie van het I.T.G. in samenwerking met Kind en Gezin. De studiebevolking en de gevolgde methoden werden elders gedetailleerd beschreven (De Muynck et al, 1991).

Tussen 15/09 en 31/12/1987 werden alle pasbevallen vrouwen, die wonen in bepaalde wijken van Antwerpen district, Gent en Limburg, bezocht door de sociaal verpleegkundigen van Kind en Gezin. De lijst van de pasbevallen vrouwen werd verkregen via de burgerlijke stand.

Aan de hand van een ad hoc ontworpen registratieformulier werd de pasbevallen vrouw bevraagd naar het moment van eerste consultatie, de consultatiefrequentie, de geconsulteerde prenatale zorgverleners en ook naar determinanten zoals

graviditeit, pariteit en antecedenten van abortus.

Wat betreft de nationaliteit van de vrouw en/of haar partner hebben we ons gericht naar de oorspronkelijke afkomst,

Het socio-demografisch profiel vertoont grote gelijkenissen maar toch ook enkele significante verschillen wat betreft het percentage primigravidae, het percentage alleenstaande vrouwen en de nationaliteit van de man. Van elk van deze facto-

| Parameters | Antwerpen n = 729 | Limburg n = 167 | Oost-Vlaanderen n = 324 | p-waarde |
|---------------------------------|----------------------|--------------------|----------------------------|----------|
| Leeftijd | | | | |
| gemiddelde | 27,1 j. | 27,4 j. | 27,0 j. | NS |
| % < 20 j. | 3 % | 0 % | 2 % | NS |
| % 35+ j. | 6 % | 6 % | 7 % | NS |
| % Hoog risico vrouwen | 13 % | 8 % | 13 % | NS |
| % Primigravidae | 48 % | 36 % | 54 % | < 0,001 |
| % Grote multigravidae (=5+) | 5 % | 4 % | 4 % | NS |
| Mediane leeftijd echtgenoot | 29 j. | 28 j. | 29 j. | NS |
| Nationaliteit echtgenoot | | | | |
| % Belg | 89,2 % | 78,1 % | 89,3 % | 0,0006 |
| % niet Belg | 9,7 % | 12,4 % | 6,6 % | 0,0006 |
| Alleenstaande vrouw | 1,1 % | 2,5 % | 4,1 % | 0,0007 |

Tabel 1 : Profiel van de studiepopulatie per provincie

onafgezien van eventuele naturalisatie, bv. een Marokkaanse vrouw genaturaliseerd tot Belg, werd door ons dan geregistreerd als Marokkaanse. Om dit te benadrukken spreken we van "ETNIE" i.p.v. "NATIONALITEIT". De studiebevolking omvat enkel vrouwen van Belgische afkomst.

3. RESULTATEN

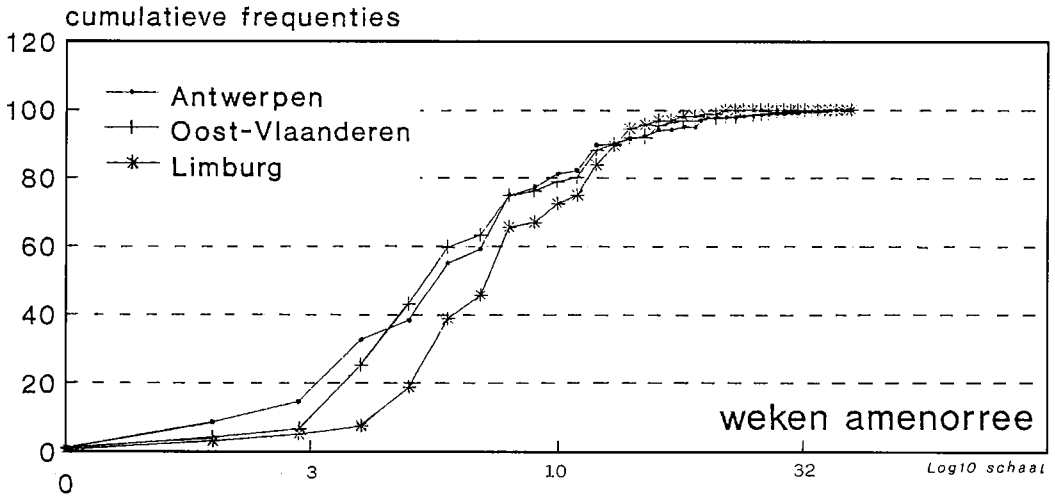
3.1. Samenstelling studiebevolking

Onze studiebevolking telt 1220 Belgische pas bevallen vrouwen, waarvan 729 (= 59,8 %) in Antwerpen district, 324 (= 26,6 %) in Gent en 167 (= 13,7 %) in Limburg wonen.

ren is gekend dat ze potentieel gerelationeerd zijn met het prenataal consultatiegedrag; we moeten er dus rekening mee houden in onze analyse.

3.2. Aanmeldingstijdstip en aantal visites

De Belgische vrouwen melden zich in de 3 provincies vroegtijdig aan, alhoewel er toch provinciale verschillen genoteerd werden. De aanmelding is zeer vroegtijdig in Antwerpen, in Gent is er een inhaalmanoever rond de 5e-6e week na het uitblijven van de menses, terwijl dit inhaalmanoever in Limburg slechts plaats grijpt tegen het einde van het eerste trimester (figuur 1).



Figuur 1 : Aanmeldingstijdstip van Belgische zwangeren

Wat de consultatiefrequentie betreft zijn de provinciale ongelijkheden nog groter : in Antwerpen district consulteren de Belgische zwangeren gemiddeld 1,3 maal meer dan in Gent en 1,5 maal meer dan in de provincie Limburg. De gestratificeerde analyse volgens determinanten toont alleen provinciale verschillen aan bij de primigravidae, doch niet bij de rest (tabel 2).

sief of gecombineerde voorkeur : tabel 3), het aanmeldingstijdstip (tabel 4) en het aantal visites volgens type zorgenverlener (tabel 5).

Het provinciaal aanmeldingsprofiel bij de prenatale zorgenverlener is globaal genomen sterk verschillend : de Antwerpse vrouw vertoont een uitgesproken voor-

| Consultatiefrequentie | Antwerpen | Limburg | Oost-Vlaanderen | p-waarde |
|--|-----------|---------|-----------------|----------|
| Globaal | 10,6 | 9,1 | 9,3 | < 0,0001 |
| Van hen die zich aanmelden in het 1ste trimester | 11,0 | 9,3 | 9,6 | < 0,0001 |
| Van primigravidae | 11,0 | 9,4 | 9,4 | < 0,0001 |
| Van G4+ | 8,5 | 8,8 | 8,8 | NS |

Tabel 2 : Consultatiefrequentie naar provincie

3.3. Prenatale hulpverleners

Vervolgens gaan we na of er provinciale verschillen bestaan in de voorkeur van de zwangeren voor bepaalde typen/échelons van prenatale zorgenverlening. We analyseren achtereenvolgens : het percentage vrouwen die zich aanmelden bij bepaalde zorgenverleners (exclu-

keur voor exclusieve begeleiding, voornamelijk door de privé-specialist, en in 14 % ook door de huisarts; de Limburgse vrouw verkiest minder de privé-specialist doch eerder de publieke diensten (zoals Kind en Gezin en/of de poliklinieken), terwijl de Gentse vrouw het prenataal consultatiegedrag van de Antwerpse benadert, op uitzondering na van de visites bij de huisarts.

Het percentage Belgische vrouwen die zich door de huisarts laten volgen (zij het exclusief, zij het in combinatie met andere hulpverleners) is het hoogst in Limburg (38 %), 28 % in Antwerpen en het laagst in Gent (25 %).

| Zorgverleners | Antwerpen | | Limburg | | Oost-Vlaanderen | | p-waarde |
|------------------------|------------|------------|------------|-----------|-----------------|------------|----------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Enkel huisarts | 101 | 14 | 7 | 4 | 6 | 2 | < 0,0001 |
| Enkel privé-gynecoloog | 374 | 51 | 42 | 25 | 149 | 46 | < 0,0001 |
| Enkel publieke dienst | 131 | 18 | 59 | 35 | 72 | 22 | < 0,0001 |
| Combinatie | 123 | 17 | 59 | 35 | 97 | 30 | < 0,0001 |
| Totaal | 729 | 100 | 167 | 99 | 324 | 100 | |

Tabel 3 : Aanmelding van Belgische vrouwen naar prenatale zorgverlener per provincie

| Zorgverleners | Antwerpen | Limburg | Oost-Vlaanderen | p-waarde |
|------------------------|-----------|---------|-----------------|----------|
| Enkel huisarts | 11,0 | 7,7 | 8,3 | 0,023 |
| Enkel privé-gynecoloog | 10,3 | 8,9 | 9,0 | < 0,0001 |
| Enkel publieke dienst | 10,0 | 8,8 | 9,4 | 0,005 |
| Combinatie | 11,8 | 9,9 | 9,8 | < 0,0001 |

Tabel 4 : Gemiddeld aantal consultaties per zorgverlener en per provincie.

Wat de consultatiefrequentie per type hulpverlener betreft, stellen we vast dat het aantal prenatale consultaties op elk niveau het hoogst is in Antwerpen. Tussen Limburg en Oost-Vlaanderen zijn de verschillen minder belangrijk.

Tenslotte gaan we na of de hogere consultatiefrequentie van de Antwerpse vrouw gepaard gaat met een vroegere aanmelding bij de respectievelijke prenatale hulpverleners. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn voor diegenen die de huisarts bezoeken (tabel 5).

| Zorgverleners | Antwerpen | Limburg | Oost-Vlaanderen | p-waarde |
|------------------------|-----------|---------|-----------------|----------|
| Enkel huisarts | 7,4 °w | 10,5 °w | 11,3 °w | 0,03 |
| Enkel privé-gynecoloog | 7,1 °w | 8,2 °w | 6,9 °w | 0,046 |
| Enkel publieke dienst | 10,0 °w | 9,5 °w | 9,3 °w | NS |
| Combinatie | 6,6 °w | 7,5 °w | 10,4 °w | 0,008 |

Tabel 5 : Tijdstip van aanmelding volgens zorgverlener en provincie.

4. DISCUSSIE

4.1. Provinciale verschillen van het prenataal consultatie-gedrag

Ook in Vlaanderen bestaan er belangrijke provinciale verschillen in het prenataal consultatiegedrag van de autochtone vrouwen.

De aanmelding is zeer vroegtijdig in Antwerpen, iets later in Gent en nog later in Limburg, maar tegen het einde van het eerste trimester zijn de aanmeldingscijfers gelijk.

De consultatiefrequentie is opmerkelijk hoger in Antwerpen dan in de andere provincies, ook zijn er belangrijke verschillen in het type van de geraadpleegde hulpverleners: in Limburg consulteert men vooral de publieke diensten, terwijl men in Antwerpen voornamelijk de privé-arts opzoekt (in de eerste plaats de gynecoloog en in de tweede plaats de huisarts) : het Gentse consultatiepatroon is intermediair tussen dat van Antwerpen en van Limburg.

In de literatuur worden een ganse reeks socio-economische, socio-demografische en gezondheidskarakteristieken beschreven die geassocieerd zijn met het prenataal consultatiegedrag. In een studie bij 22.000 pasbevallen Belgische vrouwen in Vlaanderen vond Sermeus (1988) de volgende 6 factoren belangrijk: socio-economische status, leeftijd, urbanisatiegraad, burgerlijke staat, pariteit en zwangerschapsproblemen.

Welke factoren hiervan kunnen de provinciale verschillen in het prenataal consultatiegedrag verklaren ?

* *Socio-economische status (SES)*

Hoe lager de SES, hoe minder opti-

maal het prenataal consultatiegedrag is (Massuy-Stroobant, 1989; Blondel et al, 1980; St. Clair et al, 1989; Joyce et al, 1983) en hoe minder de specialist geraadpleegd wordt (Sermeus, 1988). De manier waarop de SES het prenataal consultatiegedrag beïnvloedt is complex : vrouwen in de hogere socio-economische strata hebben een meer positieve appreciatie van hun zwangerschap (Lagasse et al, 1990), welke op haar beurt het consultatiegedrag optimaliseert (Poland et al, 1987); daarbij bepaalt de SES zowel de toegankelijkheid van de prenatale diensten (Lia-Hoagberg et al, 1990), als de risico's van de zwangerschap zelf (da Silveira et al, 1988).

Een deel van de provinciale verschillen is waarschijnlijk te wijten aan verschillen in SES, doch onze studie bevatte geen informatie in verband met SES, zodanig dat wij deze hypothese niet kunnen staven.

* *Urbanisatiegraad*

Uit de literatuur is bekend dat het prenataal consultatieprofiel belangrijke verschillen vertoont tussen de grootstad en het platteland: in de grootstad meldt men zich vlugger aan, heeft men een grotere consultatiefrequentie en raadpleegt men voornamelijk de specialist (Robine et al, 1985; Lagasse & Namurois, 1982).

Wat de rurale vrouwen betreft, stelden Robine et al (1985) vast dat het consultatieprofiel voornamelijk bepaald wordt door de gezondheidstoestand van de vrouw: bij normale zwangerschap consulteert ze minder dan de stadsvrouw, en meldt zich voornamelijk aan bij de huisarts; wanneer zich echter complicaties voordoen, dan begint haar consultatiegedrag te neigen naar dat van de stadsvrouw.

Onze vaststellingen dat 38 % van de Limburgse vrouwen de huisarts exclusief of in combinatie met andere hulpverleners

raadpleegt (dit is 10 % meer dan in Antwerpen en 13 % meer dan in Gent), laten ons toe te suggereren dat de waargenomen verschillen tussen Limburg en de andere provincies grotendeels te wijten zijn aan de rurale-urbane tegenstelling.

** Leeftijd*

Het is bekend dat de leeftijd een belangrijke rol speelt in het prenataal consultatiegedrag, voornamelijk de zeer jonge zwangeren en de 35-plussers melden zich later aan en raadplegen minder frequent (Humblet et al, 1989; Cooney, 1985), en consulteren minder de specialist (Hubert et al, 1987). Gezien de quasi identieke leeftijdsopbouw in de 3 provincies, is de leeftijd geen determinant van de waargenomen provinciale verschillen.

** Pariteit en graviditeit*

Het aantal zwangerschappen en de kinderlast bepalen in negatieve zin het prenataal consultatiegedrag (Cooney, 1985); multigravidae en multiparae melden zich gemiddeld 3 weken later aan en consulteren minder frequent dan primigravidae (St.Clair et al, 1989; Sermeus, 1988). Alhoewel het percentage primigravidae provinciale verschillen vertoont in onze studie, is dit waarschijnlijk geen voldoende verklaring van de waargenomen verschillen.

** Burgerlijke staat*

Er is voldoende bewijs in de literatuur om aan te nemen dat de burgerlijke staat een beslissende rol speelt in het prenataal consultatiegedrag (Thomas et al, 1991; Sable et al, 1990; Joyce et al, 1983; Humblet et al, 1988). In onze studiebevoking zijn er significante verschillen in het percentage alleenstaande vrouwen per provincie, doch deze verschillen zijn te klein om de belangrijke verschillen in het prena-

taal consultatiegedrag te verklaren.

** Zwangerschapsproblemen*

Volgens Sermeus (1988) signaleren 24,1 % van de Belgische zwangeren lichte problemen en 6,5 % ernstige problemen. Wij beschikken jammer genoeg niet over de gegevens betreffende de zwangerschapsproblemen van onze studiebevoking. We denken echter niet dat de waargenomen verschillen te wijten zijn aan provinciale verschillen in morbiditeit van de Belgische zwangeren.

** Normatief gedrag*

Ook moeten we ons de vraag stellen of de verschillen niet in een zekere mate kunnen toegeschreven worden aan normatieve verschillen vanwege de hulpverleners. Op Europees niveau is aangetoond dat er belangrijke normatieve verschillen bestaan. (Blondel et al, 1985). Onze gegevens laten niet toe hierop te antwoorden.

4.2. Belang van de provinciale verschillen

We moeten ons de vraag stellen of de waargenomen verschillen in aanmeldingstijdstip, in consultatiefrequentie en in type geraadpleegde prenatale hulpverleners, een impact kunnen hebben op de gezondheid van de vrouw en haar kind.

Aanmeldingstijdstip en consultatiefrequentie hebben als zodanig weinig waarde als directe indicator, want wat meten we er in feite mee? (Wollast et al, 1986). Indirect drukken ze echter de aandacht uit die de zwangere vrouw aan zichzelf en haar zwangerschap besteedt (Blondel, 1979; Donaldson & Billy, 1984).

4.3. Validiteit van de waarnemingen

Tenslotte moet de vraag gesteld worden naar de geldigheid van deze waarnemingen. Zou het mogelijk zijn dat deze verschillen te wijten zijn aan systematische vertekening ?

* *Representativiteit van de steekproeven*

De samenstelling van de studiebevolking lijkt sterk op deze van de Belgische Verbruikersunie-studie (Sermeus, 1988) die 22.000 Belgische vrouwen onderzocht, en op de gegevens van het Nationaal Belgisch Instituut voor Statistiek. Op deze manier is het weinig waarschijnlijk dat er ernstige selectievertekening gebeurd is.

* *Observatiebias*

De bevraging is gebeurd door sociaal verpleegkundigen van Kind en Gezin aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst. Het is ook weinig waarschijnlijk dat er zo erge fouten gebeurd zijn in 1 provincie dat er hierdoor significante verschillen opgetreden zouden zijn.

* *Confounding*

Een confounder is een variabele die geassocieerd is met de expositiefactor (hier de provincie) en de "outcome" (hier het consultatiegedrag), en aldus de echte relatie vertekent. Met enkele factoren werd rekening gehouden tijdens de analyse (zoals vb. pariteit, huwelijksstoestand, ...). Er zijn echter een ganse reeks factoren die in dit onderzoek niet aan bod zijn gekomen, en wier potentiële invloed dus niet werd gecontroleerd. Hierdoor kan de studie niet affirmeren dat de waargenomen verschillen te wijten zijn aan provincie-specifieke factoren; voor dergelijke bewering moeten andere factoren zoals SES, incidentie, zwangerschapsproblemen, tewerkstelling, enz. ook onderzocht worden.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Deze studie heeft vastgesteld dat er belangrijke provinciale verschillen bestaan in het prenataal consultatiegedrag van de autochtone vrouwen in Vlaanderen. De Antwerpse vrouw meldt zich het vroegst aan, heeft gemiddeld het grootste aantal visites en bezoekt voornamelijk de privé-arts. De Gentse en voornamelijk de Limburgse zwangeren consulteren minder.

Aan de hand van de criteria "aanmeldingstijdstip" en "consultatiefrequentie" die de rol vervullen als meetinstrumenten voor het onderliggend gezondheidsgedrag, (Wollast et al, 1986) stellen we vast dat er ongelijkheden bestaan op provinciaal niveau.

Het is niet duidelijk hoe deze ongelijkheden de gezondheid van de zwangere en van het kindje beïnvloeden.

Een specifieke studie moet opgezet worden om het belang van deze ongelijkheden te onderzoeken, en om bij het bevestigen ervan, de basis te leggen van specifieke programma's, teneinde de invloeden van deze ongelijkheden op te heffen.

BIBLIOGRAFIE

- BLONDEL B, PUSCH D & SCHMIDT E: *Some characteristics of antenatal care in 13 European countries*. Br J Obst Gyn, 1985 : 92: 565-568.
- DA SILVEIRA VC, DE MUYNCK A, TIMMERMAN C, VAN DER STUYFT P: *Development and uses of a conceptual model in the study of antenatal services utilization by migrant women in Belgium*. Health & Community, ITG Working Paper n°19, 1988.

- DE MUYNCK A, LAMMERS M, TIMMERMAN C et al:** *Prenatale consultatie door allo- en autochtone vrouwen in Vlaanderen: een dilemma.* UIA, ESOC publicatie n° 27, 1991.
- FOX J:** *Health inequalities in European Countries.* Gower Aldershot, pgs. 414, 1989.
- HUMBLET PC, WOLLAST E, VANDENBUSSCHE P et al:** *Organization of prenatal care in Belgium.* Biol Neonate, 1989, 55: 55-62.
- LAGASSE R, KITTEL F, DRAMAIX M, GHEYSSENS H, DE BACKER G & KARMITZER M:** *Ischemie heart disease and regional variations of socio-cultural characteristics in Belgium.* Soc Sci Med, 1986, 22: 901-913.
- LAGASSE R, HUMBLET P, LENAERTS A, GODIN I & MOENS G:** *Health and Social Inequities in Belgium.* Soc Sci Med, 1990, 31: 237-248.
- MASUY-STROOBANT G:** *Social Inequalities in perinatal Health.* Biol Neonate, 1989, 55: 42-49.
- ROBINE JM, MAGUIN P, NICAUD V & HOTTON F:** *Facteurs déterminants des pratiques de santé: exemple de la surveillance de la grossesse en milieu rural et urbain.* Rev Epidém et Santé Publ, 1985, 33: 20-211.
- SERMEUS G:** *Zwangerschap, bevalling en verblijf in de materniteit.* Belgische Verbruikersunie, Brussel, 1988.
- TOWSEND P, SIMPSON D & TIBBS N:** *Inequalities of health in the city of Bristol.* Department of Social Administration. University of Bristol, pgs. 38, 1984.
- VANDENBUSSCHE P, DUJARDIN B & WOLLAST E:** *Perinatal geography in Belgium.* Biol Neonate, 1989, 55: 34-41.
- WOLLAST E, VANDENBUSSCHE P & BUEKENS P:** *Evaluation de la surveillance prénatale en Belgique en comparaison entre les secteurs médicaux publics et privés.* Rev Epidémiol Santé Publ, 1986, 34: 52-58.

medical books

5000 books permanently in stock
2000 new titles received every year
On approval delivery
Subscription to medical journals from
all over the world



fonteyn
Medical Books



Fochplein 13 - 3000 Leuven - Tel. 016/20 29 44 - Fax 016/23 77 85
Openingsuren : maandag - vrijdag : 9 u tot 18 u · zaterdag : 9 u tot 12 u 30 en van 14 u tot 18 u.
Heures d'ouverture : lundi - vendredi : 9 h à 18 h · samedi : 9 h à 12 h 30 et de 14 h à 18 h.