

Klinische biologie

Rationeel voorschrijven van testen

AANBEVELINGEN BIJ

- DE (AL DAN NIET) OPPORTUNISTISCHE SCREENING VAN VEEL VOORKOMENDE AANDOENINGEN
- DE FOLLOW-UP VAN ZWANGERSCHAP



Klinische biologie

Rationeel voorschrijven van testen

AANBEVELINGEN BIJ

- DE (AL DAN NIET) OPPORTUNISTISCHE SCREENING VAN VEEL VOORKOMENDE AANDOENINGEN
- DE FOLLOW-UP VAN ZWANGERSCHAP

Inhoud

| | |
|---|----|
| Inleiding | 2 |
| I. Indeling van de aanbevelingen klinische biologie | 4 |
| II. Aanbevelingen en vaststellingen | 6 |
| 1. Screening bij patiënten zonder klachten, symptomen of risicofactoren op basis van leeftijd of geslacht | 6 |
| a. Kader en algemene praktijkvaststellingen | 6 |
| b. Screening van 10-jaars globaal cardiovasculair risico | 10 |
| c. Screening van diabetes mellitus type 2 | 14 |
| d. Niet aanbevolen als screening bij “gewone patiënt” | 18 |
| 2. Screening van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) bij patiënten zonder klachten of symptomen, op basis van besmettingsrisico | 22 |
| a. Screening van SOA's bij ongerustheid na een seksueel contact | 22 |
| b. Screening van SOA's in specifieke risicogroepen | 23 |
| 3. Voorschrift klinische biologie bij vrouwen in het kader van een zwangerschap (follow-up) | 24 |
| a. Testen klinische biologie in periode van preconceptie | 24 |
| b. Testen klinische biologie in het begin van elke zwangerschap | 25 |
| c. Testen klinische biologie in het verdere verloop van elke zwangerschap | 26 |
| III. Methodologie | 27 |
| IV. Meer info | 28 |
| Nota's | 29 |

Inleiding

De laatste jaren vragen artsen aanzienlijk meer testen klinische biologie aan.

De reden om een bepaalde test aan te vragen, blijkt vaak niet onderbouwd te zijn met wetenschappelijke bewijzen. Dat kan leiden tot een foutieve planning van verder onderzoek of behandeling, wat nutteloos en mogelijk schadelijk kan zijn voor de patiënt.

Het doordacht aanvragen van testen klinische biologie kan bijdragen tot een betere (meer kwaliteitsvolle) patiëntenzorg en kan een positieve invloed hebben op de kosten, voor uw individuele patiënt én voor de globale verzekering voor geneeskundige verzorging.

Deze brochure wil bijdragen tot het rationeel aanvragen van testen klinische biologie:

- bij de opportunistische screening van enkele belangrijke aandoeningen en
- bij de follow-up van zwangerschap.

De aanbevelingen in deze brochure werden ontwikkeld op basis van de volgende principes:

- zo dicht mogelijk aansluiten bij een recente aanbeveling voor goede medische praktijkvoering¹
- rekening houden met de huidige reglementering inzake de terugbetaling van testen klinische biologie binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging
- bekrachtigd zijn door de gemengde werkgroep van de Nationale Commissie Geneesheren - Ziekenfondsen en van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie.

1. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Aanvraag van laboratoriumtests door huisartsen. Domus Medica (Aanbeveling gevalideerd door CEBAM op 8 maart 2011; publicatie voorzien in september 2011). De aanbeveling dient als leidraad om laboratoriumtests rationeel aan te vragen bij screening, diagnosticering, behandeling en follow-up van veel voorkomende aandoeningen in de huisartspraktijk.

De brochure bevat voornamelijk aanbevelingen met betrekking tot het voorschrijven van testen klinische biologie voor patiënten zonder bijzondere klachten.

Ze handelt niet over aanbevelingen voor diagnosestelling of follow-up van zieken.

Ze handelt ook niet over de andere aanbevelingen geformuleerd in het kader van het “GMD+”:

- het propedeutisch onderzoek (registreren van het gewicht en meten van de bloeddruk),
- de adviesverlening die volgt op de anamnese (adviezen op het vlak van dieet, roken, alcoholgebruik of lichaamsbeweging, enz.)
- het voorschrijven van vaccins (griep, pneumokokken, difterie, tetanus)
- het systematisch nagaan of de patiënt instemt met de screening van bepaalde kankers (borstkanker, colorectalkanker, baarmoederhalskanker).

I. Indeling van de aanbevelingen klinische biologie in het kader van deze brochure

Deze brochure splitst de aanbevelingen voor het aanvragen van testen van klinische biologie op in drie delen volgens de doelgroep (patiënten).

1. Screening bij patiënten zonder klachten of symptomen of risicofactoren, op basis van leeftijd of geslacht

De betrokken persoon wordt als het ware ‘van de straat geplukt’. Op basis van leeftijd en/of geslacht is de test klinische biologie nuttig om bij die “gewone patiënt” een aandoening op te sporen.

In deze brochure gaat het om de screening van:

- het 10-jaars cardiovasculair risico: voor alle personen ouder dan 50 jaar
- diabetes mellitus type 2: voor alle personen ouder dan 65 jaar



Patiënten zonder tekenen van chronische behandeling, dus patiënten zonder klachten of symptomen of risicofactoren, worden “**gewone patiënten**” genoemd in deze brochure.

2. Screening van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) bij patiënten zonder klachten of symptomen, op basis van besmettingsrisico

De aanbevelingen in deze brochure betreffen:

- de screening van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) bij ongerustheid na een seksueel contact
- de screening van SOA's in specifieke risicogroepen

3. Voorschrift klinische biologie bij follow-up van een zwangerschap

De aanbevelingen in deze brochure betreffen de testen klinische biologie:

- in de periode van preconceptie (buiten diagnose)
- in het begin van elke zwangerschap
- in het verdere verloop van elke zwangerschap.

II. Aanbevelingen en vaststellingen

Het voorschrift is aangepast aan de individuele patiënt. Elke patiënt krijgt een voorschrift waarin rekening wordt gehouden met leeftijd, geslacht of specifieke omstandigheden. Het voorschrift verschilt naargelang van de situatie: screening, diagnosestelling of follow-up.



Bij **screening** gaat het om een persoon zonder klachten, symptomen of risicofactoren.

Bij **diagnosestelling** gaat het om een persoon met klachten of symptomen.

Bij **follow-up** gaat het om een patiënt met gekende diagnose.


1. Screening bij patiënten zonder klachten, symptomen of risicofactoren op basis van leeftijd of geslacht

a. Kader en algemene praktijkvaststellingen

Onder de volgende punten b. en c. (p. 10 en p. 14) vindt u de aanbevelingen voor de “opportunistische” screening van twee belangrijke aandoeningen: het cardiovasculair risico en diabetes mellitus type 2.

Onder punt d. (p. 18) zijn een aantal screenings opgesomd die niet voor gewone patiënten worden aanbevolen.

Naast de aanbevelingen zijn een aantal vaststellingen en cijfers opgenomen over de testen klinische biologie die tussen 2006 en 2008 door de artsen zijn voorgeschreven (zie methodologie p. 27).

 Bij een “**opportunistische**” screening verloopt de screening niet op basis van een uitnodiging tot onderzoek in het kader van een **georganiseerd** bevolkingsonderzoek, maar tijdens een **toevallig** patiëntencontact als ‘case-finding’ op basis van een wetenschappelijk onderbouwde aanbeveling.

Voorbeelden van een opportunistische screening:

-  een huisarts stelt bij een patiënt zonder specifieke klachten een check-up voor naar aanleiding van een jaarlijks contact (bijvoorbeeld, in het kader van het “GMD+”, ingevoerd op 1 april 2011)
-  een patiënt zonder specifieke klachten gaat bij zijn huisarts langs voor een routineraadpleging en wenst de geruststelling te krijgen dat alles goed gaat
-  een patiënt zonder specifieke klachten gaat voor een routinecontrole bij zijn huisarts langs en de vorige onderzoeken waren negatief
-  een patiënt gaat naar een geneesheer-specialist of zijn huisarts voor een specifiek probleem en wil van de gelegenheid gebruik maken om zich ervan te verzekeren dat overigens alles goed gaat.

ALGEMENE VASTSTELLINGEN EN CIJFERS



De **testen gekozen** voor deze analyse zijn de schildkliertesten, het lipidenbilan, het diabetesonderzoek, het leverbilan, het nierbilan en het bilan van de seksueel overdraagbare aandoeningen.

- 44 % van de “gewone” patiënten heeft minstens één test klinische biologie ondergaan tussen 2006 en 2008. Dat percentage ligt aanzienlijk hoger bij de vrouwen (50 %) dan bij de mannen (39 %). [Zie grafiek 1, pagina 9.](#)
- Volgens de aanbevelingen (zie punten b en c) zou iedere persoon
 - vanaf 50 jaar om de vijf jaar een **cardiovasculaire screening** moeten ondergaan
 - en vanaf 65 jaar aan een **jaarlijkse diabetescreening** moeten worden onderworpen.

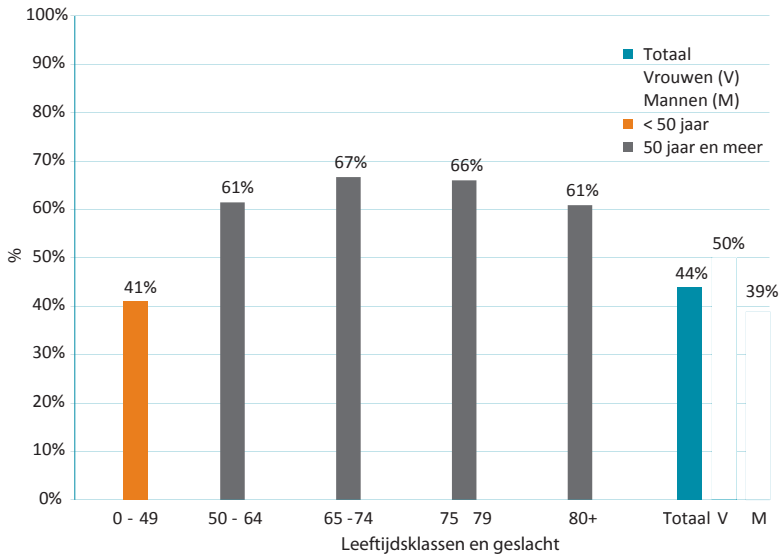
Slechts 2/3 van de personen van 65 jaar en ouder ondergaat om de twee jaar een test.

- 41 % van de personen jonger dan 50 jaar ondergaat minstens om de twee jaar een test klinische biologie. [Zie grafiek 1, pagina 9 \(in oranje\).](#)

Conclusie:

- vanaf 65 jaar wordt één persoon op drie niet onderworpen aan een opportunistische screening hoewel dat aanbevolen is
- vier op de 10 personen jonger dan 50 jaar worden onderworpen aan een opportunistische screening hoewel dat misschien niet nodig is; het is inderdaad moeilijk voor te stellen dat deze hele bevolkingsgroep risico loopt of bijzondere symptomen heeft die een dergelijke frequentie rechtvaardigen.

Grafiek 1 – Percentages van “gewone patiënten” die tussen 2006 en 2008 aan testen klinische biologie zijn onderworpen (volgens leeftijdsklasse en geslacht)



Bron : RiZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging, Directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie

b. Screening van 10-jaars globaal cardiovasculair risico

AANBEVELINGEN

Doelgroep: alle personen ouder dan 50 jaar

Welke testen? (Veneus) bloed

- Cholesterol
- HDL
- (LDL, facultatief)
- (Triglyceriden, facultatief)

Frequentie van onderzoek: om de 5 jaar te herhalen (indien onderzoek normaal is)

VASTSTELLINGEN EN CIJFERS

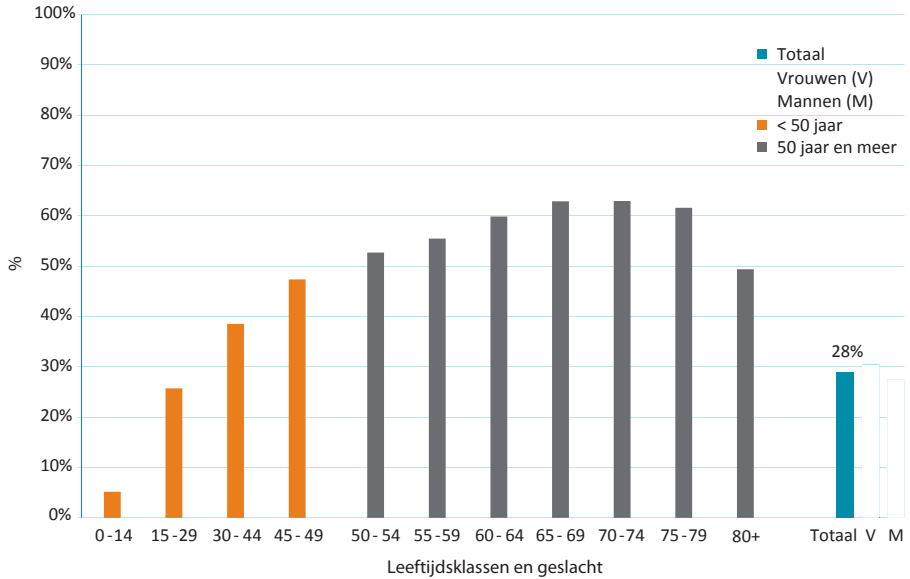
Het lipidenbilan wordt gebruikt om het cardiovasculair risico in te schatten.



De [geselecteerde testen voor het lipidenbilan](#) bestaan uit het meten van cholesterol, HDL en de triglyceriden.

- Bij 28 % van de “gewone patiënten” wordt om de twee jaar een lipidenbilan uitgevoerd.
[Zie grafiek 2, pagina 11.](#)
- Volgens de leeftijdsklasse schommelt dat percentage tussen 55 en 65 % bij personen van 50 jaar en ouder (doelgroep). Een lager percentage was verwacht. Zelfs indien hij aanbevolen wordt, moet de test wanneer hij een normaal resultaat oplevert, immers maar om de vijf jaar worden herhaald. Dit betekent niet dat het lipidenbilan effectief wordt voorgeschreven voor alle personen die aan die screening zouden moeten worden onderworpen.
[Zie grafiek 2, pagina 11.](#)
- Het percentage bedraagt respectievelijk 40 % bij de 30- tot 44-jarigen en 50 % bij de 45- tot 49-jarigen. Een lager percentage was verwacht omdat daarover geen aanbeveling bestaat voor die leeftijdsgroepen.
[Zie grafiek 2, pagina 11.](#)

Grafiek 2 - Percentages van “gewone patiënten” die tussen 2006 en 2008 aan een cardiovasculaire screening (via een lipidenbilan) zijn onderworpen (volgens leeftijdsklasse en geslacht)



Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging, Directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie

Zijn de testen juist gekozen en met optimale frequentie voorgeschreven ?

- Bij personen met een lipidenbilan stelt men vast dat die testen bijna jaarlijks voorgeschreven worden, wat overdreven lijkt.
- Vreemd genoeg merkt men ook vaker een systematisch verband tussen cholesterol en triglyceriden op, hoewel men eerder een verband tussen cholesterol en HDL verwacht.
[Zie tabel 1, pagina 13.](#)
- Opmerkelijk is dat het voorschrijven van CRP (C-reactive protein) daarmee vaak wordt geassocieerd, hoewel daarover geen enkele aanbeveling bestaat.
[Zie tabel 1, pagina 13.](#)

Tabel 1 - Voorschrijffrequentie, over de periode van één jaar, van testen cholesterol, triglyceriden, HDL en CRP bij personen van wie het lipidenbilan wordt opgesteld

| Cardiovasculair voorschrift | 0-49 jaar | 50-79 jaar | 80 jaar en + | Totaal |
|------------------------------------|------------------|-------------------|---------------------|---------------|
| Cholesterol | 0,67 | 0,86 | 0,98 | 0,72 |
| Triglyceriden | 0,63 | 0,84 | 0,94 | 0,69 |
| HDL | 0,59 | 0,79 | 0,88 | 0,65 |
| CRP | 0,56 | 0,66 | 0,74 | 0,59 |

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging, Directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie

c. Screening van diabetes mellitus type 2

AANBEVELINGEN

Doelgroep: alle personen ouder dan 65 jaar.

Welke testen? (Veneus) bloed

- Glycemie nuchter

Frequentie van onderzoek: eenmaal per jaar te herhalen.

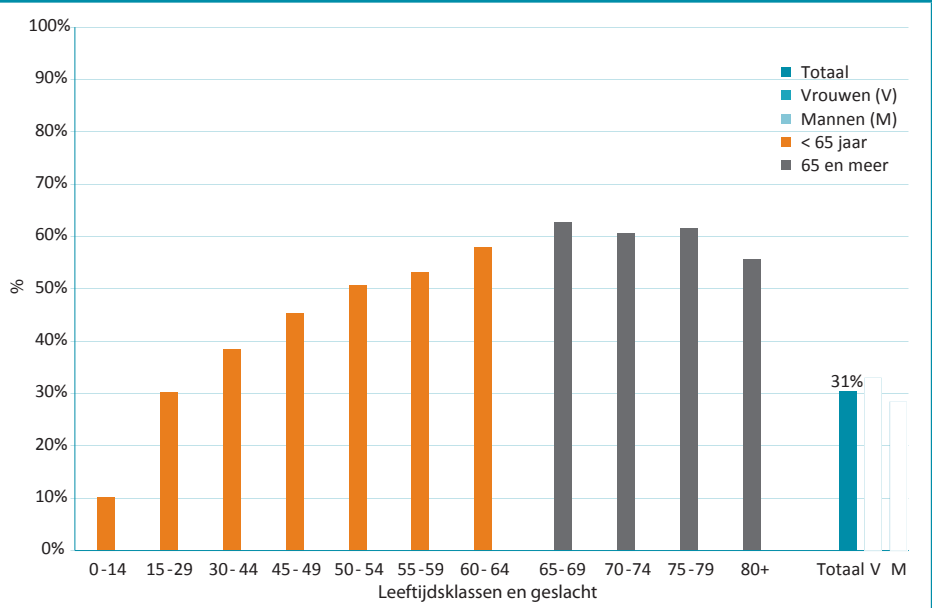
VASTSTELLINGEN EN CIJFERS



De test die voor deze analyse is gekozen, bestaat in het meten van de glycemie nuchter.

- 31 % van de “gewone patiënten” wordt om de twee jaar onderworpen aan een diabetesscreening.
 - Dat percentage bedraagt 60 % bij personen van 65 jaar en ouder (doelgroep). Een veel hoger percentage was verwacht. Dit betekent dat niet alle personen van de doelgroep systematisch worden gescreend.
[Zie grafiek 3, pagina 15.](#)
- Volgens de leeftijdsklasse wordt 10 tot 60 % van de personen jonger dan 65 jaar onderworpen aan een diabetesscreening. Een veel lager percentage was verwacht. Zo'n hoog risico ligt immers buiten de verwachting bij die leeftijdscategorie.
[Zie grafiek 3, pagina 15.](#)

Grafiek 3 - Percentages van “gewone patiënten” die tussen 2006 en 2008 aan een screening van diabetes zijn onderworpen (volgens leeftijdsklasse en geslacht)



Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging, Directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie



De meting van HBA1c is een alternatief dat momenteel niet wordt aanbevolen, noch terugbetaald.

Zijn de testen juist gekozen en met optimale frequentie voorgeschreven ?

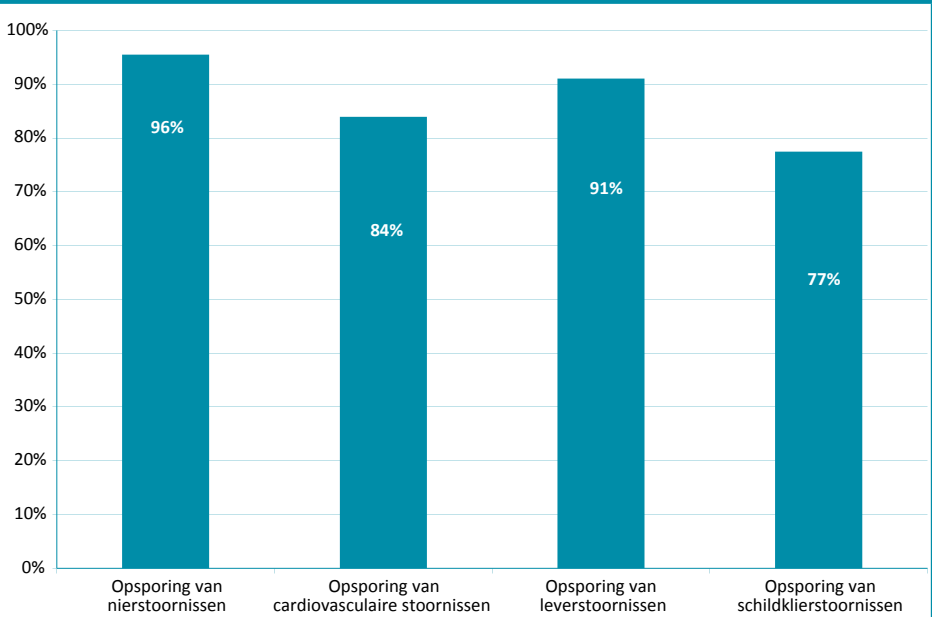
- De jaarlijkse periodiciteit voor het meten van de glycemie nuchter is correct bij de patiënten van 65 jaar en ouder die elk jaar onderworpen worden aan een screening, want het jaargemiddelde schommelt tussen 0,95 en 1,01.
[Zie tabel 2, pagina 17.](#)
- De keuze van de test is ook juist want de aanverwante voorschriften (afgezien van het onderzoek naar complicaties) zijn zeer zeldzaam.
[Zie tabel 2, pagina 17.](#)
- Daarentegen wordt de screening van diabetes vaak geassocieerd met de screening van andere stoornissen (cardiovasculaire, lever-, nier- of schildklierstoornissen). Op dat vlak zijn er echter geen aanbevelingen als tekenen of symptomen ontbreken en de diagnose nog niet is gesteld.
[Zie grafiek 4, pagina 17.](#)

Tabel 2 - Voorschrijffrequentie, over de periode van één jaar, van glycemietesten in nuchtere toestand en aanverwante testen bij personen die op diabetes worden gescreend

| Diabetesvoorschrift | 0-64 jaar | 65-79 jaar | 80 jaar en + | Totaal |
|---------------------|-----------|------------|--------------|--------|
| Glycemie nuchter | 0,69 | 0,95 | 1,01 | 0,71 |
| Hemoglobine A1C | | | | 0,0003 |
| Glucosurie | | | | 0,0081 |

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging, Directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie

Grafiek 4 - Percentages onderzoeken geassocieerd met de screening van diabetes



Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging, Directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie

d. Niet aanbevolen als screening bij “gewone patiënt”

NIET AANBEVOLEN SCREENINGS

De volgende screenings zijn niet aangewezen bij de “gewone patiënt”:

- screening van **schildklierlijden**
- screening van een tekort aan **vitamine B12**
- screening van **nefropathie**
- screening van **leverziekten**
- screening van **prostaatkanker**

VASTSTELLINGEN EN CIJFERS

◦ Algemene vaststellingen

Uit de analyse blijkt dat sommige screenings bij “gewone patiënten” worden uitgevoerd, hoewel ze niet worden aanbevolen. Bij de “gewone patiënten” tussen 45 en 74 jaar constateren we minstens om de twee jaar:

- 36 % meting van vitamine B12
- 46 % meting van TSH
- 53 % levertesten (GGT en ALT/GPT)
- 55 % niertesten (eGFR en/of proteïne-creatinineratio)

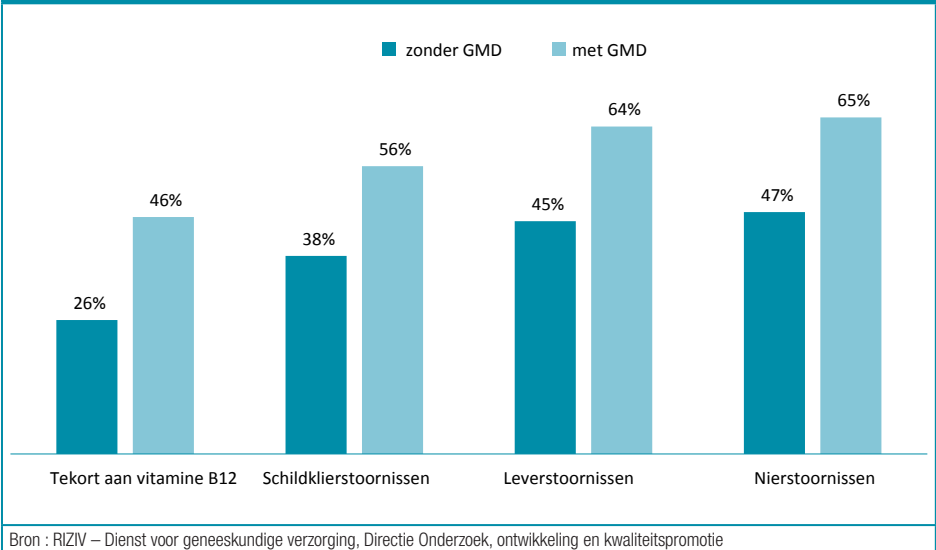
Het valt te betwijfelen dat al die personen symptomen of risicofactoren vertonen die het voorschrijven van die onderzoeken - voor zo veel patiënten - vereisen.

Die testen worden systematisch **vaker** (40 % tot 70 % ongeacht de leeftijd of het geslacht) **uitgevoerd bij personen met een globaal medisch dossier** (GMD) dan bij personen zonder dergelijk dossier. Daaruit blijkt dat patiënten met GMD merkbaar meer worden gevolgd dan patiënten zonder GMD, ook al blijkt die follow-up niet aangewezen te zijn.

[Zie grafiek 5, pagina 19.](#)

Die vaststelling moet nog verder worden geanalyseerd.

Grafiek 5 - Percentages van “gewone patiënten” tussen 45-74 jaar die tussen 2006 en 2008 aan testen klinische biologie waren onderworpen naargelang ze al dan niet over een globaal medisch dossier (GMD) beschikken



- **Specifieke vaststellingen voor de screening van schildklierlijden die niet aangewezen is bij de “gewone patiënt”**



De testen die gekozen zijn voor de [screening van schildklierlijden](#), zijn de volgende schildklier testen: TSH, T3 en T4.

- 27 % van de “gewone patiënten” wordt om de twee jaar onderworpen aan een opportunistische screening van schildklierlijden. Een veel lager percentage was verwacht, omdat daarover geen enkele aanbeveling bestaat.
[Zie grafiek 6, pagina 21.](#)
- Het wordt iets meer voorgeschreven aan vrouwen (31 %). De screening wordt vaker voorgeschreven naarmate de leeftijd toeneemt.
[Zie grafiek 6, pagina 21.](#)

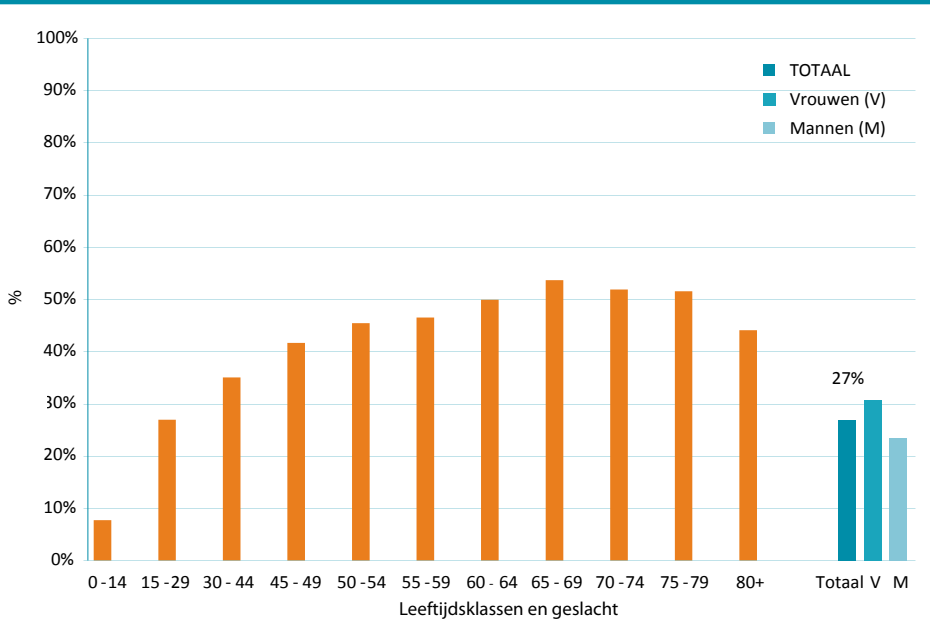
Als er sprake is van symptomen die wijzen op een vermoeden van schildklierlijden, worden dan de juiste testen voorgeschreven?

[Zie tabel 3, pagina 21.](#)

Wanneer personen symptomen vertonen die wijzen op een vermoeden van schildklierlijden, wordt er aanbevolen om de **geïsoleerde TSH-waarde** te meten.

- De jaarlijkse voorschrijffrequentie van TSH bij de “gewone patiënten” is 0,70.
- Die TSH wordt in de helft van de gevallen samen met de T4 gemeten (de jaarlijkse voorschrijffrequentie van T4 is 0,34). Dat stemt niet overeen met de geldende aanbevelingen.
- Overeenkomstig de aanbevelingen wordt TSH niet gelinkt aan het voorschrijven van T3 (de jaarlijkse voorschrijffrequentie van T3 is 0,06).

Grafiek 6 - Percentages van “gewone patiënten” die tussen 2006 en 2008 aan een screening van schildklierlijden zijn onderworpen (volgens leeftijdsklasse en geslacht)



Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging, Directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie

Tabel 3 - Voorschrijffrequentie, over de periode van één jaar, van TSH, T4 en T3 bij personen die aan dergelijke testen onderworpen zijn

| Schildkliervoorschrift | Vrouwen | Mannen | Totaal |
|------------------------|---------|--------|--------|
| TSH | 0,72 | 0,67 | 0,70 |
| T4 | 0,39 | 0,29 | 0,34 |
| T3 | 0,08 | 0,05 | 0,06 |

Bron : RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging, Directie Onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie

2. Screening van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) bij patiënten zonder klachten of symptomen, op basis van besmettingsrisico

a. Screening van SOA's bij ongerustheid na een seksueel contact

AANBEVELINGEN

Doelgroep: heteroseksuele mannen en vrouwen **zonder klachten**, maar met ongerustheid na een seksueel contact

Welke testen? Eerstestraalurine of vaginale swab voor een **amplificatietest**

- Chlamydia
- Gonokok

Frequentie van onderzoek: niet van toepassing

b. Screening van SOA's in specifieke risicogroepen

AANBEVELINGEN

Doelgroep:

- mannen met homoseksuele contacten
- prostitué(e)s
- intraveneuze druggebruikers
- patiënten uit gebieden waar HIV of HBV endemisch is

Welke testen?

- Chlamydia (PCR)
- Gonokok (PCR)
- Syfilis (TPHA – TPPA)
- HIV (anti-HIV1- en anti-HIV2-antilichamen op een bloedstaal)
- Hepatitis B-virus (HBsAg op een bloedstaal) indien niet gevaccineerd
- Trichomonas
- Transmissie via bloedbaan: HCV-antistoffen

Frequentie van onderzoek: éénmaal per jaar te herhalen



Doelgroep: een screening van SOA's bij een "gewone patiënt" is niet aangewezen.

3. Voorschrift klinische biologie in het kader van een zwangerschap (follow-up)

a. Testen klinische biologie in periode van preconceptie

AANBEVELINGEN

Doelgroep: vrouwen met zwangerschapswens

Welke testen? Indien niet bekend:

- antistoffen tegen toxoplasmose (IgG)
- antistoffen tegen rubella (IgG)
- ABO-bloedgroep en rhesusfactor D-status

Frequentie van onderzoek

- Toxoplasmose: éénmalig als (IgG) resultaat positief is (bewezen immuniteit)
- Rubella: éénmalig als (IgG) resultaat positief is (bewezen immuniteit)
- ABO en rhesusfactor D (internationaal aanbevolen bepaling bestaat uit een test én een confirmatietest, op twee verschillende bloedafnamen bij de persoon).

b. Testen klinische biologie in het begin van elke zwangerschap

AANBEVELINGEN

Doelgroep: vrouwen in het begin van elke zwangerschap

Welke testen?

Algemeen

- Hemoglobine (Hb), rode bloedcellen (RBC) en hematocriet (Hct)
- ABO-bloedgroep en rhesusfactor D-status (indien niet bekend) en irreguliere antistoffen (= indirecte Coombs)
- Rubella IgG, indien er geen bewijs van immuniteit is
- Toxoplasmose IgM en IgG, indien er geen bewijs van immuniteit is
- Treponema Pallidum Hemagglutination-test (TPHA)
- HIV-antilichamen
- Hepatitis B surface Antigen (HBsAg), indien er geen bewijs van immuniteit is
- Urinestick voor detectie van RBC, WBC, bacteriurie, proteïnurie bij elke prenatale bloeddrukcontrole

Bij risico op hepatitis C

- HCV-antistoffen

Frequentie van onderzoek: te herhalen bij elk beginnende zwangerschap



Er is een risico op besmetting met hepatitis C via besmet bloed in geval van (ex-)intraveneus druggebruik, niet-steriel uitgevoerde piercings, tatoeages, acupunctuur, prikaccidenten, orgaantransplantaties, dialyse, endoscopie vóór 1992 en (soms) bij seksueel contact.

c. Testen klinische biologie in het verdere verloop van elke zwangerschap

AANBEVELINGEN

Doelgroep: vrouwen tijdens de follow-up van elke zwangerschap

Welke testen?

Tussen week 11 en 14

- PAPP-A en vrij bèta-HCG (enkel na informed consent) om te screenen naar aneuploidie, in casu Down-syndroom.

Tussen week 24 en 28

- Hb, RBC en Hct
- Bloedplaatjes
- Irreguliere antistoffen (= indirecte Coombs)
- Glucosebelastingtest met 50 gram glucose (screening van zwangerschapsdiabetes)

NB: Screen vroeger (tussen 16 en 18 weken) bij zwangere met hoog risico

Tussen week 35 en 37

- Rectaal en vaginaal wisserafname voor screening van groep B-streptokokken (GBS)



Informed consent in het kader van het Down-syndroom: de zwangere vrouw moet goed op de hoogte zijn van

- het doel (risicoschatting, maar géén sluitende zekerheid)
- het niet verwaarloosbare risico (0,8%) van een miskraam als gevolg van de amniocentese, logischerwijze uitgevoerd na een resultaat wijzend op een verhoogd risico
- de procedure en het verloop van die screening.

Het is bovendien belangrijk aandacht te hebben voor de opvattingen van de patiënte over het syndroom van Down of een andere chromosoomafwijking.

III. Methodologie

Er zijn een aantal vaststellingen en cijfers over de testen klinische biologie opgenomen in deze brochure onder punt II, 1 “screening bij patiënten zonder klachten, symptomen of risicofactoren op basis van leeftijd of geslacht”.

Waar komen die cijfers vandaan?

Het RIZIV heeft op basis van een representatieve anonieme steekproef van de Belgische bevolking (“permanente steekproef”² genaamd) personen geselecteerd die een arts raadplegen en die geen tekenen van chronische behandeling vertonen. Daarna heeft het RIZIV hun deelname aan testen klinische biologie over een periode van twee jaar (tussen 2006 en 2008) opgetekend en geanalyseerd.

Op basis van die gegevens heeft het RIZIV onderzocht:

- of die testen voor de “juiste” personen zijn voorgeschreven volgens de aanbevolen frequentie
- of de voorgeschreven testen juist zijn (frequentie en inhoud van het voorschrift).

De geselecteerde testen klinische biologie voor die analyse zijn de volgende: schildkliertesten, lipidenbilan, diabetescreening, leverbilan, nierbilan, bilan van de seksueel overdraagbare aandoeningen.



Geselecteerde patiënten: alle patiënten met een hoeveelheid voorgeschreven DDD's (defined daily dose) lager dan 80 (uitgezonderd de voorschriften voor de anti-conceptiepil).

De aanbevelingen in deze brochure zijn bekrachtigd door de gemengde werkgroep van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen en van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie. De werkgroep is samengesteld uit: M. Moens (voorzitter), M. Bauval, D. Bernard, G. Bruwier, A. Criel, B. Debbaut, JP. Dercq, A. Derom, Y. Husden, R. Lemye, M. Lievens, F. Mambourg, M. Masson, P. Meeus, F. Nobels, P. Putzeys, M. Roland, R. Rutsaert, P. Van Hoorde, A. Verstraete, P. Vollemaere; voor het RIZIV hebben deelgenomen: G. Haucotte, X. Van Aubel, B. Winnen.

M. Meer info



Indien u meer info wenst over de sensibiliseringscampagne voor de voorschrijvers van klinische biologie

- kan u de website van het RIZIV raadplegen: www.riziv.be, rubriek Zorgverleners > Individuele zorgverleners > Artsen > Kwaliteitspromotie > Sensibiliseringscampagnes > Klinische biologie
- kan u een mail sturen naar info-rdq@riziv.fgov.be.



Voor meer informatie over de “Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: Aanvraag van laboratoriumtests door huisartsen” (Domus Medica), raadpleeg de kernboodschappen van de aanbevelingen op de website van de Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid www.health.belgium.be, rubriek Gezondheidszorg > Gezondheidszorgberoepen > Artsen > Huisartsen > Aanbevelingen labo klinische biologie.

De volledige aanbevelingen zullen er beschikbaar zijn vanaf september 2011.

Verantwoordelijke uitgever
J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Realisatie
Dienst voor geneeskundige verzorging

Grafisch ontwerp
Communicatiecel van het RIZIV

Publicatiedatum
Juni 2011

Wettelijk depot
D/2011/0401/8