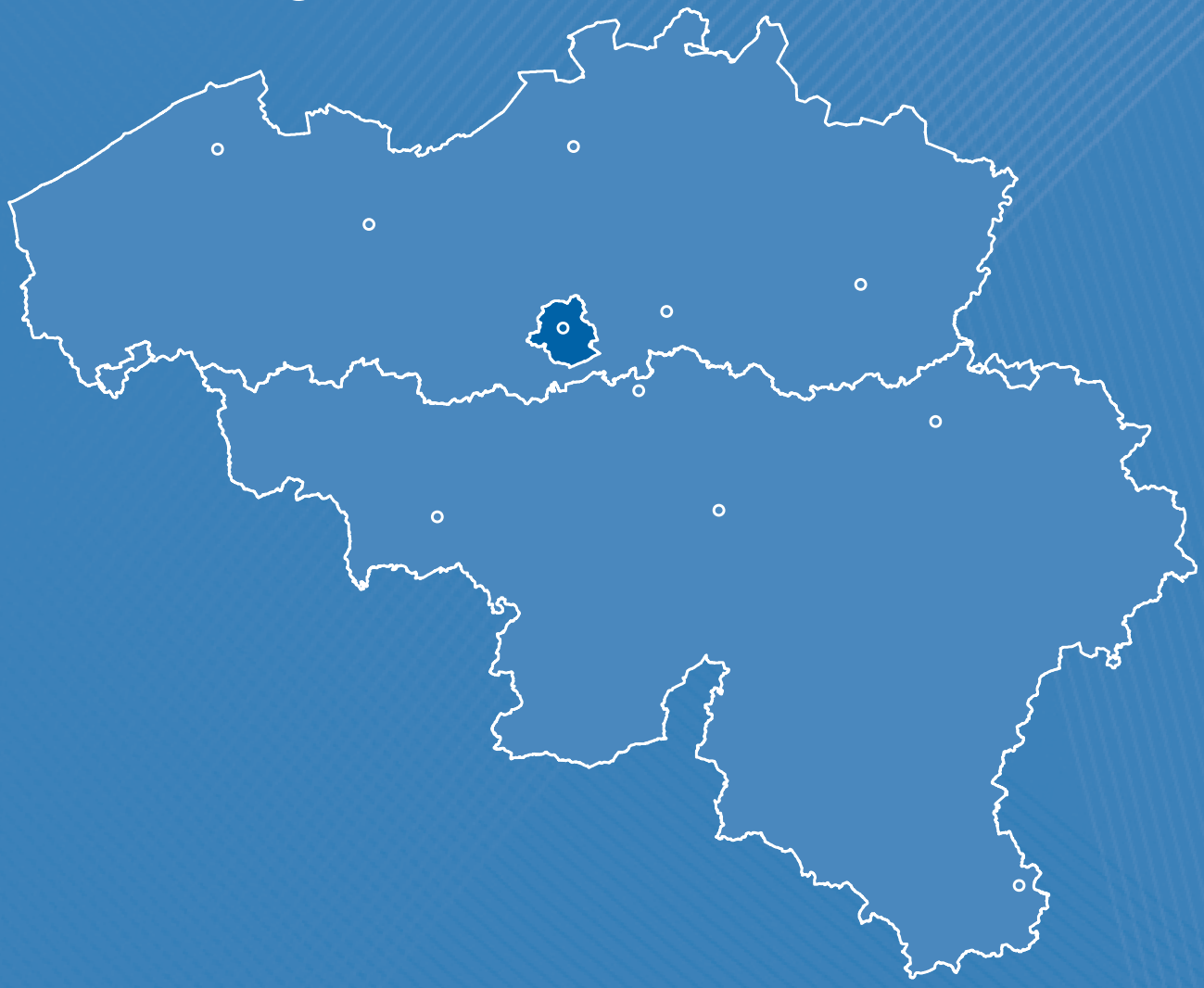
PROGRAMME
Périnatalité

CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE asbl

Perinatale gegevens in het Brusselse Gewest

Jaar 2009



OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

PROGRAMME Périnatalité

CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE PERINATALE asbl

Perinatale gegevens in het Brusselse Gewest

Jaar 2009

Redactie

A-F. Minsart, V. Van Leeuw, S. Van de Putte,
M. De Spiegelaere en Y. Englert

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Commission communautaire commune

RÉGION WALLONNE

OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN BRUSSEL

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL BRUXELLES

De gegevens van dit rapport komen van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.
Het verzamelen, de bewerking, analyse en publicatie van de gegevens door de vzw CEpiP vonden plaats met de steun van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en meer bepaald het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

Deze publicatie dient als volgt geciteerd te worden:

Minsart A-F, Van Leeuw V, Van de Putte S, De Spiegelaere M, Englert Y. Perinatale gegevens in het Brusselse Gewest – Jaar 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.

Colofon

Redactie
Anne-Frédérique Minsart[1]
Virginie Van Leeuw
Sabine Van de Putte
Myriam De Spiegelaere
Yvon Englert

Vertaling
Jan Jacobs

Lay-out
Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl :
Nathalie da Costa Maya

Secretariaat
Nadia Di Benedetto
Fatima Bercha
Khadija El Morabit

Administratief beheer
Caroline Verdoot

Hartelijk dank
Aan Sabine Van de Putte
Aan Jeanine Boudry, Lisa Balepa, Patricia Barlow, Fabrice Desalle, Geoffroy Collet, Magali De Ruyck, Philippe Revelard, Christine Kirkpatrick, Clotilde Lamy en Nathalie Lauwers voor de onmisbare hulp.
Aan de verantwoordelijken van de verloskamers: Yves Baukens van de Europa Ziekenhuizen Sint-Michel, Marie-France Beautrix van het Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter, Nathalie Chiampo van de Iris Ziekenhuizen Zuid – Campus Etterbeek-Elsene, Rita De Bock van de Kliniek Edith Cavell, Viviane Delendecker en Martine Van Melle van het UVC Brugmann, Thérèse Guilmot van de Universitaire Ziekenhuizen Saint-Luc, Marisa Segers en Cindy Rousseau van de Kliniek Sint-Anna Sint-Remi, Sabine Van de Putte en Patricia Kesteman van het Erasmus Ziekenhuis, Carine Vanden Hende, Valérie Maes en Caroline Bersier van de Kliniek Sint-Jan en Kris Werbrouck van de Europa Ziekenhuizen Sint-Elisabeth.
We danken eveneens het personeel van de materniteiten, de zelfstandige vroedvrouwen, en het personeel van de gemeentebesturen voor de bijkomende informatie ter aanvulling van de databank.

Deskundigen die een bijdrage leverden aan de samenstelling van dit document
Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad
Al de leden van de wetenschappelijke raad van het CEpiP en Dr C. Kirkpatrick

Voor meer informatie

vzw Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEpiP)
Erasmus Campus – gebouw A
Lenniksebaan 808, BP 597
1070 BRUSSEL
Tel.: 02.555.60.30
contact@cepip.be
www.cepip.be

1 Ziekenhuisarts en vorser aan het Fonds de la Recherche Scientifique (FNRS).

Woord vooraf

Het CEpiP is bijzonder gelukkig zijn tweede rapport van de perinatale gegevens te Brussel voor het kalenderjaar 2009 te kunnen voorstellen. Ook al maakt dit rapport nog geen vergelijking mogelijk tussen de evoluerende praktijken in de loop der jaren, het biedt ons wel de kans om onze expertise op het gebied van de perinataliteit aan te scherpen als ondersteuning voor het nemen van beslissingen inzake de gezondheidszorg.

Aan het begin van 2009 lanceerde het CEpiP in de Brusselse, en vervolgens ook in de Waalse materniteiten, een nieuw medisch luik dat werd opgesteld in samenwerking met het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE – de instantie die de perinatale gegevens inzamelt voor Vlaanderen) en Fedict (belast met de implementatie van de elektronische geboorteaangifte: e-Birth). Op die manier kan in de nabije toekomst een rapport van de perinatale gegevens voor heel België opgesteld worden. Een uitdaging van formaat in een moeilijke regionale politieke context, maar wel van groot belang voor vergelijkingen en voor Europese projecten zoals Peristat. Dankzij het CEpiP-luik kon men vroegere studies verfijnen en vervolledigen met aspecten die zeer actueel zijn, zoals het ontstaan van de zwangerschap, de monitoring van de foetus, het aantal keizersneden, maar ook de gewicht-lengteverhouding van de aanstaande moeders, belangrijk in het kader van de obesitasepidemie in ons land.

Dit alles kan vanzelfsprekend alleen gebeuren dankzij het vertrouwen en de steun vanwege verschillende partners uit de politieke en academische wereld en de besturen, de ONE, het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie, de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique, maar ook dankzij de financiële steun en de medewerking van de Franse Gemeenschap, het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Zonder het dagelijkse werk vanwege de gemeentebesturen zouden we dit rapport niet kunnen publiceren. Hetzelfde geldt eveneens voor de medewerkers van de materniteiten en de zelfstandige vroedvrouwen, die zich moesten aanpassen aan het nieuwe medische luik en dit met veel professionalisme deden. Wij danken hen hiervoor van harte en hopen dat dit rapport een hulpmiddel mag zijn bij hun werkzaamheden.

Ten slotte willen we zeker ook het engagement benadrukken van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, de leden van de wetenschappelijke raad en de nooit aflatende inzet van de medewerksters en beheerders van het CEpiP, die dit rapport mogelijk maakten.

Pr. Yvon Englert
Voorzitter CEpiP

Inhoud

COLOFON 3
WOORD VOORAF 5
INHOUD 6
TABELLEN EN FIGUREN 8
VZW CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE PÉRINATALE, CEPIP 11
ORGANIGRAM 12

1 INLEIDING 13
1.1 ALGEMENE INLEIDING 13
1.2 METHODOLOGIE 13
1.2.1 Beschrijving van de gegevensstroom 13
1.2.2 Methode en analyse 14
1.2.3 Gegevens 14

2 VERGELIJKING VAN DE GEGEVENS VAN VLAANDEREN EN WALLONIË 14

3 DEFINITIES 15

4 SYNOPSIS: BRUSSEL 2009 16
4.1 EIGENSCHAPPEN VAN DE MOEDER 16
4.2 EIGENSCHAPPEN VAN HET KIND 16

5 GEBOORTEN IN HET BRUSSELSE GEWEST IN 2009 17

5.1 GEBOORTECIJFERS 17

5.2 BEVALLINGSCIJFERS 17

5.3 EIGENSCHAPPEN VAN DE OUDERS 18
5.3.1 Socio-demografische eigenschappen van de ouders 18
5.3.2 Medische eigenschappen van de moeder 23

5.4 EIGENSCHAPPEN VAN DE BEVALLING 28
5.4.1 Ligging van het kind bij de geboorte 28
5.4.2 Fœtale bewaking (CEpiP) 29
5.4.3 Bevalling via sectio 30
5.4.4 Instrumentele verlossing 35
5.4.5 Inductie van de bevalling 35
5.4.6 Epidurale analgesie (CEpiP) 37
5.4.7 Episiotomie (CEpiP) 38
5.4.8 Bevallingen zonder obstetricale tussenkomst 39

5.5 MEERLINGEN 40
5.5.1 Prevalentie van de meerlingen 40
5.5.2 Meerlingzwangerschap en leeftijd van de moeders 40

5.6 EIGENSCHAPPEN VAN HET KIND 41
5.6.1 Geboortegewicht 41
5.6.2 Duur van de zwangerschap 42
5.6.3 Groep-B-streptokokken (GBS - CEpiP) 44
5.6.4 Apgar-score 45
5.6.5 Beademing van de pasgeborene (CEpiP) 45
5.6.6 Transfer naar neonatale afdeling (CEpiP) 45
5.6.7 Transfer ex utero (CEpiP) 45
5.6.8 Geslacht 46
5.6.9 Afwijkingen 46

5.7 PLAATS VAN DE BEVALLING 47
5.7.1 Bevallingen in de materniteit 47
5.7.2 Bevallingen buiten het ziekenhuismidden 47

5.8 MORTINATALITEIT 49
5.8.1 Cijfers 49
5.8.2 Verdeling van de doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd 49
5.8.3 Oorzaken van de fœtale mortaliteit 50
5.8.4 Maternale sterfte 50

6 BESLUITEN – AANDACHTSPUNTEN 51

7 REFERENTIES 52

8 BIJLAGEN 53

Tabellen en figuren

TABELLEN

Tabel 1: Details van de geboorten ... 17
Tabel 2: Details van de bevallingen ... 17
Tabel 3: Spreiding van de moeders naargelang de leeftijd bij de bevalling ... 18
Tabel 4: Nationaliteit van de moeder naar bevalling ... 20
Tabel 5: Verblijfplaats van de moeder bij de bevalling ... 21
Tabel 6: Opleidingsniveau van de moeder bij de bevalling ... 21
Tabel 7: Beroepstoestand van de ouders bij de bevalling ... 22
Tabel 8: Burgerlijke staat en staat van gezinstoestand van de moeder naar bevalling ... 23
Tabel 9: Verdeling pariteit naar bevalling ... 23
Tabel 10: Beroepstoestand en pariteit ... 23
Tabel 11: HIV-status van de patiënten bij de bevalling ... 24
Tabel 12: Ontstaan van de zwangerschap bij HIV-seropositieve moeders ... 24
Tabel 13: Beschrijving van de gewichten en lengte van de patiënten ... 24
Tabel 14: Verdeling patiënten ≥ 18 jaar met BMI ≥ 30 kg/m2 naar leeftijd van de moeder ... 25
Tabel 15: Verdeling patiënten met BMI ≥ 25 kg/m2 naar leeftijd van de moeder en pariteit ... 25
Tabel 16: Verdeling hypertensie naar bevalling ... 25
Tabel 17: Verdeling diabetes naar bevalling ... 25
Tabel 18: Ontstaan van de zwangerschap naar bevalling ... 26
Tabel 19: Verdeling meerlingen naar ontstaan van de zwangerschap ... 26
Tabel 20: Aantal doodgeboren kinderen naar ontstaan van de zwangerschap bij eenlingen ... 26
Tabel 21: Aantal meerlingen naar ontstaan van de zwangerschap en leeftijd ... 27
Tabel 22: Ontstaan van de zwangerschap naar leeftijd van de moeder ... 27
Tabel 23: Ontstaan van de zwangerschap naar nationaliteit van de moeder ... 27
Tabel 24: Ontstaan van de zwangerschap naar BMI bij moeders van 18 jaar en ouder ... 27
Tabel 25: Ligging van levende eenlingen ... 28
Tabel 26: Ligging van doodgeboren eenlingen ≥ 37 weken ... 28
Tabel 27: Ligging van doodgeboren eenlingen < 37 weken ... 28
Tabel 28: Sluitligging naar pariteit voor levende eenlingen ≥ 37 weken ... 28
Tabel 29: Sluitligging naar leeftijd van de primipara bij levende eenlingen ≥ 37 weken ... 28
Tabel 30: Sluitligging naar nationaliteit van de moeders bij levende eenlingen ≥ 37 weken ... 29
Tabel 31: Sluitligging naar BMI van de primipara ≥ 18 jaar bij levende eenlingen ≥ 37 weken ... 29
Tabel 32: Foetale bewaking voor levend geboren kinderen (geplande keizersneden niet meegerekend) ... 29
Tabel 33: Verdeling keizersneden naar ligging van levende eenlingen ... 29
Tabel 34: Verdeling keizersneden voor levende eenlingen in sluitligging naar zwangerschapsleeftijd bij de primipara ... 30
Tabel 35: Verdeling keizersneden voor levende eenlingen in sluitligging naar zwangerschapsleeftijd bij de multipara ... 30
Tabel 36: Verdeling keizersneden en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara ... 31
Tabel 37: Verdeling keizersneden en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara ... 31
Tabel 38: Verdeling keizersneden naar BMI voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara ≥ 18 jaar ... 31

Tabel 39: Indicaties van keizersnede voor levende eenlingen 32
Tabel 40: Indicaties van keizersnede voor levende meerlingen 33
Tabel 41: Aantal vacuümextracties en forceps per geboorte 35
Tabel 42: Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging van ≥ 37 weken bij primipara 37
Tabel 43: Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij multipara zonder vorige keizersnede 37
Tabel 44: Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij multipara met vorige keizersnede 37
Tabel 45: Verdeling fysiologische bevallingen van levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging bij primipara naar leeftijd van de moeder 39
Tabel 46: Verdeling fysiologische bevallingen zonder epidurale analgesie voor levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging bij primipara naar leeftijd 39
Tabel 47: Verdeling fysiologische bevallingen voor levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging bij primipara naar oorspronkelijke nationaliteit 39
Tabel 48: Verdeling fysiologische bevallingen voor eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging bij primipara ≥ 18 jaar naar BMI 39
Tabel 49: Details van de meerlingzwangerschappen 40
Tabel 50: Meerlingzwangerschappen en leeftijd van de moeders naar ontstaan van de zwangerschap 40
Tabel 51: Spreiding van het geboortegewicht 41
Tabel 52: Aantal levend- en doodgeboren en vóór 7 dagen gestorven kinderen naar zwangerschapsleeftijd 42
Tabel 53: Spreiding van de zwangerschapsleeftijd naar bevalling 43
Tabel 54: Bevalling < 37 weken en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen bij primipara 43
Tabel 55: Bevalling < 37 weken en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen bij primipara 43
Tabel 56: Bevalling < 37 weken en BMI voor levende eenlingen bij primipara 43
Tabel 57: Bevalling < 37 weken en beroepssituatie van de moeder voor levende eenlingen bij primipara 44
Tabel 58: Bevalling < 37 weken en opleidingsniveau van de moeder voor levende eenlingen bij primipara 44
Tabel 59: GBS status per bevalling 44
Tabel 60: Beademing van de levende pasgeborene 45
Tabel 61: Transfer naar neonatale afdeling 45
Tabel 62: Geslacht van het kind 46
Tabel 63: Soorten afwijkingen 46
Tabel 64: Verdeling materniteiten naar aantal bevallingen 47
Tabel 65: Thuisbevalling en leeftijd van de moeder 48
Tabel 66: Thuisbevalling en beroepssituatie 48
Tabel 67: Thuisbevalling en pariteit 48
Tabel 68: Thuisbevalling en opleidingsniveau 48
Tabel 69: Verdeling doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd bij eenlingen 49
Tabel 70: Fœtale doodsoorzaken volgens het geboortecertificaat 50

FIGUREN

Figuur 1: Aantal bevallingen onder de leeftijd van 18 jaar naar oorspronkelijke nationaliteit 19
Figuur 2: Aantal bevallingen op 40 jaar en meer naar oorspronkelijke nationaliteit 19
Figuur 3: Spreiding van het aantal keizersneden naar materniteit bij de primipara bij levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging 34
Figuur 4: Spreiding van het aantal keizersneden naar materniteit bij de primipara bij levende eenlingen ≥ 37 weken in sluitligging..... 34
Figuur 5: Verdeling van de inducties naar materniteit bij levende eenlingen tussen 37 en 40 weken in hoofdligging (zonder 41 weken) 36
Figuur 6: Verdeling van de inducties naar materniteit bij levende eenlingen tussen 34 en 36 weken in hoofdligging 36
Figuur 7: Verdeling van de inducties naar zwangerschapsleeftijd bij levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging zonder hypertensie en zonder diabetes 36
Figuur 8: Verdeling van de epidurale analgesie naar materniteit bij levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken buiten secundair keizersneden 38
Figuur 9: Verdeling van de episiotomie naar materniteit bij levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken..... 38

vzw Centre d'Épidémiologie Périnatale, CEpiP

De vzw CEpiP werd opgericht op 14 september 2007 op initiatief van de Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) in samenwerking met de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde.

Het CEpiP stelt zich tot doel de gezondheid te bevorderen tijdens de zwangerschap en tijdens de perinatale en de kindertijd. In deze context verzamelt en verwerkt het centrum de perinatale gegevens in Brussel en Wallonië. Dit programma wijdt zich dus aan de ontwikkeling van de perinatale epidemiologie ten gunste van de actoren in het werkveld (in de eerste plaats de materniteiten), de politieke autoriteiten en de wetenschappelijke wereld. Met dit doel voor ogen verricht de vzw aanvullend werk bij de diensten van de Franse Gemeenschap en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.

Deze structuur krijgt financiële hulp en ondersteuning van de Franse Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en het Waals Gewest. Het kan tevens bogen op de ervaring en de goede raad van de twee laatstgenoemden, het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad en het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie.

Organigram

Raad van Bestuur

Prof. F. Debiève
Prof. N. Deggouj (S)
Dr L. Demanez
Prof. Y. Englert (V)
Prof. J.M. Foidart
Prof. C. Gosset
Prof. R. Lagasse (S*)
Prof. P. Lepage
Prof. J. Macq
Prof. A.L. Mansbach
Prof. J. Rigo (VV)
Prof. G. Verellen

Programma perinataliteit Raad van Beheer

Prof. F. Debiève – UCL
Prof. Y. Englert – ULB
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. J.M. Foidart – ULg
Prof. P. Lepage – ULB
Dr A-F. Minsart
Prof. G. Verellen – UCL
Mevr. V. Van Leeuw

Observatoren geldschieters
Dr M. De Spiegelaere – OGWB*

Dagelijks beheer

Dr A-F. Minsart
Mevr. V. Van Leeuw

Centrum voor analyse

Mevr. F. Bercha
Mevr. N. Di Benedetto
Mevr. K. El Morabit

Externe samenwerking

Grafische vormgeving
Mevr. N. da Costa Maya

Informatica
M. M. Candeur
M. J.F. Minsart

Programma perinataliteit Wetenschappelijke Raad

Prof. S. Alexander – ULB
Prof. P. Bernard – UCL
Prof. P. Buekens – USA
Dr M. De Spiegelaere – OGWB*
Prof. F. Debiève – UCL
Prof. P. Defoort – SPE
Prof. Y. Englert – ULB
Prof. J.M. Foidart – ULg
Mevr. C. Johansson – UPSfB
Prof. P. Lepage – ULB
Prof. A. Levêque – ULB
Dr K. Mathé – Coll. Mère-Enfant
Dr M.C. Mauroy – ONE
Dr R. Moriaux – Franse Gem.
M. S. Ndame – ONE
Mevr. E. Di Zenzo – UPSfB
Dr F. Renard – ULg
Prof. J. Rigo – ULg
Prof. A. Robert – UCL
Dr V. Tellier – Observatoire Wallon de la Santé
Prof. P. Vanhaesebrouck – UZGent
Prof. G. Verellen – UCL

V = Voorzitter
VV = Vice-voorzitter
S = Schatbewaarder
S* = Secretaris

*Observatorium voor gezondheid en welzijn Brussel

1. Inleiding

1.1 Algemene inleiding

Dit dossier bevat de resultaten van de analyse van de statistische geboorteaangiften (levend- en doodgeboren) in 2009 in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest. Deze aangiften worden voor elke geboorte ingevuld door professionals uit de gezondheidszorg (vooral vroedvrouwen en artsen) en door de diensten van de burgerlijke stand.

De analyses op basis van medische gegevens gebeuren **volgens de geboorteplaats. Ze omvatten dus alle geboorten die plaatsvonden op het Brusselse grondgebied.** Dit rapport weerspiegelt de globale perinatale activiteit in het Brusselse Gewest, met de grafieken waarin sommige perinatale activiteiten per materniteit anoniem worden weergegeven.

1.2 Methodologie

1.2.1 Beschrijving van de gegevensstroom

In België moet bij de aangifte van een geboorte of overlijden, aan de burgerlijke stand, verplicht een statistisch formulier ingevuld worden. Er zijn drie soorten formulieren in gebruik: het «statistisch formulier voor de aangifte van een geboorte van een levend kind» (bijlage 1), het «statistisch formulier voor de aangifte van het overlijden van een kind jonger dan een jaar of van een doodgeboorte» (bijlage 2) en het «statistisch formulier voor de aangifte van het overlijden van een persoon van een jaar of ouder». Enkel de eerste twee worden gebruikt voor de analyses in dit rapport. We hebben het over de «statistische geboorte- en overlijdensformulieren».

In afwachting van het invoeren van de elektronische aangifte (federaal e-birth project van de FEDICT), maakt het CEpiP sinds januari 2009 in het Brusselse Gewest, gebruik van het formulier «CEpiP-luik» (bijlage 3). Dit CEpiP-luik vervangt het luik C van het formulier van een geboorte van een levend kind en vult eveneens het luik C aan van het overlijdensformulier van een kind jonger dan één jaar. Dit document is hetzelfde als het SPE-document, wat intergewestelijke vergelijkingen vergemakkelijkt.

Deze formulieren bestaan uit verschillende luiken. De medische gegevens worden door de vroedvrouwen en de artsen tijdens de bevalling (of bij het overlijden) ingevuld op luik C en/of «CEpiP-luik». Deze vertrouwelijke en anonieme luiken worden onmiddellijk naar het CEpiP overgemaakt. De arts of de vroedvrouw vult eveneens luik B in (met basisinformatie: datum en uur van de geboorte, geslacht, geboorteplaats, vermelden of het al dan niet om een meerling gaat) en vermeldt de identiteitsgegevens op het los te maken luik A. Dit alles wordt overgemaakt aan de dienst burgerlijke stand van de gemeente waar het kind geboren is. Daar verzamelt de ambtenaar van de burgerlijke stand de socio-demografische gegevens (luik D), doorgaans op het moment dat een familielid (meestal de vader) de geboorte komt aangeven. Luik A wordt losgemaakt en vanaf dan is het formulier volstrekt anoniem (luiken B, C en D). Het wordt overgemaakt aan de gemeenschappelijke administraties: de Vlaamse Gemeenschap voor de geboorten en overlijdens die plaatsvonden in Vlaanderen, de Franse Gemeenschap voor die in Wallonië en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest.

Voor het Brusselse Gewest bestaat de taak van het CEpiP erin de gegevens te verzamelen, in te geven en de kwaliteit van de ingevulde geboorteaangiften te controleren. Bovendien verbetert het centrum onvolledige, foutieve of niet samenhangende gegevens in samenwerking met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, met de vroedvrouw in de verloskamer en de gemeentelijke ambtenaar. Vervolgens staat het in voor de analyse van de gegevens voor de epidemiologische doeleinden of ten dienste van de openbare gezondheid.

1.2.2 Methode en analyse

Dit rapport beschrijft op synthetische en globale manier de analyses van de perinatale gegevens voor het Brusselse Gewest. Voor sommige analyses werden de medische gegevens vergeleken met de socio-demografische gegevens, om zodoende de perinatale gezondheid te kunnen analyseren in functie van de socio-demografische en medische eigenschappen van de moeder. De leeftijd, de nationaliteit en de BMI werden willekeurig gekozen voor de analyses. Alle analyses werden gemaakt met behulp van STATA 10.0, 2008 software.

1.2.3 Gegevens

De gebruikte gegevens zijn die van de luiken B, C en D van de statistische formulieren voor geboorte en overlijden (in bijlage) en van de vragenlijst «CEpiP-luik».
De analyses van het rapport tonen sommige bijzonderheden sinds de introductie van het «CEpiP-luik» in januari 2009: nieuwe variabelen verschijnen erin. Niet onbelangrijk is te herinneren dat sinds mei een tweede versie van het «CEpiP-luik» geïntroduceerd werd. Dit laatste luik bevatte dezelfde variabelen als het voorbije, plus een vraag over de monitoring van de fœtus.

2. Vergelijking van de gegevens van Vlaanderen en Wallonië

De gegevens in dit rapport betreffen dus zowel de geboorten die plaatsvonden in de 11 materniteiten van het Brusselse Gewest als de geboorten buiten het ziekenhuismidden op het Brusselse grondgebied.
Deze gegevens kunnen dus vergeleken worden met de door het SPE gepubliceerde gegevens (1) betreffende de geboorten die in Vlaanderen en het UZB plaatshadden, als met de Waalse gegevens over alle geboorten op het Waalse grondgebied (2).

3. Definities

Pariteit

Elke bevalling van een levendgeborene met om het even welke zwangerschapsduur en elke doodgeborene ≥ 500 g of met een zwangerschapsduur ≥ 22 weken of ≥ 25 cm. Deze bevalling inbegrepen. Meerlingzwangerschappen beïnvloeden de pariteit niet.

Ontstaan van de zwangerschap

Hormonale behandeling: ontstaan van de zwangerschap met of zonder intra-uteriene inseminatie maar geen IVF.
IVF (in vitro fertilisatie)
ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection): speciale IVF techniek met selectie van een spermatozoïde.

Hypertensie

Elke hypertensie ≥ 14/ ≥ 9 mmHg, zwangerschapshypertensie of bestaande hypertensie.

Diabetes

Zwangerschapsdiabetes of eerder bestaande diabetes.

HIV

De antwoorden «weet niet» en «niet getest» zijn mogelijk.
Weet niet: getest vóór of gedurende de zwangerschap of bevalling maar de resultaten zijn (nog) niet beschikbaar.
Niet getest: vóór of gedurende de zwangerschap of bevalling.

Fœtale bewaking

Cardiotocogram: dient om de hartslag van de baby en de activiteit van de baarmoeder te registreren.
STAN-monitor: medisch toestel om tijdens weeën de baby nauwkeuriger te bewaken.
MBO (microbloedonderzoek): onderzoek tijdens de bevalling van het zuur-base-evenwicht van het bloed van het nog ongeboren kind.

Inductie van de baring

«Inductie» of «inleiding van de baring» is het kunstmatig op gang brengen van het geboorteproces met behulp van farmaca en/of het kunstmatig breken van de vliezen. Ook het induceren van contracties na het voortijdig breken van de vliezen zonder weeënactiviteit (internationaal «PROM» = «Prelabour Rupture of Membranes» genoemd) wordt als inductie geklasseerd. Het voortijdig breken van de vliezen is een reden voor inductie.

Wijze van verlossing

Primaire sectio: uitgevoerd op een gepland tijdstip, bij een zwangere met intacte vliezen en niet in arbeid.
Secundaire sectio (alle andere sectio's): keizersnede voor om het even welke andere reden (dus zelfs indien een sectio voordien gepland was, maar is moeten vervroegd worden voor om het even welke reden).

Doodgeboren

Ieder doodgeboren kind/fœtus ≥ 500 g of ≥ 22 weken.

4. Synopsis: Brussel 2009

4.1 Eigenschappen van de moeder

Eenlingen		23 314	(97.8 %)
Tweelingen		517	(2.2 %)
Drielingen		13	(0.05 %)
Pariteit	Primipara	10 822	(45.4 %)
	Multipara	12 992	(54.6 %)
Ontstaan van de zwangerschap	Spontaan	20 397	(95.3 %)
	medisch begeleide voortplanting	1 017	(4.8 %)
Hypertensie		1 142	(4.8 %)
Diabetes		1 191	(5.0 %)
Duur van de zwangerschap	<28 weken	186	(0.8 %)
	28-31 weken	232	(1.0 %)
	32-36 weken	1 409	(5.9 %)
	≥ 37 weken	21 974	(92.3 %)
Inductie		6 588	(27.7 %)
Epidurale analgesie		15 137	(69.4 %)
Sectio		4 284	(18.0 %)
Episiotomie		7 395	(31.2 %)

4.2 Eigenschappen van het kind

Ligging van het kind	Achterhoofdsligging	22 102	(90.9 %)
	Andere hoofdligging	840	(3.5 %)
	Stuitligging	1 218	(5.0 %)
	Dwarsligging	160	(0.7 %)
Geboortegewicht	< 500 g (indien meer dan 22 weken)	32	(0.1 %)
	500-1499 g	408	(1.7 %)
	1500-2499 g	1 482	(7.1 %)
	≥ 2500 g	22 381	(92.1 %)
Geslacht	Mannelijk	12 518	(51.3 %)
	Vrouwelijk	11 862	(48.7 %)
Transfer naar neonatale afdeling	N* - dienst	1 781	(7.4 %)
	NIC - dienst	1 249	(5.2 %)
Doodgeboren		226	(0.9 %)

5. Geboorten in het Brusselse Gewest in 2009

5.1 Geboortecijfers

24 383 geboorten vonden plaats op het Brusselse grondgebied en werden geregistreerd door de burgerlijke stand.

Tabel 1: Details van de geboorten, Brussels Gewest, 2009	
	24 157 LEVENDGEBORENEN
	226 DOODGEBORENEN ≥ 500 g en / of ≥ 22 weken
Of	
	1 069 meerlingen
	23 314 eenlingen
Total :	**24 383 geboorten**

In 2008, waren er 23 572 geboorten (3).

5.2 Bevallingscijfers

Tabel 2: Details van de bevallingen, Brussels Gewest, 2009	
Eenlingen: 23 314 bevallingen	
	23 121 bevallingen van levende eenlingen
	193 bevallingen van doodgeboren eenlingen
Meerlingen: 531 bevallingen	
	489 bevallingen van levende tweelingen
	18 bevallingen van tweelingen met 1 levend- en 1 doodgeboren kind
	6 bevallingen van doodgeboren tweelingen
	1 bevalling van een doodgeboren tweeling, waarbij het tweede kind meer dan 24 uur na het eerste geboren werd *(opgelet: bevallingen met lange tussenpozen worden beschouwd als bijkomende bevallingen*)*
	2 bevallingen van een tweeling waarbij 1 kind levend- en 1 fœtus doodgeboren in utero vóór 22 weken
	12 bevallingen van levende drielingen
	1 bevalling van een drieling met 2 levende kinderen en 1 doodgeboren kind *(opgelet: het doodgeboren kind kwam ruim drie weken voor de andere twee ter wereld: bevallingen met lange tussenpozen worden beschouwd als bijkomende bevallingen *)*
Totaal: 23 843 zwangerschappen leidden tot 23 845* bevallingen *(*indien men de 2 bevallingen met lange tussenpozen bijtelt)*	

In 2008, waren er 23 120 bevallingen (3).

In dit rapport werden voor elke bestudeerde variabele verschillende waarden berekend (per geboorte of per bevalling) om tegemoet te komen aan de internationale aanbevelingen en tegelijk de vergelijking met andere Belgische publicaties mogelijk te maken.

5.3 Eigenschappen van de ouders

5.3.1 Socio-demografische eigenschappen van de ouders

5.3.1.1 Leeftijd moeder

De gemiddelde leeftijd van de moeder bij de bevalling is **30.7 jaar** (minimum: 14.5 jaar – maximum: 49.5 jaar), de mediaan leeftijd is **30.7 jaar** (p25: 27.0 jaar – p75: 34.5 jaar).
Bij primipara is de mediaan leeftijd **28.9 jaar** (p25: 25.1 jaar – p75: 32.6 jaar). De gemiddelde leeftijd is **29.0 jaar** (min.: 14.5 jaar – max.: 49.2 jaar).
Bij multipara is de mediaan leeftijd **32.2 jaar** (p25: 28.6 jaar – p75: 35.7 jaar). De gemiddelde leeftijd is **32.1 jaar** (min.: 15.9 jaar – max.: 49.5 jaar).
Er is 1 bevalling onder de leeftijd van 15 jaar en 134 onder de leeftijd van 18 jaar (0.6 % van de bevallingen).

Vergelijkende tabel
Vlaanderen 2009 (1):
Gemiddelde leeftijd primipara: 28.2 jaar Gemiddelde leeftijd multipara: 31.1 jaar
Wallonië 2009 (2):
Gemiddelde leeftijd: 29.4 jaar Gemiddelde leeftijd primipara: 27.3 jaar Gemiddelde leeftijd multipara: 31.1 jaar
Brussel 2008 (3):
Gemiddelde leeftijd: 30.8 jaar Gemiddelde leeftijd primipara: 29.0 jaar Gemiddelde leeftijd multipara: 32.2 jaar

Alle geboortedata van de moeder konden verkregen worden.

Het Euro-Peristat project (4) beveelt aan om de gemiddelde leeftijd van de moeder te berekenen op basis van het aantal bevallingen, en niet op basis van het aantal geboorten (dat dus alle meerlingzwangerschappen omvat).

Tabel 3: Spreiding van de moeders naargelang de leeftijd bij de bevalling (N=23845), Brussels Gewest, 2009

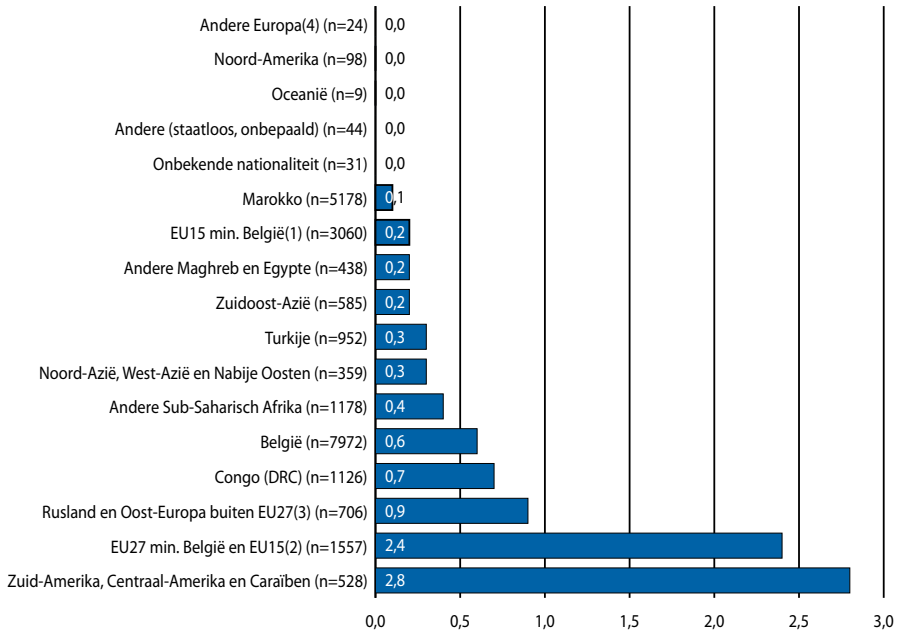
Leeftijd (jaar)	Aantal bevallingen	%	Wallonië 2009 (2) %	Vlaanderen 2009 (1) %
10-14	1	0.0	0.0	2.0
15-19	544	2.3	3.9	
20-24	3 250	13.6	17.5	13.6
25-29	6 906	29.0	34.5	37.8
30-34	7 791	32.7	28.2	32.6
35-39	4 293	18.0	13.2	11.9
40-44	1 003	4.2	2.6	2.0
45-49	57	0.2	0.2	0.1
≥ 50	0	0.0	0.0	

Het aantal moeders <18 jaar bedraagt 134 (0.6 %). 47 (35.1 %) zijn van Belgische oorsprong.

Het aandeel moeders jonger dan 20 jaar bij de bevalling bedraagt **2.3 %**.

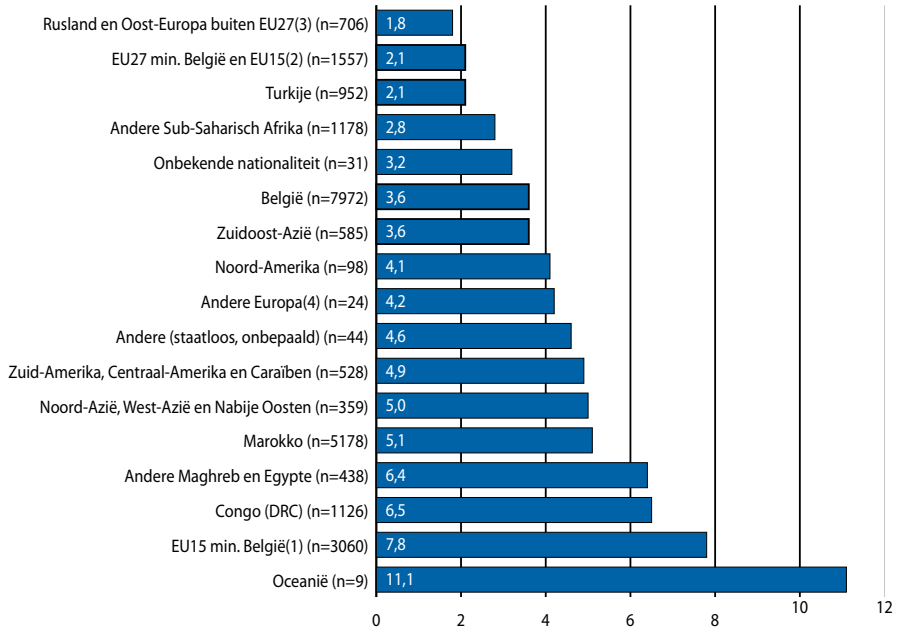
Daar tegenover bedraagt het aandeel moeders van 35 jaar en ouder **22.5 %**. Van de moeders van 35 jaar en ouder zijn **28.9 %** primipara (voor het eerst bevallen) en **17.8 %** grote multipara (voor de vierde keer of meer bevallen).

Het aandeel moeders van 45 jaar en ouder bedraagt **0.2 %**. 10 (17.5 %) hebben de oorspronkelijke Belgische nationaliteit, 12 (21.1 %) zijn afkomstig uit het vroegere Europa van de 15 (België niet meegerekend) en 14 (24.6 %) hebben de oorspronkelijke Marokkaanse nationaliteit.



Figuur 1: Aantal bevallingen onder de leeftijd van 18 jaar naar oorspronkelijke nationaliteit (N=23 845), Brussels Gewest, 2009

1 EU15 zonder België: Duitsland, Oostenrijk, Denemarken, Spanje, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Groothertogdom Luxemburg, Nederland, Portugal, Verenigd Koninkrijk, Zweden
2 EU27 zonder België en EU15: Bulgarije, Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Tsjechië, Roemenië, Slovenië, Slowakije, ex-Tsjechoslowakije.
3 Rusland en Oost-Europa buiten de EU27: Albanië, USSR, ex-Joegoslavië, Servië, Montenegro, Wit-Rusland, Oekraïne, Moldavië, Kroatië, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Kosovo, Armenië, Azerbeidzjan, Georgië
4 Andere Europa: Andorra, IJsland, Liechtenstein, Monaco, Noorwegen, San Marino, Zwitserland, Heilige Stoel, Gibraltar



Figuur 2: Aantal bevallingen op 40 jaar en meer naar oorspronkelijke nationaliteit (N=23 845), Brussels Gewest, 2009

1 EU15 zonder België: Duitsland, Oostenrijk, Denemarken, Spanje, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Groothertogdom Luxemburg, Nederland, Portugal, Verenigd Koninkrijk, Zweden
2 EU27 zonder België en EU15: Bulgarije, Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Tsjechië, Roemenië, Slovenië, Slowakije, ex-Tsjechoslowakije.
3 Rusland en Oost-Europa buiten de EU27: Albanië, USSR, ex-Joegoslavië, Servië, Montenegro, Wit-Rusland, Oekraïne, Moldavië, Kroatië, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Kosovo, Armenië, Azerbeidzjan, Georgië
4 Andere Europa: Andorra, IJsland, Liechtenstein, Monaco, Noorwegen, San Marino, Zwitserland, Heilige Stoel, Gibraltar

5.3.1.2 Nationaliteit van de moeder

Tabel 4: Nationaliteit van de moeder naar bevalling, Brussels Gewest, 2009				
	Oorspronkelijke nationaliteit (N=23 814)		**Huidige nationaliteit (N=23 816)**	
Nationaliteit	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
België	7 972	33.5	13 719	57.6
EU 15 min België	3 060	12.9	2 870	12.1
EU 27 min België en EU 15	1 557	6.5	1 465	6.2
Rusland en Oost-Europa buiten EU 27	706	3.0	464	2.0
Andere Europa	24	0.1	22	0.1
Turkije	952	4.0	350	1.5
Marokko	5 178	21.7	2 130	8.9
Andere Maghreb landen en Egypte	438	1.8	245	1.0
Congo (DRC)	1 126	4.7	620	2.6
Andere landen uit Sub-Saharisch Afrika	1 178	5.0	825	3.5
Noord-Amerika	98	0.4	85	0.4
Zuid-Amerika, Centraal-Amerika en Caraïben	528	2.2	402	1.7
Noord-Azië, West-Azië en Nabije Oosten	359	1.5	222	0.9
Zuidoost-Azië	585	2.5	374	1.6
Oceanië	9	0.0	10	0.0
Andere (staatloos, onbepaald)	44	0.2	13	0.1

De oorspronkelijke nationaliteit van 31 moeders en de huidige nationaliteit van 29 moeders konden niet verkregen worden. De percentages van tabel 4 werden berekend op het totaal van de bekende gegevens.

We stellen vast dat **42.4 %** van de moeders niet Belgisch zijn **op het moment van de bevalling**.

Bovendien is **66.5 %** van de moeders van niet-Belgische oorsprong, m.a.w ze zijn **niet als Belgische geboren**. De meest vertegenwoordigde moeders van niet-Belgische nationaliteit zijn Marokkaans (21.7 %), Congolees (4.7 %), Frans (4.1 %) en Turks (4.0 %). Hier gaat het uitsluitend over de oorspronkelijke nationaliteit van de moeder (m.a.w de nationaliteit die de moeder had bij haar geboorte – dit houdt geen rekening met de oorspronkelijke nationaliteiten van de vorige generatie).

5.3.1.3 Woonplaats

Tabel 5: Verblijfplaats van de moeder bij de bevalling (N=23 843), Brussels Gewest, 2009		
Verblijfplaats	**Aantal**	**%**
Brussel	**17 918**	**75.2**
Totaal Vlaanderen:	**3 790**	**15,9**
Oost-Vlaanderen	237	1.0
West-Vlaanderen	36	0.2
Limburg	29	0.1
Antwerpen	221	0.9
Vlaams-Brabant	3 267	13.7
Totaal Wallonië:	**1 912**	**8,0**
Henegouwen	454	1.9
Luik	79	0.3
Luxemburg	21	0.1
Namen	141	0.6
Waals-Brabant	1 217	5.1
Totaal grenslanden:	**48**	**0,2**
Frankrijk	19	0.1
Duitsland	0	0.0
Luxemburg	12	0.1
Nederland	17	0.1
Andere landen	**152**	**0.6**
Bijzondere gevallen (geen vast adres in België, geschrapt, enz.)	**23**	**0.1**

Voor 122 bevallingen (0.5 %) gaf de gemeente een domicilie in het buitenland of niet nader bepaald op (niet ingeschreven in België), terwijl de materniteit een effectieve verblijfplaats in Brussel opgaf.
2 verblijfplaatsen konden niet verkregen worden.

5.3.1.4 Opleiding

Tabel 6: Opleidingsniveau van de moeder bij de bevalling (N=22 184), Brussels Gewest, 2009			
Opleidingstype		**Aantal**	**%**
Geen opleiding		482	2.2
Lager onderwijs		2 040	9.2
Lager middelbaar		2 580	11.6
Hoger middelbaar	beroeps	1 947	8.8
	technisch	1 546	7.0
	algemeen	4 385	19.8
Hoger van het korte type		3 965	17.9
Hoger van het lange type of universitair		5 215	23.5
Andere (speciaal, lopende studies, in het buitenland)		24	0.1

De berekende waarden in de tabel betreffen het totaal van alle gekende gegevens.
Deze variabele wordt vaak verwaarloosd door de ambtenaren van de burgerlijke stand en door de ouders, zoals blijkt uit het hoge aantal ontbrekende gegevens: 1661 ontbrekende antwoorden (**7.0 %**). Dit gegeven wordt duidelijk minder goed geregistreerd bij een doodgeboren kind, waar **74.0 %** van de gegevens dit jaar ontbreken. Het aantal ontbrekende gegevens voor sterfgevallen ligt hoog in 2009. Hiervoor kunnen verschillende verklaringen gegeven worden, met als eerste de moeilijkheid om dergelijke gevoelige gegevens in te zamelen bij een overlijden. Bovendien hebben tweederde van de moeders niet de oorspronkelijke Belgische nationaliteit, zij brachten dus wellicht minstens een deel van hun kindertijd door in het buitenland en dit bemoeilijkt het bepalen en registreren van het opleidingsniveau door het

gemeentebestuur. Anderzijds werd er bij de gemeenten en de materniteiten sterker op aangedrongen alle dode foetussen vanaf 22 weken te registreren, wat hun toenemend aantal verklaart. Aangezien voor deze geboorten geen nummer van overlijdensakte toegekend wordt en begraven of cremeren niet verplicht is, dienen niet alle ouders zich aan bij de burgerlijke stand. De beambte wordt verondersteld de sociaaleconomische gegevens zelf in te vullen. Aangezien het opleidingsniveau niet altijd wordt bijgehouden door het rijksregister, kan hij dit zonder de ouders niet doen.

5.3.1.5 Beroepssituatie van de ouders

Tabel 7: Beroepstoestand van de ouders bij de bevalling, Brussels Gewest, 2009				
	Aangegeven vader (n=22 171)		Moeder (n=23 585)	
Beroepssituatie	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
Actief	17 734	80.0	12 867	54.6
Werkloos	1 469	6.6	2 217	9.4
Zonder beroep	2 806	12.7	8 145	34.5
Gepensioneerd	15	0.1	-	-
Student(e)	147	0.7	356	1.5

Dit gegeven was niet vermeld op het geboorteformulier voor **373 vaders** (2.0 % van de bevallingen) en **257 moeders** (1.1 % van de bevallingen). De waarden werden berekend op het totale aantal gekende gegevens.
Bovendien deden **1292 vaders** geen aangifte bij de burgerlijke stand (**5.4 %** van de bevallingen). We beperkten de registratie van het ontbreken van een opgegeven vader in het geval dat geen enkel gegeven over de vader werd meegedeeld (geen geboortedatum, opleidingsniveau, beroepsstatuut, beroep, nationaliteit) terwijl de gegevens over de moeder volledig waren en de moeder werd opgegeven als alleenstaand of als weduwe, gescheiden of alleen levend.
De geboorteaangifte wordt namelijk ingevuld met de hulp van de ouders en op basis van de gegevens uit het rijksregister. Indien de ouders zich niet aandienen bij de gemeentelijke administratie, dan kunnen de gegevens vanzelfsprekend niet doorgegeven worden. Bovendien zijn sommige mensen niet ingeschreven in het rijksregister, of gewoonweg: sommige gegevens zoals het opleidingsniveau staan niet volledig vermeld in het rijksregister. Andersom, indien de gegevens van de moeder evenwel werden ingevuld in haar aanwezigheid, maar de gegevens van de vader niet werden ingevuld, leidde men daaruit af dat de vader afwezig was rond de geboorte. Het belang van deze berekening schuilt in het feit dat indien men enkel rekening houdt met de antwoorden «alleenstaande moeder», men een totaal van **15.2 %** alleenstaande moeders verkrijgt, wat veel hoger is dan de ramingen in de rapporten van het Office de la naissance et de l'enfance (ONE). Het meest recente ONE-rapport over de geboorten in 2006 en 2007 (5) spreekt over 3.8 % alleenstaande moeders (Waals Gewest en Brussels Hoofdstedelijk Gewest samen). De gegevens van het ONE worden verzameld door sociale en paramedische medewerkers in het werkveld, terwijl de ambtenaar van de burgerlijke stand per definitie een autoriteit vertegenwoordigt en dus de angst voor een zekere controle kan oproepen. In sommige gevallen kan de verklaring van samenwonen of alleen wonen namelijk al dan niet voordelig zijn, wat soms leidt tot het niet aangeven.
De moeder heeft in **9.8 %** van de bevallingen verklaard dat ze alleenstaand was en toch werd een vader verklaard.

Tabel 8: Burgerlijke staat en gezinstoestand van de moeder naar bevalling (N=23 708), Brussels Gewest, 2009		
Burgerlijke staat en gezinstoestand	**Aantal**	**%**
Ongehuwd en alleenwonend	2 697	11.4
Ongehuwd en samenwonend	4 699	19.8
Gehuwd samenwonend	14 970	63.1
Gehuwd en alleenwonend	484	2.0
Weduwe, gescheiden, gescheiden van tafel en bed, samenwonend	444	1.9
Weduwe, gescheiden, gescheiden van tafel en bed, alleenwonend	414	1.7

De burgerlijke staat ontbrak in 0.2 % van de bevallingen en de gezinstoestand in 0.4 % van de bevallingen.

5.3.1.6 Samenvatting

De gemiddelde leeftijd van de moeder bij de bevalling is **30.7 jaar**. De gemiddelde leeftijd van een moeder die in het Brusselse Gewest beviel van haar eerste kind is **29.0 jaar**. **41.4 %** van de moeders die bevallen in het Brusselse Gewest deden hogere studies en **54.6 %** zijn professioneel actief. Van de vaders is **80.0 %** professioneel actief. Gemiddeld **66.5 %** van de pasgeborenen hebben een moeder van niet-Belgische oorsprong. De meerderheid is van Marokkaanse, Congolese, Franse en Turkse afkomst. Ten slotte verklaart bijna één moeder op zes (**15.2 %**) alleen te leven en **5.4 %** van de vaders worden niet aangegeven bij de bevalling.

5.3.2 Medische eigenschappen van de moeder

5.3.2.1 Pariteit

Aantal primipara: **45.4 %**. Er ontbreken 32 gegevens (0.1 %).
De gedetailleerde pariteit wordt verkregen aan de hand van het CEpiP-luik en er zijn 79 ontbrekende gegevens (0.3 %).

Tabel 9: Verdeling pariteit naar bevalling (N=23 761), Brussels Gewest, 2009

Pariteit	Aantal	%
1	10 817	45.5
2	7 575	31.9
3	3 472	14.6
4	1 249	5.3
5	419	1.8
6	160	0.7
7	33	0.1
8	22	0.1
9	8	0.0
10	4	0.0
11	2	0.0

Vergelijkende tabel

Aantal primipara:
Vlaanderen 2009 (1): 47.0 %
Wallonië 2009 (2): 44.7 %
Brussel 2008 (3): 43.3 %

Het aantal grote multipara (4de bevalling of meer) bedraagt 1897 (**8.0 %**).
188 patiënten hebben in de voorgeschiedenis minstens 1 doodgeboren kind (**1.0 %** van de bevallingen).

Tabel 10: Beroepstoestand en pariteit (N=23 504), Brussels Gewest, 2009

	Actief		Studente		Werkloos		Zonder beroep	
Pariteit	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1	6 253	58.4	285	2.7	920	8.6	3 253	30.4
2-3	5 983	54.8	63	0.6	1 060	9.7	3 814	34.9
4+	586	31.3	8	0.4	227	12.1	1 052	56.2

5.3.2.2 HIV-status (CEpiP)

Voor de variabele 'HIV' vertoont de keuze van de antwoorden een nuance. Naast de antwoorden «positief» en «negatief», vindt men ook «weet niet» en «niet getest».
Weet niet: werd getest tijdens de zwangerschap of bij de bevalling, maar de resultaten zijn (nog) niet bekend.
Niet getest: niet getest tijdens de zwangerschap, noch bij de bevalling.

Tabel 11: HIV-status van de patiënten bij de bevalling (N=19 354), Brussels Gewest, 2009		
HIV-status	**Aantal**	**%**
Positief	98	0.5
Negatief	17 745	91.7
Weet niet	231	1.2
Niet getest	1 280	6.6

De gegevens konden niet verkregen worden voor 4 491 bevallingen (**18.8 %**).
Bij de 98 bevallingen met een positieve HIV-status , werden 102 kinderen geboren, waarvan 2 doodgeboren en 1 kind overleden in de eerste week na de geboorte.

Tabel 12: Ontstaan van de zwangerschap bij HIV-seropositieve moeders (N=98), Brussels Gewest, 2009		
Soort ontstaan	**Aantal**	**%**
Spontaan	84	85.7
Begeleide voortplanting (buiten inseminatie zonder behandeling)	10	10.2
Niet gevraagd of onbekend	4	4.1

5.3.2.3 Gewicht bij het begin en einde van de zwangerschap en lengte (CEpiP)

Tabel 13: Beschrijving van de gewichten en lengte van de patiënten, Brussels Gewest, 2009		
Begingewicht: N=20 800	Gemiddelde	**65 kg** (min : 32 ; max : 150)
	Mediaan	63 (p25 : 56 ; p75 :71)
Het gegeven ontbreekt voor 12.7 % van de bevallingen		
Gewicht bij bevalling ≥ 37 weken: N=19 457	Gemiddelde	**78 kg** (min : 35 ; max : 167)
	Mediaan	76 (p25 : 69 ; p75 :85)
Het gegeven ontbreekt voor 11.5 % van de bevallingen		
Lengte van de moeder: N=21 111	Gemiddelde	**165 cm** (min : 130 ; max :190)
	Mediaan	165 (p25 :160 ; p75 : 170)
Het gegeven ontbreekt voor 11.5 % van de bevallingen		

Het aandeel patiënten, ouder dan 18 jaar en met overgewicht (Body Mass Index (BMI) ≥ 25 kg/m²) aan het begin van de zwangerschap bedraagt **31.7 %**. Het aandeel patiënten, ouder dan 18 jaar met overgewicht (Body Mass Index (BMI) ≥ 25 kg/m2) bij het begin van de zwangerschap bedraagt 31.7 %. **10.4 %** zijn obese (BMI ≥ 30 kg/m2). Het aandeel patiënten, ouder dan 18 jaar met ondergewicht (BMI < 18.5 kg/m2) bij het begin van de zwangerschap bedraagt **5.3 %**.
De BMI is niet bekend voor 3 869 bevallingen (16.2 % van de bevallingen).

De Belgische Gezondsheidsenquête die werd gepubliceerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (6) registreerde de BMI in functie van de leeftijdsklassen. Voor vrouwen tussen 18-24 jaar hebben 17.3 % van hen een BMI ≥ 25 kg/m² ; 25-34 jaar: 38.4 % ; 35-44 jaar: 36.7 % ; 45-54 jaar: 39.2 %. Op het totaal van de geregistreerde vrouwen hebben 40 % van hen een BMI ≥ 25 en 14 % een BMI ≥ 30 kg/m².

Tabel 14: Verdeling patiënten ≥ 18 jaar met BMI ≥ 30 kg/m² naar leeftijd van de moeder (N=19 876), Brussels Gewest, 2009		
Leeftijd (jaar)	**Aantal**	**%**
18-19 (n=328)	21	6.4
20-29 (n=8 565)	872	10.2
30-39 (n=10 101)	1 041	10.3
40-49 (n=882)	133	15.1
50+ (n=4)	3	75.0

Tabel 15: Verdeling patiënten met BMI ≥ 25 kg/m² naar leeftijd van de moeder en pariteit (N=19 871), Brussels Gewest, 2009				
	Primipara (N=8 870)		**Multipara (N=11 001)**	
Leeftijd (jaar)	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
18-19 (n=328)	68	23.1	7	21.2
20-29 (n=8 563)	1 270	25.9	1 399	38.2
30-39 (n=10 098)	780	22.7	2 423	36.4
40-49 (n=882)	80	33.6	277	43.0

5.3.2.4 Hypertensie en diabetes

Tabel 16: Verdeling hypertensie naar bevalling (N=23 845), Brussels Gewest, 2009			
Pariteit		**Aantal**	**%**
Primipara (n=10 822)	ja	607	5.6
	nee	10 215	94.4
Multipara (n=12 992)	ja	535	4.1
	nee	12 457	95.9
Totaal (n=23 845)	ja	1142	4.8
	nee	22 703	95.2

Tabel 17: Verdeling diabetes naar bevalling (N=23 845), Brussels Gewest, 2009		
	Aantal	**%**
ja	1 191	5.0
nee	22 654	95.0

De gegevens over hypertensie en diabetes staan vermeld op zowel Luik C als op het CEpiP-luik. De oorspronkelijke vraag over de risicofactoren op Luik C was evenwel een meerkeuzevraag, terwijl in het CEpiP-luik enkel met ja of nee kan geantwoord worden. Op die manier blijkt het inzamelen van deze gegevens beter te verlopen, aangezien de waarden voor hypertensie en diabetes in 2008 respectievelijk slechts 3.4 en 3.2 % bedroegen.

5.3.2.5 Ontstaan van de zwangerschap (CEpiP)

Tabel 18: Ontstaan van de zwangerschap naar bevalling (N=23 652), Brussels Gewest, 2009				
			Vergelijkende gegevens	
Soort ontstaan	**Aantal**	**%**	**Wallonië 2009 (2) %**	**Vlaanderen 2009 (1) %**
Spontaan	20 397	86.2	93.2	91.2
Hormonale behandeling	206	0.9	1.0	2.1
Kunstmatige inseminatie zonder hormonale behandeling*	30	0.1	-	-
ICSI	243	1.0	0.3	1.9
IVF	538	2.3	2.8	1.4
Niet bevraagd	2 238	9.5	2.8	3.4
*Dit gegeven wordt niet ingezameld via het CEpiP-luik, maar we kregen inlichtingen van een materniteit				

Dit gegeven is niet ingevuld bij **0.8 %** van de bevallingen. Het gegeven is onbekend of niet gevraagd bij **10.3 %** van de eenlingen en **4.9 %** van de meerlingen.
Heel wat ICSI-behandelingen werden wellicht geregistreerd als IVF, want in België zijn er momenteel meer ICSI-behandelingen dan IVF's. Daarom groepeerden wij in onderstaande tabellen de variabelen «hormonale behandeling, ICSI en IVF» onder de noemer «begeleide voortplanting».

Tabel 19: Verdeling meerlingen naar ontstaan van de zwangerscha (N=23 652), Brussels Gewest, 2009		
Soort ontstaan	**Aantal**	**%**
Spontaan (n=2 0397)	332	1.6
Begeleide voortplanting (n=1 017)	173	17.0
Niet gevraagd (n=2 238)	23	1.0

We merken op dat 62.9 % van de meerlingzwangerschappen spontaan zijn, terwijl 32.8 % ontstaan zijn door een begeleide voortplanting. Deze cijfers liggen in de lijn van wat in 2011 door een Zwitsers team werd voorgesteld op het Congres van de ESHRE (7): 72.8 % meerlingzwangerschappen waren spontaan, 11.2 % waren het gevolg van een stimulatie van de ovulatie met of zonder inseminatie en 16 % waren het gevolg van IVF of ICSI.
In Brussel noteren we 18.3 % meerlingen bij IVF of ICSI. De Belgische gegevens van BELRAP (Belgian Register for Assisted Procreation) vermelden in 2008 ongeveer 12 % meerlingzwangerschappen na een IVF of ICSI (8). Dit lijkt te wijzen op een meer systematische verklaring van meerlingzwangerschappen met medisch begeleide voortplanting, dan van eenlingzwangerschappen na deze behandelingen.

Tabel 20: Aantal doodgeboren kinderen naar ontstaan van de zwangerschap bij eenlingen (N=23 124), Brussels Gewest, 2009		
Soort ontstaan	**Aantal**	**%**
Spontaan (n=20 065)	168	0.8
Begeleide voortplanting (n=844)	9	1.1
Niet gevraagd (n=2 215)	6	0.3

Tabel 21 : Aantal meerlingen naar ontstaan van de zwangerschap en leeftijd (n=21 927), Brussels Gewest, 2009					
Spontaan (N=20 730)			Begeleide voortplanting (N=1 197)		
Leeftijd (jaar)	Aantal meerlingen	%	Leeftijd (jaar)	Aantal meerlingen	%
<20 (n=502)	16	3.2	<20 (n=0)	-	-
20-29 (n=9 081)	260	2.9	20-29 (n=255)	76	29.8
30-39 (n=10 319)	359	3.5	30-39 (n=795)	239	30.1
40-49 (n=828)	30	3.6	40-49 (n=147)	38	25.9

Tabel 22: Ontstaan van de zwangerschap naar leeftijd van de moeder (N=23 652), Brussels Gewest, 2009							
Eenlingen (N=23 124)				Meerlingen (N=528)			
Leeftijd (jaar)	Spontaan %	Begeleide voortplanting %	Niet gevraagd %	Leeftijd (jaar)	Spontaan %	Begeleide voortplanting %	Niet gevraagd %
<20 (n=532)	91.4	0.0	8.7	<20 (n=8)	100.0	0.0	0.0
20-29 (n=9 920)	88.9	1.8	9.3	20-29 (n=172)	76.2	21.5	2.3
30-39 (n=11 655)	85.5	4.8	9.8	30-39 (n=312)	57.1	37.5	5.5
40-49 (n=1 017)	78.5	10.7	10.8	40-49 (n=36)	41.7	52.8	5.6

Tabel 23 : Ontstaan van de zwangerschap naar nationaliteit van de moeder (N=21 386), Brussels Gewest, 2009		
Nationaliteit	Spontaan %	Begeleide voortplanting %
België(n=7 150)	93.3	6.7
Europa min België (n=4 733)	95.0	5.1
Turkije (n=906)	97.1	2.6
Maghreb en Egypte (n=5 114)	97.4	3.6
Sub-Saharisch Afrika (n=2 044)	95.7	4.3
Andere (n=1 439)	97.1	2.9

Tabel 24 : Ontstaan van de zwangerschap naar BMI bij moeders van 18 jaar en ouder (N=18 416), Brussels Gewest, 2009		
BMI (kg/m^2)	Spontaan %	Begeleide voortplanting %
< 18.5 (n=976)	95.2	4.8
18.6-24.9 (n=11 596)	95.1	4.9
25.0-29.9 (n=3 928)	95.1	4.9
30.0-39.9 (n=1 782)	94.4	5.6
40.0 et plus (n=134)	94.0	6.0

5.4 Eigenschappen van de bevalling

5.4.1 Ligging van het kind bij de geboorte

Tabel 25: Ligging van levende eenlingen (N=23 082), Brussels Gewest, 2009		
Ligging	**Aantal**	**%**
Achterhoofdsligging	21 363	92.6
Andere hoofdligging	773	3.4
Sluitligging	862	3.7
Dwarsligging	84	0.4

Van levende eenlingen is bij 39 kinderen de ligging onbekend (0.2 %).

Tabel 26: Ligging van doodgeboren eenlingen ≥ 37 weken (N=31), Brussels Gewest, 2009		
Ligging	**Aantal**	**%**
Achterhoofdsligging	29	93.6
Sluitligging	2	6.5

Bij de doodgeboren eenlingen ≥ 37 weken is geen enkele ligging onbekend.

Tabel 27: Ligging van doodgeboren eenlingen < 37 weken (N=144), Brussels Gewest, 2009		
Ligging	**Aantal**	**%**
Achterhoofdsligging	80	55.6
Andere hoofdligging	10	6.9
Sluitligging	47	32.6
Dwarsligging	7	4.9

Bij de doodgeboren eenlingen < 37 weken zijn 17 liggingen onbekend (10.6 %).

Tabel 28: Sluitligging naar pariteit voor levende eenlingen ≥ 37 weken (N=21 639), Brussels Gewest, 2009		
Pariteit	**Aantal**	**%**
1 (n=9 789)	387	4.0
2 (n=6 947)	200	2.9
3 (n=3 185)	71	2.2
4 (n=1 144)	25	2.2
5 (n=377)	12	3.2
6 (n=138)	4	2.9
7 (n=27)	1	3.7
8 (n=20)	4	20.0
9 (n=7)	0	0.0
10 (n=3)	0	0.0
11 (n=2)	0	0.0

Tabel 29: Sluitligging naar leeftijd van de primipara bij levende eenlingen ≥ 37 weken (N=9 789), Brussels Gewest, 2009		
Leeftijd (jaar)	**Aantal**	**%**
<20 (n=433)	9	2.1
20-29 (n=5 337)	173	3.2
30-39 (n=3 769)	186	4.9
40-49 (n=250)	19	7.6

Tabel 30: Sluitligging naar nationaliteit van de moeders bij levende eenlingen ≥ 37 weken (N=9 788), Brussels Gewest, 2009		
Nationaliteit	**Aantal**	**%**
België (n=3 539)	163	4.6
Europa min België (n=2 483)	130	5.2
Turkije (n=310)	8	2.6
Maghreb en Egypte (n=2 003)	55	2.8
Sub-Saharisch Afrika (n=735)	11	1.5
Andere (n=718)	20	2.8

Tabel 31: Sluitligging naar BMI van de primipara ≥ 18 jaar bij levende eenlingen ≥ 37 weken (N=8 085), Brussels Gewest, 2009		
BMI (kg/m²)	**Aantal**	**%**
< 18.5 (n=549)	25	4.6
18.6-24.9 (n=5 568)	222	4.0
25.0-29.9 (n=1 406)	52	3.7
30.0-39.9 (n=521)	13	2.5
40.0 et plus (n=41)	1	2.4

5.4.2 Fœtale bewaking (CEpiP)

Tabel 32: Foetale bewaking voor levend geboren kinderen (geplande keizersneden niet meegerekend) (N=16 378), Brussels Gewest, 2009		
Monitoring	**Aantal**	**%**
Uitsluitend cardiotocogram	13 965	85.3
STAN-monitor*	1 681	10.3
Microbloedonderzoek**	374	2.3
Uitsluitend intermittente auscultatie	49	0.3
CTG + intermittente auscultatie	32	0.2
Geen monitoring	277	1.7

*waarvan 118 met microbloedonderzoek
**hoofdzakelijk in 2 materniteiten

De soort foetale bewaking ontbreekt voor 161 bevallingen (**0.9%**).
Bij de levende voldragen eenlingen werd in 20.9% van de gevallen een sectio uitgevoerd na het plaatsen van een STAN terwijl de sectio in 6.6% van de gevallen werd uitgevoerd na het plaatsen van uitsluitend CTG. Wat betreft de instrumentele verlossingen, werd in 2.2% van de gevallen een ventouse of forceps geplaatst na foetale bewaking met STAN, tegenover 8.8% na foetale bewaking met uitsluitend CTG.

5.4.3 Bevalling via sectio

5.4.3.1 Prevalentie

De globale prevalentie bedraagt **18.0** voor 100 bevallingen, en **17.1 %** en **56.7 %** voor respectievelijk de één- en meerlingen.
De gegevens over dit soort bevallingen en ontbreken voor 28 bevallingen (**0.1 %**).
6 keizersneden bij meerlingzwangerschappen werden uitgevoerd tijdens de bevalling, en dit voor het tweede kind (1.1 % van de tweelingen).
Het aandeel sectio varieert van 14.6 tot 26.0 % naargelang de materniteit.

Vergelijkende gegevens
Prevalentie:
Vlaanderen 2009 (1): 18.5 %
Wallonië 2009 (2): 19.9 %
Brussel 2008 (3): 18.8 %

Euro-Peristat (4) beveelt aan om het aandeel keizersneden te berekenen op het totale aantal geboorten. We verkrijgen dus 18.9 keizersneden voor 100 geboorten.
Het aandeel keizersneden ligt hoog in het Brussels Gewest. Toch is de waarde lager dan in de andere gewesten van het land, waar de waarden sterk verschillen van materniteit tot materniteit. Bovendien wordt er geen waardevermeerdering aangetoond tegenover 2008.

5.4.3.2 Vorige keizersnede

19.3 % van de multipara onderging reeds een keizersnede.

5.4.3.3 Keizersnede en risicofactoren

Tabel 33: Verdeling keizersneden naar ligging voor levende eenlingen (N=23 093), Brussels Gewest, 2009

Type	Aantal	%
Achterhoofdsligging (n=21 350)	2 872	13.5
Andere hoofdligging (n=773)	253	32.7
Sluitligging (n=861)	741	86.1
Dwarsligging* (n= 84)	83	98.8
Onbekend (n=25)	12	48.0

* 1 extractie per sluitligging aan 25 weken

Tabel 34: Verdeling keizersneden voor levende eenlingen in sluitligging naar zwangerschapsleeftijd bij de primipara (N=462), Brussels Gewest, 2009

Zwangerschapsleeftijd (weken)	Aantal	%
< 28 (n=7)	6	85.7
28-31 (n=26)	24	92.3
32-36 (n=42)	35	83.3
≥ 37 (n=387)	358	92.5

Tabel 35: Verdeling keizersneden voor levende eenlingen in sluitligging naar zwangerschapsleeftijd bij de multipara (N=395), Brussels Gewest, 2009						
	Met vorige keizersnede(n) (N=130)			Zonder vorige keizersnede (N=265)		
Zwangerschapsleeftijd (weken)	**Totaal**	**Aantal**	**%**	**Totaal**	**Aantal**	**%**
< 28	3	3	100.0	4	1	25.0
28-31	5	5	100.0	11	9	81.8
32-36	20	19	95.0	36	26	72.2
≥ 37	102	98	96.1	214	153	71.5

Tabel 36: Verdeling keizersneden en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara (N=9 983), Brussels Gewest, 2009		
Leeftijd (jaar)	**Aantal**	**%**
10-14 (n=1)	1	100.0
15-19 (n=460)	44	9.6
20-24 (n=2 053)	221	10.8
25-29 (n=3 408)	457	13.4
30-34 (n=2 704)	408	15.1
35-39 (n=1 106)	230	20.8
40-44 (n=237)	76	32.1
45-49 (n=14)	10	71.4

Tabel 37: Verdeling keizersneden en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara (N=9 982), Brussels Gewest, 2009		
Nationaliteit	**Aantal**	**%**
België (n=3 623)	475	13.1
Europa min België (n=2 494)	309	12.4
Turkije (n=324)	47	14.5
Maghreb en Egypte (n=2 033)	291	14.3
Sub-Saharisch Afrika (n=773)	208	26.9
Andere (n=735)	117	15.9

Tabel 38: Verdeling keizersneden naar BMI voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara ≥ 18 jaar (N=8 218), Brussels Gewest, 2009		
BMI (kg/m^2)	**Aantal**	**%**
< 18.5 (n=554)	57	10.3
18.6-24.9 (n=5 639)	712	12.6
25.0-29.9 (n=1 440)	271	18.8
30.0-39.9 (n=542)	139	25.7
40.0 et plus (n=43)	19	44.2

5.4.3.4 Indicaties van keizersnede

Het totaal aantal sectio is 4 284. 73 indicaties konden niet verkregen worden (1.7%), meer bepaald bij 3 meerlingen en bij 70 eenlingen. Voor 22 doodgeboren verklaarde eenlingen werd een keizersnede uitgevoerd. De aangehaalde indicaties zijn de volgende: in 9 gevallen omwille van een pathologie van de placenta of van de moeder, in 3 gevallen voor foetaal lijden/pathologie, in 7 gevallen voor littekenuterus en in 3 gevallen voor dystocie.
De indicaties van keizersneden voor meerlingen worden apart voorgesteld. De indicatie van keizersnede voor de 13 drielingen was de drieling zelf in alle gevallen behalve één, waar de oorzaak van de keizersnede een ernstig foetaal lijden was.

Tabel 39: Indicaties van keizersnede voor levende eenlingen (N=3 891), Brussels Gewest, 2009

	Aantal	%
Voorafgaande keizersnede en littekenuterus: TOTAAL	**982**	**25.2**
Vorige keizersnede	865	22.2
≥ 2 maal sectio of uterotomie	62	1.6
Voorschiedenis uterotomie (zonder sectio)	52	1.3
Vorige keizersnede en vorige uterusruptuur	1	0.0
Vorige keizersnede en vermoeden uterusruptuur	1	0.0
Vorige keizersnede en uterusruptuur	4	0.1
Liggingsafwijking: TOTAAL	**716**	**18.4**
Sluitligging	643	16.5
Dwarsligging	64	1.6
Aangezicht of voorhoofd	9	0.2
Dysproportie, niet in arbeid: TOTAAL	**315**	**8.1**
Dysproportie, niet in arbeid	224	5.8
Falen van inductie	11	0.3
Dysproportie, niet in arbeid en vorige keizersnede	79	2.0
Dysproportie, niet in arbeid en sluitligging	1	0.0
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting: TOTAAL	**408**	**10.5**
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting	375	9.6
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting en vorige keizersnede	31	0.8
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting en sluitligging	2	0.1
Dysproportie en niet vorderende op volledige ontsluiting: TOTAAL	**148**	**3.8**
Dysproportie en niet vorderende arbeid op volledige onstluiting	129	3.3
Dysproportie en niet vorderende arbeid op volledige onstluiting en vorige keizersnede	4	0.1
Falen van vacuümextractie/forceps	15	0.4
Ernstig foetaal lijden (EFL): TOTAAL	**821**	**21.1**
EFL	654	16.8
EFL en dysproportie en niet vorderende arbeid op volledige onstluiting	21	0.5
EFL en dysproportie en niet vorderende ontsluiting	121	3.1
EFL en maternale pathologie	21	0.5
Fœtale pathologie	4	0.1

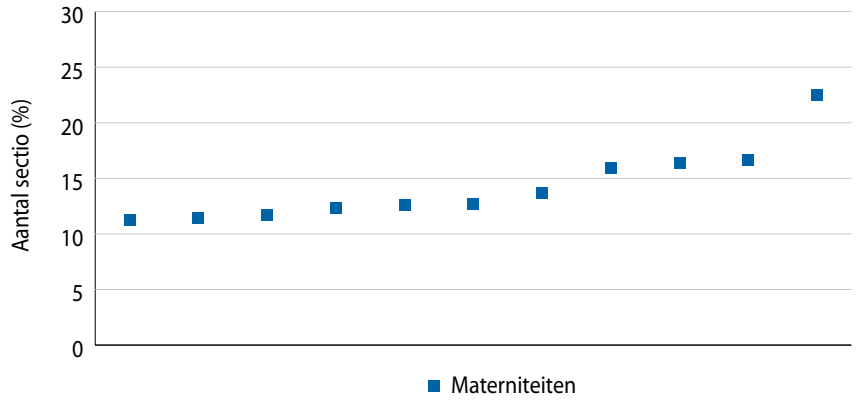
Maternale pathologie: TOTAAL	**239**	**6.1**
Hypertensie/Preeclampsie/Eclampsie	9	0.2
Hypertensie/Preeclampsie en vorige keizersnede	4	0.1
Maternale pathologie zonder nadere toelichting	188	4.8
Maternale pathologie zonder nadere toelichting en vorige keizersnede	28	0.7
Chorioamnionitis	10	0.3
Placentair: TOTAAL	**175**	**4.5**
Placentair zonder nadere toelichting	153	3.9
Placenta abruptio	8	0.2
Praevia	14	0.4
Op vraag van patiënte: TOTAAL	**55**	**1.4**
Op vraag van patiënte en sluitligging	6	0.2
Op vraag van patiënte en vorige keizersnede	21	0.5
Op vraag van patiënte zonder nadere toelichting	28	0.7
Andere: TOTAAL	**33**	**0.8**
Navelstrengprolaps	15	0.4
Abdominale cerclage	5	0.1
Myoom praevia	5	0.1
Obstetricale bloeding	2	0.0
Coagulopathie	1	0.0
Rhesus isoimmunisatie	1	0.0

Tabel 40: Indicaties van keizersnede voor levende meerlingen (N=285), Brussels Gewest, 2009

	Aantal	%
Vorige keizersnede en littekenuterus	29	10.2
Liggingsafwijking	114	40.0
Dysproportie, niet in arbeid	1	0.4
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting	15	5.3
Dysproportie en niet vorderende op volledige onstluiting	3	1.1
Ernstig foetaal lijden (EFL)	34	11.9
Maternale pathologie	18	6.3
Placentair	6	2.1
Op vraag van patiënte	2	0.7
Navelstrengprolaps	1	0.4
Knoop in de navelstreng	1	0.4
Obstetricale bloeding	1	0.4
Meerlingzwangerschap zonder nadere toelichting	54	18.9
Eerste kind vaginaal bevallen, tweede kind via sectio voor liggingsafwijking of EFL	6	2.1

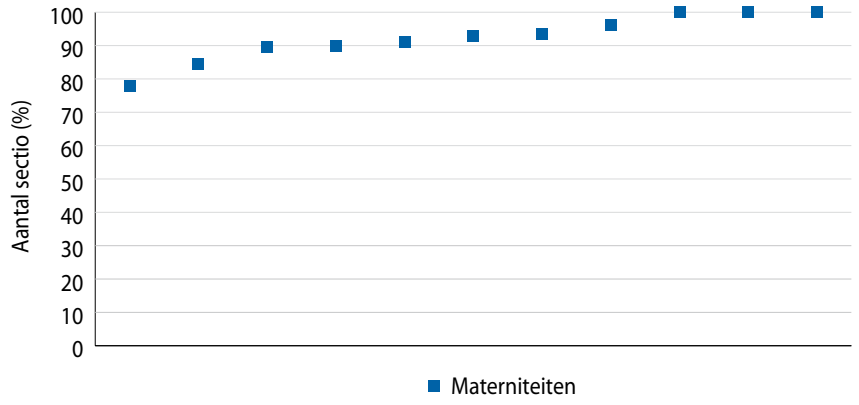
5.4.3.5 Keizersnede en materniteiten

Om het risico te beperken de zeer heterogene populatie uit verschillende materniteiten te vergelijken, werd beslist het aandeel keizersneden bij voldragen eenlingen te vergelijken.



Figuur 3: Spreiding van het aantal keizersneden naar materniteit bij de primipara bij levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging (N=9 347), Brussels Gewest, 2009

Totaal : 13.8 % ; min : 11.3 % ; max : 22.5 %



Figuur 4: Spreiding van het aantal keizersneden naar materniteit bij de primipara bij levende eenlingen ≥ 37 weken in sluitligging (N=386), Brussels Gewest, 2009

Totaal : 92.8 % : min : 77.8 % ; max : 100.0 %

5.4.4 Instrumentele verlossing

Tabel 41: Aantal vacuümextracties en forceps per geboorte (N=24 355), Brussels Gewest, 2009		
	Aantal	**%**
Alleen vacuümextracties	1 738	7.1
Alleen forceps bij hoofdligging	319	1.3
Alleen forceps bij stuitligging	0	0.0
Vaccuümextracties en forceps	14	0.1
Vaccuümextracties en keizersnede	25	0.1
Forceps en keizersnede	5	0.0
Forceps op stuitligging en keizersnede	0	0.0
Vacuümextracties en forceps en keizersnede	3	0.0
Totaal vaccuümextracties of forceps	**2 104**	**8.6**

Vergelijkende gegevens
Vlaanderen 2009 (1):
Vacuümextracties: 9.7 % Forceps: 0.7 %
Wallonië 2009 (2):
Vacuümextracties: 4.9 % Forceps: 2.8 %
Brussel 2008 (3):
Vacuümextracties: 7.5 % Forceps: 1.4 %

Het gegeven omtrent de instrumentele verlossing ontbreekt voor 29 bevallingen (**0.1 %**).

5.4.5 Inductie van de bevalling

5.4.5.1 Prevalentie

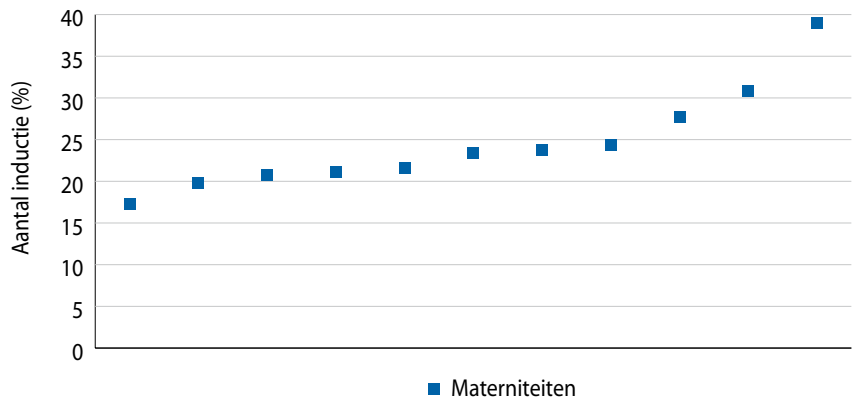
Bij **27.7 %** van de zwangerschappen werd de baring ingeleid, meer bepaald:

- 27.7 % indien men enkel de voldragen levende eenlingen meetelt
- 28.6 % bij levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging
- 31.2 % bij levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging bij primipara
- 26.5 % bij levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging bij multipara

Vergelijkende gegevens
Inductie:
Vlaanderen 2009 (1) : 24.2 % Wallonië 2009 (2) : 33.3 % Brussel 2008 (3): 26.0 %

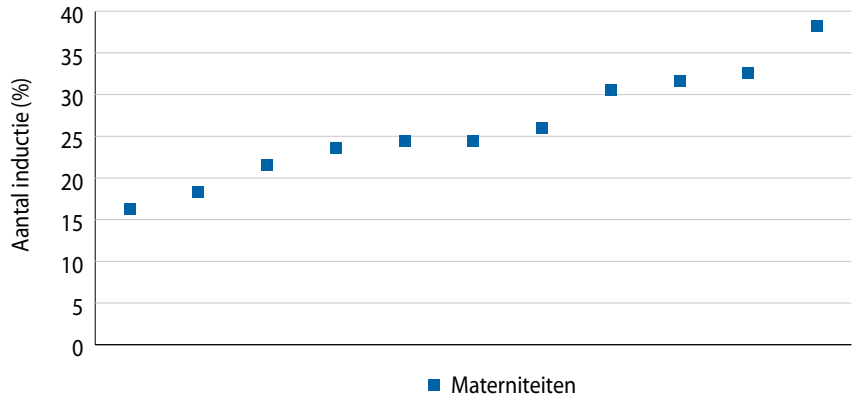
Het Euro-Peristat (4) project beveelt aan om het aandeel inducties voor te stellen als het aantal kinderen geboren na inductie op het totale aantal levend- en doodgeborenen per 100 zwangerschappen. Op die manier verkrijgen we 27.6 % inductie.
Het opgeven van inductie ontbreekt voor 31 bevallingen (**0.1 %**). De spreiding van de inductie van de baring varieert naargelang de materniteit van 22.0 % tot 37.9 %.

5.4.5.2 Inductie en materniteiten



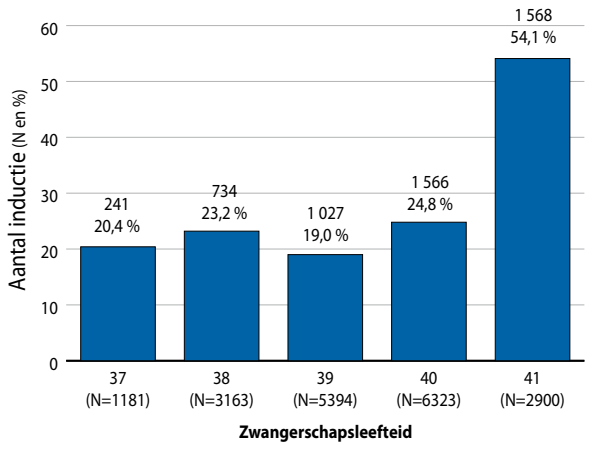
Figuur 5: Verdeling van de inducties naar materniteit bij levende eenlingen tussen 37 en 40 weken in hoofdligging (zonder 41 weken) (N=17 611), Brussels Gewest, 2009

Totaal : 24.0 % ; min : 17.2 % ; max : 39.0 %



Figuur 6: Verdeling van de inducties naar materniteit bij levende eenlingen tussen 34 en 36 weken in hoofdligging (N=894), Brussels Gewest, 2009

Totaal : 27.4 % ; min : 16.3 % ; max : 38.2 %



Figuur 7: Verdeling van de inducties naar zwangerschapsleeftijd bij levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging zonder hypertensie en zonder diabetes (N=18 961), Brussels Gewest, 2009

5.4.5.3 Inductie en keizersnede

Tabel 42: Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging van ≥ 37 weken bij primipara (N=9 377), Brussels Gewest, 2009		
Inductie	**Aantal keizersneden**	**%**
Inductie (n=2 924)	513	17.5
Geen inductie (n=6 453)	771	12.0
Totaal (n=9 377)	1 284	13.7

Tabel 43: Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij multipara zonder vorige keizersnede (N=9 310), Brussels Gewest, 2009		
Inductie	**Aantal keizersneden**	**%**
Inductie (n=2 757)	88	3.2
Geen inductie (n=6 553)	184	2.8
Primair		*1.0*
Secundair		*1.8*
Totaal (n=9 310)	272	2.9

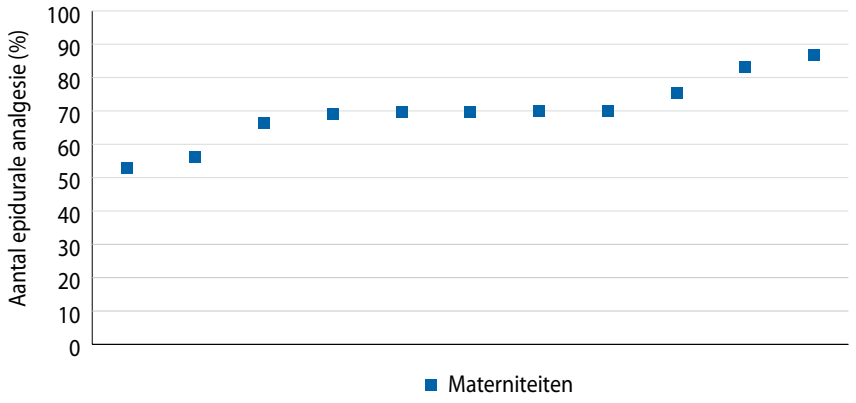
Tabel 44 : Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij multipara met vorige keizersnede (N=2 080), Brussels Gewest, 2009		
Inductie	**Aantal keizersneden**	**%**
Inductie (n=272)	71	26.1
Geen inductie (n=1 808)	1 130	62.5
Primair		*48.7*
Secundair		*13.5*
Niet vermeld		*0.3*
Totaal (n=2 080)	1 201	57.7

We kunnen ons verbazen over het grote aantal keizersneden bij een bevalling zonder inductie bij multipara, maar het gaat hier voornamelijk om geplande repeat-sectio.

5.4.6 Epidurale analgesie (CEpiP)

15 136 bevallingen gebeurden met een epidurale verdoving (69.4 %) (geplande keizersneden niet inbegrepen) ; 79.3 % van de primipara en 60.8 % van de multipara maakte ervan gebruik. De informatie ontbreekt voor 53 bevallingen (**0.2 %**).
Indien we enkel de vaginale bevallingen beschouwen, stellen we 13 105 epidurales vast voor 19 502 bevallingen (67.2 %), en **0.2 %** ontbrekende gegevens. Deze waarde schommelt van 50.7 % tot 85.2 % naargelang de materniteit.

Vergelijkende gegevens
Epidurale analgesie:
Vlaanderen 2009 (1) : 66.5 % Wallonië 2009 (2) : 79.1 %



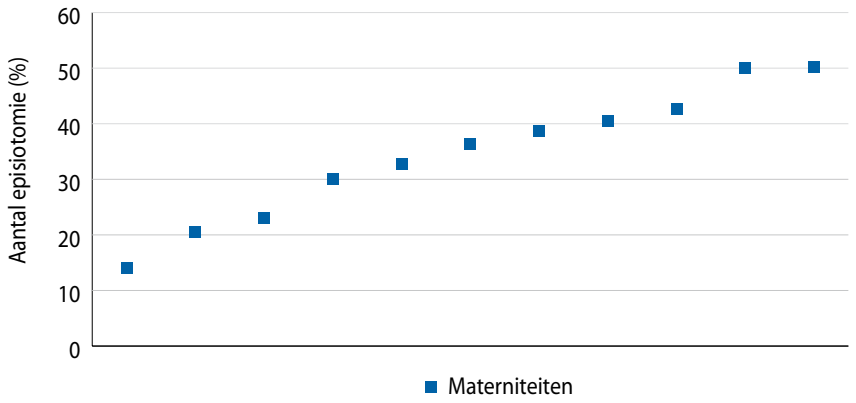
Figuur 8: Verdeling van de epidurale analgesie naar materniteit bij levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken buiten secundair keizersneden (N=20 806), Brussels Gewest, 2009

Totaal : 69.4 % ; min : 52.9 % ; max : 86.8 %

5.4.7 Episiotomie (CEpiP)

Wat betreft de episiotomie wordt opgemerkt dat 7 395 vrouwen met episiotomie beviel voor 23 699 bevallingen (**31.2 %**) en meer bepaald 7 380 vrouwen beviel met episiotomie voor 19 447 vaginale bevallingen (38.0 %).
Deze informatie ontbreekt voor 92 vaginale bevallingen (**0.5 %**).
In **55.9 %** beviel de primipara met episiotomie, tegenover **23.4 %** voor de multipara (vaginale bevallingen).
Deze waarde schommelt van 13.1 % tot 47.2 % naargelang de materniteit, en van 15.9 % tot 63.7 % bij vaginale bevallingen.

Vergelijkende gegevens
Episiotomie:
Vlaanderen 2009 (1) : 55.1 %
Wallonië 2009 (2) : 38.2 %



Figuur 9: Verdeling van de episiotomie naar materniteit bij levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken (N=20 772), Brussels Gewest, 2009

Total : 33.4 % ; min : 14.1 % ; max : 50.3 %

5.4.8 Bevallingen zonder obstetricale tussenkomst

Het betreft bevallingen na 37 weken, zonder instrumentatie, zonder inductie en zonder episiotomie. We beschikken over deze informatie sinds de invoering van het CEpiP-luik.

We tellen **33.1 %** bevallingen zonder obstetricale tussenkomst ; **15.8 %** bevallingen zonder obstetricale tussenkomst EN zonder epidurale analgesie. Deze laatste waarde schommelt van 6.0 % tot 25.4 % naargelang de materniteit.

Tabel 45: Aantal fysiologische bevallingen van levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging bij primipara naar leeftijd van de moeder (N=9 357), Brussels Gewest, 2009

Leeftijd (jaar)	Aantal	%
<20 (n=424)	150	35.4
20-29 (n=5 144)	1 347	26.2
30-39 (n=3 559)	820	23.0
40-49 (n=230)	42	18.3

Tabel 46: Aantal fysiologische bevallingen zonder epidurale analgesie voor levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging bij primipara naar leeftijd (N=9 347), Brussels Gewest, 2009

Leeftijd (jaar)	Aantal	%
<20 (n=423)	54	12.8
20-29 (n=5 139)	435	8.5
30-39 (n=3 556)	299	8.4
40-49 (n=229)	24	10.5

Tabel 47: Aantal fysiologische bevallingen voor levende eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging bij primipara naar oorspronkelijke nationaliteit (N=9 356), Brussels Gewest, 2009

Nationaliteit	Aantal	%
België (n=3360)	776	23.1
Europa min België (n=2338)	641	27.4
Turkije (n=301)	68	22.6
Maghreb en Egypte (n=1944)	455	23.4
Sub-Saharisch Afrika (n=719)	209	29.1
Andere (n=694)	210	30.3

Tabel 48: Aantal fysiologische bevallingen voor eenlingen ≥ 37 weken in hoofdligging bij primipara ≥ 18 jaar naar BMI (N=7 747), Brussels Gewest, 2009

BMI (kg/m²)	Aantal	%
< 18.5 (n=524)	128	24.4
18.6-24.9 (n=5 329)	1 301	24.4
25.0-29.9 (n=1 348)	295	21.9
30.0-39.9 (n=507)	97	19.1
40.0 et plus (n=39)	4	10.3

5.5 Meerlingen

5.5.1 Prevalentie van de meerlingen

Vergelijkende gegevens
Meerlingen
Vlaanderen 2009 (1): 1.8 % Wallonië 2009 (2): 1.7 % Brussel 2008 (8): 1.9 %

Tabel 49: Details van de meerlingzwangerschappen, Brussels Gewest, 2009	
Tweelingzwangerschappen	
	488 bevallingen van 2 levende kinderen
	18 bevallingen met 1 levend- en 1 doodgeboren kind
	7 bevallingen van 2 doodgeboren kinderen
	1 bevalling van 2 doodgeboren kinderen, waarbij het tweede kind meer dan 24 uur na het eerste geboren werd *(opgelet: bevallingen met lange tussenpozen worden beschouwd als bijkomende bevallingen)*
	2 bevallingen waarbij 1 kind levend geboren en 1 foetus overleden in utero voor 22 weken
Drielingzwangerschappen	
	12 bevallingen van 3 levende kinderen
	1 bevalling met 2 levend- en 1 doodgeboren kinderen *(opgelet: het doodgeboren kind kwam ruim drie weken voor de andere twee ter wereld: bevallingen met lange tussenpozen worden beschouwd als bijkomende bevallingen*)*

Euro-Peristat (4) definieert het aandeel van meerlingzwangerschappen als het aantal vrouwen die ≥ 2 kinderen baarden op het totaal van de vrouwen die bevielen.
Volgens deze aanbevelingen bedraagt het aandeel van meerlingzwangerschappen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 2009 **2.2 %**.
Er wordt opgemerkt dat 13 drielingzwangershappen tot een geboorte leidde. 76.9 % onder hen waren het gevolg van ICSI of IVF.
De informatie over dit soort ontstaan van de zwangerschap ontbreekt voor geen enkele drielingzwangerschap; drie drielingzwangerschappen boden zich dus spontaan aan (0.01 % van de bevallingen).
We tellen eveneens 6 tweelingzwangerschappen met tweelingtransfusiesyndroom (6/516 tweelingzwangerschappen, 1.2 % van de tweelingzwangerschappen en 0.02 % van de geboorten). Dit gegeven wordt wellicht onderschat, aangezien het tweelingtransfusiesyndroom voorkomt bij ongeveer 2 % van de tweelingzwangerschappen (10 % van de monochoriale zwangerschappen), of 0.04 % van alle geboorten (9). Het is ook mogelijk dat sommige tweelingzwangerschappen gepaard gingen met het verlies van een foetus, en dat de zwangerschap uiteindelijk werd aangegeven als een eenlingzwangerschap.

5.5.2 Meerlingzwangerschap en leeftijd van de moeder

Tabel 50: Meerlingzwangerschappen en leeftijd van de moeders naar ontstaan van de zwangerschap, Brussels Gewest, 2009			
Soort ontstaan	**Leeftijd (jaar)**	**Aantal**	**%**
Spontaan (N=20 397)	< 20 (n=494)	8	1.6
	20-29 (n=8 952)	131	1.5
	30-39 (n=10 138)	178	1.8
	40-49 (n=813)	15	1.9
Begeleide voortplanting (N=1 017)	< 20 (n=0)	-	-
	20-29 (n=216)	37	17.1
	30-39 (n=673)	117	17.4
	40-49 (n=128)	19	14.8
Niet gevraagd (N=2 238)	< 20 (n=46)	0	0.0
	20-29 (n=924)	4	0.4
	30-39 (n=1 156)	17	1.5
	40-49 (n=112)	2	1.8

5.6 Eigenschappen van het kind

5.6.1 Geboortegewicht

5.6.1.1 Gemiddeld geboortegewicht

3 269 g (minimum: 120 g – maximum: 5 515 g)
Het gewicht kon niet verkregen worden voor 80 geboorten (0.3 %).

5.6.1.2 Spreiding van het geboortegewicht

Peristat (4) definieert deze indicator als het aantal geboorten per interval van 500 g van alle levend- en doodgeboren kinderen.
Peristat beveelt aan om het aandeel kinderen met een geboortegewicht lager dan 2500 g en 1500 g voor te leggen om internationale vergelijkingen mogelijk te maken. Er wordt eveneens voorgesteld om dit aandeel te berekenen op uitsluitend de levendgeborenen, om de bias te vermijden verbonden aan de aangifte van de doodgeborenen dat niet in elk land en gewest gelijk verloopt.

Tabel 51: Spreiding van het geboortegewicht (N=24 383), Brussels Gewest, 2009

	Eenlingen (N=23 314)		Meerlingen (N=1 069)		Wallonië 2009 (2) %		Vlaanderen 2009 (1) %	
Gewicht (g)	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**	**Eenlingen**	**Meerlingen**	**Eenlingen**	**Meerlingen**
< 500	23	0.1	9	0.8	0.1	0.2	-	-
500-999	137	0.6	38	3.6	0.4	2.8	0.4	3.4
1000-1499	152	0.7	81	7.6	0.5	5.9	0.4	6.3
1500-1999	228	1.0	166	15.5	1.0	16.8	0.9	14.9
2000-2499	753	3.2	335	31.3	4.4	33.7	3.3	30.4
2500-2999	3 919	16.8	325	30.4	21.4	31.6	16.4	33.7
3000-3499	9 397	40.3	101	9.5	41.1	7.9	39.0	10.3
3500-3999	6 645	28.5	8	0.8	25.1	0.8	30.2	0.9
4000-4499	1 740	7.5	0	0.0	5.2	0.2	8.2	0.1
≥ 4500	246	1.1	0	0.0	0.7	0.0	1.2	0.0
Onbekend	74	0.3	6	0.6	0.2	0.2		

5.6.1.3 Prevalentie van laag geboortegewicht

Het aantal kinderen met een gewicht lager dan 2500 g bedraagt 1922 voor 24 303 geboorten (**7.9 %**) in totaal, en 1 752 voor 24 100 levend geborenen (**7.3 %**).
In de materniteiten met een centrum voor neonatale intensieve zorgen bedraagt het aantal kinderen met een laag geboortegewicht 9.5 %, tegenover 4.9 % in de andere materniteiten.

Het aantal kinderen met een gewicht lager dan 1500 g bedraagt 440 voor 24 303 geboorten (**1.8 %**) in totaal, en 306 voor 24 100 levend geborenen (**1.3 %**).
Het aantal kinderen met een gewicht lager dan 1000 g bedraagt 207 voor 24 303 geboorten (**1.8 %**) in totaal, en 100 voor 24 100 levend geborenen (**0.4 %**).

Vergelijkende gegevens
Geboortegewicht < 2500 g :
Vlaanderen 2009 (1) : 6.8 % Wallonië 2009 (2) : 7.8 % Brussel 2008 (3): 7.4 %
Geboortegewicht < 1500 g :
Vlaanderen 2009 (1) : 1.1 % Wallonië 2009 (2) : 0.9 % Brussel 2008 (3): 1.9 %

De Europese aanbevelingen (4) inzake perinatale gezondheidsindicatoren houden tevens rekening met ***het aantal kinderen met een geboortegewicht lager dan 2500 g en met een zwangerschapsleeftijd van meer dan 37 weken.*** Zo verkrijgen we een factor **2.5** voor 100 levende geboorten (552/22 150) van 37 weken en meer, en **29.4** voor 100 doodgeborenen van 37 weken en meer (10/34).

5.6.2 Duur van de zwangerschap

5.6.2.1 Gemiddelde duur van de zwangerschap

39 weken (minimum: 19 weken* – maximum: 43 weken)
De zwangerschapsleeftijd kon niet verkregen worden in 44 gevallen (0.2 %).

*Deze geboorte betrof een kind van meer dan 500 g.

Vergelijkende gegevens
Bevalling < 37 weken:
Vlaanderen 2009 (1): 7.3 %
Wallonië 2009 (2): 7.9 %
Brussel 2008 (3): 7.6 %

5.6.2.2 Prevalentie van de prematuriteit

Het totale aantal bevallingen met een zwangerschapsleeftijd jonger dan 37 weken bedraagt 1827 op een totaal van 23 801 bevallingen (**7.7 %**), 6.6 % voor de bevallingen van eenlingen en 54.2 % voor de bevallingen van meerlingen.
In de materniteiten met een centrum voor neonatale intensieve zorgen bedraagt het aandeel kinderen geboren voor 37 weken 9.0 %, tegenover 5.2 % in de andere materniteiten.

Euro-Peristat (4) definieert deze indicator als het aantal levend- en doodgeboren ≥ 22 weken zwangerschap op het totaal van de geboorten (levend- en doodgeboren). In Brussel verkrijgt men zo voor 2009 **8.7 %** vroeggeboorten. De meeste beschikbare gegevens in Europa omvatten enkel het aantal levende vroeggeboorten op het totaal van de levend geboren. Op die manier verkrijgen we in Brussel een waarde van **8.7 %**.

Verschillen binnen de verschillende materniteiten in de benadering van moeilijke verloskundige situaties op een vroege zwangerschapsleeftijd kunnen grote verschillen opleveren in de gevonden waarden. Sommige «levend geboren» zijn eigenlijk geboorten van kinderen die «ten dode opgeschreven zijn» vanwege hun extreme prematuriteit (<24 weken) of door een fatale pathologie.

Tabel 52: Aantal levend- en doodgeboren en vóór 7 dagen gestorven kinderen naar zwangerschapsleeftijd (N=24 383), Brussels Gewest, 2009

	Levend geboren kind en na 7 dagen levend (N=24 116)		Doodgeboren kind (N=226)		Levend geboren kind en vóór 7 dagen gestorven (N=41)	
Zwangerschapsleeftijd (weken)	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
≤ 23 (n=70)	0	0.0	66	94.3	4	5.7
24 (n=28)	8	28.6	16	57.1	4	14.3
25 (n=24)	7	29.2	16	66.7	1	4.2
26-27 (n=86)	58	67.4	20	23.3	8	9.3
28-31 (n=280)	239	85.4	37	13.2	4	1.4
32-36 (n=1 635)	1 590	97.3	36	2.2	9	0.6
≥ 37 (n=22 216)	22 171	99.8	34	0.2	11	0.1
Onbekend (n=44)	43	97.7	1	2.3	0	0.0

5.6.2.3 Spreiding van de zwangerschapsleeftijd

Tabel 53: Spreiding van de zwangerschapsleeftijd naar bevalling (N=23 845), Brussels Gewest, 2009								
	Eenlingen (N=23 314)		Meerlingen (N=531)*		Wallonië 2009 (2) %		Vlaanderen 2009 (1) %	
Zwangerschapsleeftijd (weken)	Aantal	%	Aantal	%	Eenlingen	Meerlingen	Eenlingen	Meerlingen
≤ 23 (n=64)	55	0.2	9	1.7	0.1	0.8	0.4	3.0
24 (n=25)	22	0.1	3	0.6	0.1	0.5		
25 (n=22)	20	0.1	2	0.4	0.1	0.6		
26-27 (n=75)	64	0.3	11	2.1	0.2	1.8		
28-31 (n=232)	188	0.8	44	8.3	0.6	6.4	0.5	7.6
32-36 (n=1 409)	1 190	5.1	219	41.2	6.0	47.6	5.5	46.2
≥ 37 (n=21 974)	21 731	93.2	243	45.8	92.8	42.3	93.6	43.2
Onbekend (n=44)	44	0.2	0	0.0	0.1	0.0		

* Voor 2 meerlingzwangerschappen, werd de geboorte van het tweede kind uitgesteld tegenover het eerste: 4 dagen en 26 dagen. Beide tweede bevallingen werden ondergebracht in de overeenstemmende categorie.

4.6.2.4 Risicofactoren verbonden aan prematuriteit

Tabel 54: Bevalling < 37 weken en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen bij primipara (N=10 469), Brussels Gewest, 2009		
Leeftijd (jaar)	Aantal	%
10-14 (n=1)	0	0.0
15-19 (n=472)	40	8.5
20-24 (n=2 122)	120	5.7
25-29 (n=3 554)	218	6.1
30-34 (n=2 871)	195	6.8
35-39 (n=1 177)	83	7.1
40-44 (n=258)	20	7.8
45-49 (n=14)	1	7.1

Tabel 55 : Bevalling < 37 weken en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen bij primipara (N=10 468), Brussels Gewest, 2009		
Nationaliteit	Aantal	%
België (n=3 836)	295	7.7
Europa min België (n=2 643)	160	6.1
Turkije (n=335)	25	7.5
Maghreb en Egypte (n=2 105)	102	4.9
Sub-Saharisch Afrika (n=791)	55	7.0
Andere (n=758)	40	5.3

Tabel 56 : Bevalling < 37 weken en BMI voor levende eenlingen bij primipara (N= 8 600), Brussels Gewest, 2009		
BMI (kg/m²)	Aantal	%
< 18.5 (n=580)	31	5.3
18.6-24.9 (n=5 909)	341	5.8
25.0-29.9 (n=1 503)	97	6.5
30.0-39.9 (n=562)	41	7.3
40.0 et plus (n=46)	5	10.9

Tabel 57: Bevalling < 37 weken en beroepssituatie van de moeder voor levende eenlingen bij primipara (N=10 468), Brussels Gewest, 2009		
Beroepssituatie	**Aantal**	**%**
Actief (n=6 056)	388	6.4
Student (n=274)	19	6.9
Werkloos (n=897)	63	7.0
Zonder beroep / invalide / OCMW / huisvrouw (n=3 158)	201	6.4
Beroepssituatie onbekend (n=83)	6	7.2

Tabel 58: Bevalling < 37 weken en opleidingsniveau van de moeder voor levende eenlingen bij primipara (N=10 469), Brussels Gewest, 2009			
Opleiding		**Aantal**	**%**
Geen opleiding (n=179)		13	7.3
Lager onderwijs (n=708)		47	6.6
Lager middelbaar (n=962)		60	6.2
Hoger middelbaar	Beroeps (n=764)	58	7.6
	Technisch (n=671)	46	6.9
	Algemeen (n=1 973)	132	6.7
Hoger van het korte type (n=1 889)		134	7.1
Hoger van het lange type of universitair (n=2 661)		137	5.2
Andere (speciaal, lopende studies, in het buitenland) (n=17)		1	5.9
Onbekend (n=645)		49	7.6

5.6.3 Groep-B-Streptokokken-GBS (CEpiP)

De waarden worden berekend voor de levende geboorten, uitsluitend vanaf 35 weken.

Tabel 59: GBS status per bevalling (N=22 832), Brussels Gewest, 2009		
GBS status	**Aantal**	**%**
Positief	4 554	20.0
Negatief	16 388	71.8
Niet getest/ onbekend	1 890	8.3

Dit gegeven ontbreekt voor 91 bevallingen vanaf 35 weken (0.4 %).
Het aantal behandelingen na een positieve GBS-kweek bedraagt **93.4 %** voor de levende geboorten vanaf 35 weken. 125 gegevens ontbreken (0.6 %).

5.6.4 Apgar-score

5.6.4.1 Apgar-score na 1 minuut

Apgar-score na 1 minuut lager dan 7: **7.1 %** van alle levende geboorten.
Apgar-score na 1 minuut lager dan 4: **2.0 %** van alle levende geboorten.

Apgar-score na 1 minuut ontbreekt voor 85 geboorten (0.4 %).

Het aantal apgar-scores lager dan 7 bedraagt 13.1 % na gebruik van een STAN, en 5.2 % indien alleen monitoring nodig was (geplande keizersneden niet meegerekend).

5.6.4.2 Apgar-score na 5 minuten

Apgar-score na 5 minuten lager dan 7: **1.7 %** van alle levende geboorten.
Apgar-score na 5 minuten lager dan 4: **0.3 %** van alle levende geboorten.

Apgar-score na 5 minuten ontbreekt voor 86 geboorte (0.4 %).

Het aantal apgar-scores lager dan 7 bedraagt 2.5 % na gebruik van een STAN, en 1.2 % indien alleen monitoring nodig was (geplande keizersneden niet meegerekend).

5.6.5 Beademing van de pasgeborene (CEpiP)

Het gegeven ontbreekt voor 90 geboorten (**0.4 %** van levende geboorten).

Tabel 60: Beademing van de levende pasgeborene (N=24 067), Brussels Gewest, 2009

		Aantal	%
Beademing		1 550	6.4
Waarvan:	*Intubatie*	*223*	*14.4*
	Ballon en masker	*1 293*	*83.4*
	Type van beademing onbekend	*34*	*2.2*

5.6.6 Transfer naar neonatale afdeling (CEpiP)

Het gegeven ontbreekt voor 227 geboorten (**0.9 %** van de geboorten).

Tabel 61: Transfer naar neonatale afdeling (N=23 930), Brussels Gewest, 2009

		Aantal	%
Transfer		3 047	12.7
Waarvan:	*N*-dienst*	*1 781*	*58.5*
	NIC-dienst	*1 248*	*41.0*
	Type van afdeling onbekend	*18*	*0.6*

5.6.7 Transfer ex utero (CEpiP)

84 kinderen werden geboren in een centrum zonder NIC en worden later overgebracht naar een NIC-dienst (34.8/10 000 levende geboorten). Onder hen waren er 14 onder de zwangerschapsleeftijd van 32 weken en/of hadden een gewicht lager dan 1500 g (5.8/10 000 levende geboorten) en 20 zaten onder de zwangerschapsleeftijd van 34 weken en/of hadden een gewicht lager dan 1500 g (8.3/10 000 levende geboorten).
Een studie uit 2004 door het College Moeder-Kind schatte het aantal ex utero transfer op ongeveer 143 per 10 000 bevallingen (10).

5.6.8 Geslacht

Tabel 62: Geslacht van het kind (N=24 382), Brussels Gewest, 2009		
Geslacht	**Aantal**	**%**
Mannelijk	12 518	51.3
Vrouwelijk	11 862	48.7
Onbepaald	2	0.0
Onbekend	1	0.0

5.6.9 Afwijkingen

360 afwijkingen werden geregistreerd in 2009. Het betreft wel degelijk afwijkingen, waarvan de diagnose werd gesteld tijdens de zwangerschap of bij de geboorte. Onderstaande tabel omvat alleen de 223 afwijkingen die vermeld staan op het CEpiP-luik. Dit luik bevat namelijk slechts een beperkt aantal afwijkingen, maar de zorgverstrekkers voegen vaak met de hand andere afwijkingen toe. Het gaat dan vooral om hartafwijkingen: 33 geboorten.
Aangezien we systematisch slechts een beperkt aantal afwijkingen registreren en dat het om afwijkingen gaan die bij de geboorte worden aangegeven, doen we geen berekening van het globale aantal afwijkingen.

Tabel 63: Soorten afwijkingen (N=223), Brussels Gewest, 2009		
Afwijkingen	**Aantal**	**%**
Anencefalie	2	0.8
Cystisch hygroma	1	0.4
Spina bifida	9	3.4
Trisomie 21	23	8.7
Hydrocefalie	16	6.0
Trisomie 18	3	1.1
Gespleten lip / verhemelte	25	9.4
Gespleten lip / verhemelte met Charge syndroom	1	0.4
Gespleten lip / verhemelte met hartafwijking	1	0.4
Gespleten lip / verhemelte met Cat-Eye Syndroom	1	0.4
Trisomie 13	1	0.4
Anale imperforatie	3	1.1
Anale imperforatie en megablaas	1	0.4
Reductie ledematen	10	3.8
Reductie ledematen met transpositie grote vaten	1	0.4
Hernia diafragmatica	10	3.8
Omfalocele	2	0.8
Gastroschisis	4	1.5
Transpositie grote vaten	9	3.4
Afwijking long	3	1.1
Atresie dunne darm	4	1.5
Nier agenese	5	1.9
Craniosynostosis	0	0.0
Turner syndroom	0	0.0
Obstructieve defecten nierbekken en ureter	15	5.6
Tetralogie Fallot	9	3.4
Oesofagale atresie	2	0.8
Atresie anus	1	0.4

Skeletdysplasie/dwerggroei	7	2.6
Skeletdysplasie/dwerggroei en oesofagale atresie en atresie anus	1	0.4
Hydrops fœtalis	5	1.9
Poly/multikystische nierdysplasie	6	2.2
Poly/multikystische nierdysplasie met hartafwijking en agenesie van het corpus callosum	1	0.4
Poly/multikystische nierdysplasie met Meckel-Gruber syndroom	1	0.4
Ventrikel septum defect	12	4.5
Ventrikel septum defect in atrio-ventrikular septum defect	4	1.5
Ventrikel septum defect met Shone syndroom	1	0.4
Ventrikel septum defect met agenesie van het corpus callosum	1	0.4
Atresie galwegen	0	0.0
Hypospadias	22	7.9

5.7 Plaats van de bevalling

5.7.1 Bevallingen in de materniteit

Tabel 64: Verdeling van de materniteiten naar aantal bevallingen, Brussels Gewest, 2009

Aantal bevallingen	Aantal
< 500	0
500-999	0
1000-1499	3
1500-1999	1
2000-2499	3
2500+	4

5.7.2 Bevallingen buiten het ziekenhuismidden

We tellen 119 bevallingen buiten het ziekenhuismidden, dat is 4.9 per 1000 geboorten.
Deze bevallingen zijn als volgt gespreid:

- 70 geplande thuisbevallingen in aanwezigheid van een professional (2.9 ‰ van de geboorten)
- 49 niet geplande bevallingen buiten de materniteit, waarvan 11 zonder aanwezigheid van een professional bij de bevalling.

Vergelijkende gegevens:
Vlaanderen 2009 (1): 9.8 ‰
Wallonië 2009 (2): 5.8 ‰
Brussel 2008 (3): 4.0 ‰ (geplande: 2.3 ‰)

In de meeste gevallen wanneer de parturiënte de arbeid thuis begint, maar om welke reden ook moet overgebracht worden naar een materniteit, wordt de bevalling ingeschreven in de betreffende materniteit. Er is geen spoor van het begin van de arbeid thuis. Daarom worden vanaf januari 2012 nieuwe variabelen ingevoerd rond de transfer van parturiënten gericht tot de zelfstandige vroedvrouwen die bevallingen begeleiden buiten het ziekenhuismidden.

Bij de geplande thuisbevallingen werden 6 kinderen na de bevalling overgebracht naar een neonatale dienst; het aantal gevallen van episiotomie bedraagt 1.32 %.

Tabel 65: Thuisbevalling en leeftijd van de moeder (N=119), Brussels Gewest, 2009				
	Ongeplande bevalling (N=49)		Geplande bevalling (N=70)	
Leeftijd (jaar)	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
<20 (n= 5)	5	100.0	0	0.0
20-29 (n=39)	18	46.2	21	53.9
30-39 (n=69)	23	33.3	46	66.7
40-49 (n=6)	3	50.0	3	50.0

Tabel 66: Thuisbevalling en beroepssituatie (N=119), Brussels Gewest, 2009				
	Ongeplande bevalling (N=49)		Geplande bevalling (N=70)	
Beroepssituatie	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
Actief (n=60)	15	25.0	45	75.0
Student (n=4)	1	25.0	3	75.0
Werkloos (n=9)	4	44.4	5	55.6
Zonder beroep (n=41)	27	65.9	14	34.2
Onbekend (n=5)	2	40.0	3	60.0

Tabel 67: Thuisbevalling en pariteit (N=95), Brussels Gewest, 2009				
	Ongeplande bevalling (N=39)		Geplande bevalling (N=56)	
Pariteit	**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
Primipara (n=38)	9	23.7	29	76.3
2-3 (n=47)	23	48.9	24	51.1
4+ (n=10)	7	70.0	3	30.0

Tabel 68: Thuisbevalling en opleidingsniveau (N=119), Brussels Gewest, 2009					
		Ongeplande bevalling (n=49)		Geplande bevalling (n=70)	
Opleiding		**Aantal**	**%**	**Aantal**	**%**
Geen opleiding (n=2)		2	100.0	0	0.0
Lager onderwijs (n=4)		3	75.0	1	25.0
Lager middelbaar (n=8)		6	75.0	2	25.0
Hoger middelbaar	Beroeps (n=2)	2	100.0	0	0.0
	Technisch (n=5)	2	40.0	3	60.0
	Algemeen (n=14)	5	35.7	9	64.3
Hoger van het korte type (n=18)		5	27.8	13	72.2
Hoger van het lange type of universitair (n=34)		5	14.7	29	85.3
Onbekend (n=32)		19	59.4	13	40.6

5.8 Mortinataliteit

5.8.1 Cijfers

Euro-Peristat (4) definieert het aandeel mortinataliteit als het aantal doodgeboren kinderen op het totale aantal levend- en doodgeborenen.

We tellen 226 doodgeborenen van minstens 500 g of 22 weken (9.3 ‰ geboorten), waarvan 33 doodgeboren kinderen van meerlingzwangerschappen. Het aantal doodgeborenen ligt respectievelijk op 8.3 en 30.9 voor 1000 geboorten op het totaal eenling- en meerlingzwangerschappen. Het aantal doodgeboren eenlingen ≥ 28 weken is 3.9 ‰.

Vergelijkende gegevens
Mortinataliteit:
Vlaanderen 2009 (1): 5.8 ‰
Wallonië 2009 (2): 6.4 ‰ waarvan 6.1 ‰ voor eenlingen en 14.4 ‰ voor tweelingzwangerschappen 3.1 ‰ voor eenlingen ≥ 28 weken
Brussel 2008 (3): 8.4 ‰ waarvan 7.8 ‰ voor eenlingen en 22.3 ‰ voor tweelingzwangerschappen

We zien in 2009 meer doodgeboren kinderen dan in 2008. Bij de oprichting van het CEpiP werden problemen vastgesteld met het registreren van doodgeboren kinderen in de Brusselse en Waalse ziekenhuizen. De zorgkundigen verklaren de «richtlijnen voor het registreren» niet altijd te kennen. Het relatieve niet opvolgen van de registratiewet voor doodgeborenen van 22 weken of 500 g leidt tot een onderschatting van het aantal doodgeborenen. Bij bezoeken aan de materniteiten in 2009 herhaalde het CEpiP de richtlijnen, wat het hogere aangiftepercentage kan verklaren. De betrouwbaarheid van de gegevens blijkt te verbeteren.

5.8.2 Verdeling van de doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd

Tabel 69: Verdeling doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd bij eenlingen (N=23 314), Brussels Gewest, 2009

Zwangerschapsleeftijd (weken)	Aantal (N=193)	%	Wallonië 2009 (2) %	Vlaanderen 2009 (1) %
≤ 23 (n=55)	54	98.2	93.8	35.8
24 (n=22)	16	72.7	84.2	
25 (n=20)	12	60.0	39.7	
26-27 (n=64)	19	29.7		
28-31 (n=188)	33	17.6	13.5	6.7
32-36 (n=1 190)	27	2.3	1.9	1.7
≥ 37 (n=21 731)	31	0.1	0.1	0.1
Onbekend (n=44)	1	2.3	6.1	-

5.8.3 Oorzaken van de fœtale mortaliteit

Tabel 70: Fœtale doodsoorzaken volgens het geboortecertificaat (N=226), Brussels Gewest, 2009			
		Aantal	**%**
Afwijkingen: Totaal		82	36.3
	Zenuwstelsel	17*	7.5
	Chromosomale defecten	15	6.6
	Syndromale afwijkingen/Genetische syndromen	12	5.3
	Hart	11	4.9
	Faciale afwijkingen/Gespleten lip/verhemelte	3	1.3
	Spijsverteringsstelsel	3	1.3
	Urinewegen	3	1.3
	Afwijkingen van de ledematen	2	0.9
	Hernia diafragmatica	2	0.9
	Meervoudige afwijkingen zonder nadere toelichting	10	4.4
	Afwijkingen zonder andere toelichting	4	1.8
Foetaal overlijden zonder zichtbare oorzaak		42	18.6
Diagnose na autopsie:			
	Autopsie niet uitgevoerd of niet verduidelijkend	38	16.8
	Afgeknepen navelstreng	3	1.3
	Oorzaak bij de placenta zonder nadere toelichting	1	0.4
Foetaal overlijden in utero met toelichting waarschijnlijke oorzaak		4	1.8
	Vermoeden misvormingen	3	1.3
	Intra-uteriene groeiretardatie	1	0.4
Prematuriteit ≤ 25 weken, met doodsoorzaak zonder nadere toelichting		15	6.6
Loslating placenta		12	5.3
Chorioamnionitis		11	4.9
Maternele pathologie (hypertensie, bloeding, hartstilstand, drepanocytose)		9	4.0
Prematuriteit ≤ 25 weken, met de extreme vroeggeboorte als doodsoorzaak		6	2.7
Maternele CMV-infectie		4	1.8
Asfyxie/ernstig foetaal lijden		2	0.9
IUGR		2	0.9
Thuisbevalling, zonder nadere toelichting		2	0.9
Meerlingen		31	13.7
	Foetaal overlijden (oorzaak niet doorgegeven)	11	4.9
	Prematuriteit ≤ 25 weken, met de extreme vroeggeboorte als doodsoorzaak	6	2.7
	Chorioamnionitis	6	2.7
	Tweelingtransfusiesyndroom	6	2.7
	Andere (loslating placenta, maternale pathologie)	2	0.9
Andere		4	1.8
	Teratoom	1	0.4
	Maternele toxoplasmose-infectie	1	0.4
	Uterusruptuur	1	0.4
	Anasarca ten gevolge van hartdecompensatie	1	0.4

* waarvan 2 kinderen van meerlingzwangerschappen

5.8.4 Maternale sterfte

Hoewel het CEpiP het overlijden van moeders niet specifiek registreert, werd ons 1 sterfgeval (hartstilstand) gemeld in 2009.

6. Besluiten – Aandachtspunten

1 In 2009 bevielen 134 vrouwen voor de leeftijd van 18 jaar, dat vertegenwoordigt 1 bevalling op 200. Daar tegenover staat dat 1 moeder op 5 ouder is dan 35 jaar en 1 moeder op 500 ouder dan 45 jaar bij de bevalling.

2 We stellen hoge aantallen van episiotomie en inductie vast. De waarden behoren tot de hoogste in Europa. We zien een stagnatie van het aantal keizersneden tegenover vorig jaar. Dit aantal ligt niet hoger dan 20 % en is het laagste van de drie gewesten van ons land.

3 Het aantal bevallingen waarvoor een inductie, epidurale of episiotomie nodig was is zeer verschillend naargelang de materniteit. We zien dat de praktijken sterk uiteenlopen van materniteit tot materniteit. Vandaar het grote belang van de gepersonaliseerde verslagen die worden verspreid in elke materniteit, zodat iedereen volstrekt anoniem zijn persoonlijke situatie kan aftoetsten aan die van anderen.

4 70 vrouwen kozen voor een geplande thuisbevalling (2.9 ‰ van de geboorten). Dit aantal is gestegen tegenover vorig jaar (55 vrouwen, 2.3 ‰ van de geboorten).

5 De analyses van dit rapport zijn aanzienlijk uitgebreider dankzij de nieuwe CEpiP vragenlijst, ingevoerd in januari 2009. Het is nu mogelijk tal van factoren te analyseren, die het verloop van de zwangerschap beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan vorige keizersneden, medisch begeleide voortplanting of obesitas. Door de nieuwe vormgeving kunnen essentiële gegevens, zoals hypertensie en diabetes, ook beter geregistreerd worden.

6 Sommige gegevens worden nog onvoldoende ingezameld. Voor de materniteiten zijn dit voornamelijk de afwijkingen, het gebruik van de STAN, het ontstaan van de zwangerschap en het gewicht/de lengte van de moeder. Wat de burgerlijke stand betreft gaat het voornamelijk over het opleidingsniveau en de beroepssituatie, vooral bij een doodgeboren kind.

7 Anderzijds leidde de verspreiding van informatie aan materniteiten en de burgerlijke stand over de registratie van doodgeboren kinderen vanaf 22 weken of 500 g ertoe dat de gegevens over dergelijke vroeggeboorten nu beter worden ingezameld.

We kunnen dus een zeer bemoedigende balans voorleggen na een volledig jaar van CEpiP-luiken en wij danken nogmaals hartelijk de medewerkers van de materniteiten, de zelfstandige vroedvrouwen en de medewerkers van de burgerlijke stand, die zich dagelijks inspannen om de certificaten in te vullen.

7. Referenties

(1) Martens E, Martens G, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2009. Studie centrum voor Perinatale Epidemiologie 2010.

(2) Minsart AF, Van Leeuw V, Wilen G, Van de Putte S, Englert Y. Données périnatales en Wallonie - année 2009. Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2011.

(3) Minsart AF, Wilen G, De Spiegelaere M, Van de Putte S, Verdoot C, Englert Y. Perinatale gegevens in het Brusselse gewest – Jaar 2008. Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2010.

(4) Data from 2004. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report. 2008.

(5) Ndame Ebongue S, Sommer M, Mauroy MC, Banque de données médico-sociales – Données statistiques 2006-2007, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2009.

(6) Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, 2010; Brussel Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. ISSN : 2032-9172 - Depotnummer. D/2010/2505/06 – IPH/EPI REPORTS N° 2010/004

(7) Wunder D, Neurohr EM, Faouzi M, Birkhaüser. Origin of multiple pregnancies in Berne, Switzerland, between 1995 and 2006: is IVF-ICSI really the most important origin? ESHRE 2011, Stockholm.

(8) BELRAP. Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy, Belgium, 2008.

(9) Lewi L, Jani J, Boes AS, Donne E, Van Mieghem T, Gucciardo L, Diemert A, Hecher K, Lewi P, Deprest J. The natural history of monochorionic twins and the role of prenatal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007 ; 30: 401.

(10) Tency I, Martens E, Martens G, Foidart JM, Temmerman M, College of physicians for Mother and Newborn. Perinatal referral in Belgium. Federal Public Service Health, Food, Chain Safety and environment, 2007.

8. Bijlagen

Bijlage 1. Statistisch aangifteformulier van de geboorte van een levend geboren kind

02/0089055

Model I 0102040311 2089055 60

STROOK C

GEBOORTE VAN EEN LEVEND KIND

*(Strook in te vullen en onder gesloten omslag te plaatsen door de **geneesheer** of de **vroedvrouw**)*

1. Vorige geboorten

- aantal levendgeboren kinderen ☐☐
- aantal doodgeboren kinderen ☐☐
- aantal kinderen nog in leven ☐☐
- datum van de vorige bevalling (DDMMJJJJ) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

2. Vermoedelijke duur (in weken) van de zwangerschap ☐☐

3. Medische risicofactoren verbonden aan deze zwangerschap (maximum 3)

- ☐ • diabetes
- ☐ • chronische hypertensie
- ☐ • zwangerschaps-hypertensie
- ☐ • eclampsie
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .
- ☐ • geen medische risico's bekend
- ☐ • nierziekte
- ☐ • hemorragie in het 3de trim.
- ☐ • voorafgaande geboorte van een kind met gewicht < 2500 gram

4. Transfer tijdens de zwangerschap

☐ • ja ☐ • neen

5. Ligging van het kind vóór de geboorte

- ☐ • achterhoofdligging
- ☐ • andere hoofdligging
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .
- ☐ • stuit
- ☐ • dwars/schuine ligging

6. De bevalling

6.1 Inductie van de baring vóór het begin van arbeid

☐ • ja ☐ • neen

6.2 Bevalling met assistentie

☐ • ja ☐ • neen

***Indien ja**, vul in 6.3, 6.4 en 6.5*
***Indien neen**, ga dan onmiddellijk naar punt 7*

6.3 Aard van assistentie (maximum 3)

- ☐ • forceps
- ☐ • vacuüm-extractie
- ☐ • keizersnede
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .
- ☐ • stuitligging met extractie (exclusief Bracht)
- ☐ • versie met extractie
- ☐ • externe versie

6.4 Maternale indicaties die het type van bevalling rechtvaardigen

- ☐ • voorafgaande keizersnede
- ☐ • dystocie
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .
- ☐ • geen maternale indicatie
- ☐ • afwijking van placenta

6.5 Indicatie bij het kind als rechtvaardiging voor het type van bevalling

- ☐ • foetaal lijden
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .
- ☐ • geen foetale indicatie
- ☐ • abnormale ligging

7. Toestand van het kind bij de geboorte

7.1 Obstetrisch trauma

☐ • ja ☐ • neen
☐ ***indien ja**, preciseer* . . . . . .

7.2 Ademnood

☐ • ja ☐ • neen
☐ ***indien ja**, preciseer* . . . . . .

7.3 Infectieziekten

☐ • ja ☐ • neen
☐ ***indien ja**, preciseer* . . . . . .

7.4 Congenitale afwijkingen

- ☐ • anencefalie
- ☐ • spina bifida
- ☐ • hydrocefalie
- ☐ • gespleten lip/verhemelte
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .
- ☐ • geen congenitale afwijkingen
- ☐ • anale imperforatie
- ☐ • reductie van de ledematen
- ☐ • hernia diaphragmatica
- ☐ • omphalocoele-gastroschisis

8. Geboortegewicht van het kind *(in gram)* ☐☐☐☐

(vervolg verso)

Model I 0102040312 2089055 61

STROOK C
(vervolg)

GEBOORTE VAN EEN LEVEND KIND *(vervolg)*

9. Apgarscore na:

- ☐☐ • 1 minuut
- ☐☐ • 10 minuten
- ☐☐ • 5 minuten

10. Zorgen onmiddellijk toegediend aan de pasgeborene (maximum 3)

- ☐ • ventilatie zonder intubatie
- ☐ • niet van toepassing
- ☐ • intubatie
- ☐ • geen ingreep
- ☐ • overplaatsing naar n-dienst (binnen de eerste 12 uren)
- ☐ • overplaatsing naar N-dienst (binnen de eerste 12 uren)
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .

. . . . . .

Nr. medisch dossier
van de **Moeder**

Identificatie van de geneesheer of de vroedvrouw

- RIZIV nummer
- datum (DDMMJJJJ) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

naam, voornaam
handtekening
stempel

Model I 0102040111 2089055 54

STROOK A

AANGIFTE VAN DE GEBOORTE VAN EEN LEVEND KIND (a)

*(Strook in te vullen door de **geneesheer** of de **vroedvrouw** en te bewaren door het gemeentebestuur)*

Naam en voornaam van het kind

Naam en voornaam van de moeder

Gewone verblijfplaats van de moeder : gemeente

straat, nr.

Datum **(DDMMJJJJ)** en uur **(UUMM)** van de geboorte / / u m

Adres van de geboorte : gemeente

straat, nr.

Nummer van de geboorteakte
(in te vullen door het gemeentebestuur)

Geslacht van het kind

☐ • mannelijk ☐ • vrouwelijk ☐ • onbepaald (1)

Handtekening en stempel van de geneesheer of van de vroedvrouw

(1) Bij de wet van 30 maart 1984 werd de temijn voor de geboorteaangifte verlengd van 3 tot 15 dagen.Wanneer het onmogelijk is zich direct uit te spreken over het geslacht van het kind, is het raadzaam gebruik te maken van deze termijn om medische analyses te laten uitvoeren. De arts die de aangifte doet, kan dan het geslacht van het kind bepalen voordat de termijn verlopen is en vermijdt aldus de problemen die een aangifte met onbepaald geslacht veroorzaakt.

Model I 0102040211 2089055 57

STROOK B

STATISTISCH FORMULIER VAN GEBOORTE VAN EEN LEVEND KIND

*(Strook in te vullen door de **geneesheer** of de **vroedvrouw**, te verifiëren door het gemeentebestuur en over te maken aan de bevoegde geneesheer-ambtenaar)*

1. Datum en uur van de geboorte

- datum **(DDMMJJJJ)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- uur **(UUMM)** ☐☐ u ☐☐ m

2. Plaats van de geboorte

☐ • ziekenhuis ☐ • thuis

☐ • andere, preciseer . . . . . .

. . . . . .

3. Geslacht van het kind

☐ • mannelijk

☐ • vrouwelijk

☐ • onbepaald

4. Kind geboren uit een meervoudige zwangerschap

☐ • ja ☐ • neen

In geval van meervoudige geboorte :

- totaal aantal geboorten, doodgeborenen inbegrepen ☐
- rangnummer van het aangegeven kind ☐
- aantal en geslacht van de kinderen geboren tijdens dezelfde bevalling (het aangegeven kind inbegrepen)

⇒ aantal levend geboren

☐ • mannelijk ☐ • vrouwelijk ☐ • onbepaald

⇒ aantal doodgeborenen

☐ • mannelijk ☐ • vrouwelijk ☐ • onbepaald

Model I 0102040411 2089055 63

STROOK D

STATISTISCH FORMULIER VAN GEBOORTE VAN EEN LEVEND KIND

*(Strook in te vullen door het **gemeentebestuur** met de hulp van de aangever)*

1. Gemeente (of land) van geboorte

Code N.I.S. ==>

2. Nummer van de geboorteakte

3. Geboortedatum (DDMMJJJJ)

- van de vader / /
- van de moeder / /

4. Opleiding (hoogste voltooide opleiding of diploma)

	vader	moeder
• geen opleiding of lager onvoltooid	☐	☐
• lager onderwijs	☐	☐
• lager middelbaar		
⇒ beroeps	☐	☐
⇒ technisch	☐	☐
⇒ algemeen	☐	☐
• hoger middelbaar		
⇒ beroeps	☐	☐
⇒ technisch	☐	☐
⇒ algemeen	☐	☐
• hoger van het korte type	☐	☐
• hoger van het lange type of universitair	☐	☐
• onbekend	☐	☐
• andere, preciseer	☐	☐

.....

.....

5. Huidige beroepstoestand

	vader	moeder
• actief(ve)	☐	☐
• student(e)	☐	☐
• werkloos	☐	☐
• gepensioneerd	☐	☐
• zonder beroep	☐	☐
• andere, preciseer	☐	☐

.....

.....

6. Sociale staat in het huidig beroep (voor werklozen, gepensioneerden enz... het laatst uitgeoefend beroep)

	vader	moeder
• zelfstandige	☐	☐
• bediende	☐	☐
• arbeider(ster)	☐	☐
• helper(ster)	☐	☐
• zonder beroep	☐	☐
• andere, preciseer	☐	☐

.....

7. Huidig beroep (voor werklozen, gepensioneerden enz... het laatst uitgeoefend beroep)

- vader

Code N.I.S. ==>

- moeder

Code N.I.S. ==>

8. Nationaliteit

- van de vader
  ⇒ oorspronkelijke ⇒ huidige

Code N.I.S. ==>

- van de moeder
  ⇒ oorspronkelijke ⇒ huidige

Code N.I.S. ==>

9. Gewone verblijfplaats van de moeder (gemeente of land)

Code N.I.S. ==>

10. Burgerlijke staat van de moeder

- ☐ • ongehuwd
- ☐ • gehuwd
- ☐ • weduwe
- ☐ • uit de echt gescheiden
- ☐ • van tafel en bed gescheiden
- ☐ • onbekend

11. Gezinstoestand van de moeder

- ☐ • alleenwonend
- ☐ • samenwonend

12. Datum van het huidige huwelijk (DDMMJJJJ)

/ /

13. Aantal vorige geboorten uit het huidige huwelijk

- doodgeborenen
- levend geboorenen

MEDISCH GEHEIM

MAG NIET GEBRUIKT WORDEN VOOR GERECHTELIJKE DOELEINDEN

AKTENUMMER BIJ DE BURGERLIJKE STAND:

Aan de verantwoordelijke arts-ambtenaar

Mag noch door de aangever, noch door het gemeentepersoneel geopend worden

Bijlage 2. Statistisch formulier voor de aangifte van het overlijden van een kind jonger dan een jaar of van een doodgeboorte

Model III D 0102040711 2161399 54

STROOK C **OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR OF VAN EEN DOODGEBOORTE**

*(Strook in te vullen en onder gesloten omslag te plaatsen door de **geneesheer**)*

A. Inlichtingen met betrekking tot de geboorte

1. Vorige geboorten

- aantal levendgeboren kinderen ☐☐
- aantal doodgeboren kinderen ☐☐
- aantal kinderen nog in leven ☐☐
- datum van de vorige bevalling (DDMMJJJJ) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

2. Vermoedelijke duur (in weken) van de zwangerschap ☐☐

3. Medische risicofactoren verbonden aan deze zwangerschap (maximum 3)

- ☐ • diabetes
- ☐ • nierziekte
- ☐ • chronische hypertensie
- ☐ • hemorragie in het 3de trim.
- ☐ • zwangerschaps-hypertensie
- ☐ • voorafgaande geboorte van een kind met gewicht < 2500 gram
- ☐ • eclampsie
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .
- ☐ • geen medische risico's bekend

4. Transfer tijdens de zwangerschap

☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend

5. Ligging van het kind vóór de geboorte

- ☐ • achterhoofdligging
- ☐ • stuit
- ☐ • andere hoofdligging
- ☐ • dwars/schuine ligging
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .

6. De bevalling

6.1 Inductie van de baring vóór het begin van arbeid

☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend

6.2 Bevalling met assistentie

☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend

***Indien ja**, vul in 6.3, 6.4 en 6.5*

***Indien neen**, of onbekend, ga dan onmiddellijk naar punt 7*

6.3 Aard van assistentie (maximum 3)

- ☐ • forceps
- ☐ • stuitligging met extractie (exclusief Bracht)
- ☐ • vacuüm-extractie
- ☐ • versie met extractie
- ☐ • keizersnede
- ☐ • externe versie
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .

6.4 Maternale indicaties die het type van bevalling rechtvaardigen

- ☐ • voorafgaande keizersnede
- ☐ • afwijking van placenta
- ☐ • dystocie
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .
- ☐ • geen maternale indicatie

6.5 Indicatie bij het kind als rechtvaardiging voor het type van bevalling

- ☐ • foetaal lijden
- ☐ • abnormale ligging
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .
- ☐ • geen foetale indicatie

7. Toestand van het kind bij de geboorte

7.1 Obstetrisch trauma

☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend

☐ *Indien ja, preciseer* . . . . . .

7.2 Ademnood

☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend ☐ • niet van toepassing

☐ *Indien ja, preciseer* . . . . . .

7.3 Infectieziekten

☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend

☐ *Indien ja, preciseer* . . . . . .

7.4 Congenitale afwijkingen

- ☐ • anencefalie
- ☐ • anale imperforatie
- ☐ • spina bifida
- ☐ • reductie van de ledematen
- ☐ • hydrocefalie
- ☐ • hernia diaphragmatica
- ☐ • gespleten lip/verhemelte
- ☐ • omphalocoele-gastroschisis
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .
- ☐ • geen congenitale afwijkingen

8. Geboortegewicht van het kind *(in gram)* ☐☐☐☐

9. Apgarscore na:

- ☐☐ • 1 minuut
- ☐☐ • 10 minuten
- ☐☐ • 5 minuten

10. Zorgen onmiddellijk toegediend aan de pasgeborene (maximum 3)

- ☐ • ventilatie zonder intubatie
- ☐ • niet van toepassing
- ☐ • intubatie
- ☐ • geen ingreep
- ☐ • overplaatsing naar n-dienst (binnen de eerste 12 uren)
- ☐ • overplaatsing naar N-dienst (binnen de eerste 12 uren)
- ☐ • andere, preciseer . . . . . .

(vervolg verso)

Model III D 0102040712 2161399 55

STROOK C *(vervolg)*

OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR OF VAN EEN DOODGEBOORTE *(vervolg)*

B. Inlichtingen met betrekking tot het overlijden

1. In geval van foetaal overlijden, heeft het overlijden plaats gehad :

☐ • vóór de arbeid ☐ • tijdens de arbeid ☐ • onbekend

2. Aard van het overlijden

☐ • natuurlijke oorzaak ☐ • doding
☐ • verkeersongeval ☐ • wordt onderzocht
☐ • ander ongeval ☐ • kan niet bepaald worden

3. Indien de doodsoorzaak niet natuurlijk is, beschrijf de omstandigheden :

.....
..... *Voorbehouden*
..... ☐☐☐☐

4. Ongeval

4.1 Plaats van het ongeval

☐ • openbare weg ☐ • onbekend
☐ • thuis
☐ • andere, preciseer .....
.....

4.2 Datum van het ongeval *(DDMMJJJJ)*

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

4.3 Uur van het ongeval *(0 - 24U)*

☐☐

5. Doodsoorzaak (1)

		Specifieer (2) M	F	K	Duur (3)
I. Ziekte of aandoening (van moeder, foetus of kind) die rechtstreeks de dood tot gevolg had					
Logische samenhang van de ziekten/aandoeningen die geleid hebben tot de onmiddellijke doodsoorzaak onder a). Bij vermelding van meerdere ziekten de aan het overlijden ten grondslag liggende het laatst opgeven ("oorspronkelijke doodsoorzaak")	a)	☐	☐	☐	.....
	veroorzaakt door : b)	☐	☐	☐	.....
	veroorzaakt door : c)	☐	☐	☐	.....
	veroorzaakt door : d)	☐	☐	☐	.....
II. Geassocieerde oorzaken					
Bij overlijden nog bestaande ziekten en bijzonderheden, welke tot de dood hebben bijgedragen, doch niet met de onder I. genoemde ziekten in causaal verband staan.	e)	☐	☐	☐	.....
	f)	☐	☐	☐	.....
	g)	☐	☐	☐	.....

(1) Hier wordt niet de wijze van overlijden bedoeld zoals bvb. : hartfalen, syncope, enz... maar de ziekte, het trauma of de complicatie die de dood veroorzaakte. Gelieve slechts één oorzaak per lijn te vermelden.
(2) Plaats een "X" op de passende plaats : kolom 'M' indien Moeder, kolom 'F' indien Foetus, kolom 'K' indien Kind
(3) Tijdsinterval (bij benadering) tussen het begin van de ziekte/aandoening en de dood (preciseer zo nodig in minuten, uren, weken of maanden, ...)

Voorbehouden

a) ☐☐☐☐☐ b) ☐☐☐☐☐ c) ☐☐☐☐☐ d) ☐☐☐☐☐
e) ☐☐☐☐☐ f) ☐☐☐☐☐ g) ☐☐☐☐☐

6. Autopsie/aanvullende onderzoekingen

☐ • ja, lopend ☐ • neen
☐ • ja, voorzien ☐ • onbekend

7. Was de attesterende geneesheer de behandelende geneesheer ?

☐ • ja ☐ • neen

Nr. medisch dossier
van de **Moeder** .....

Nr. medisch dossier
van het **Kind** .....

Identificatie van de geneesheer

• RIZIV nummer .....

• datum (DDMMJJJJ) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

naam, voornaam
handtekening
stempel

Model III D 0102040511 2161399 48

STROOK A

AANGIFTE VAN OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR OF VAN EEN DOODGEBOORTE (a)

*(Strook in te vullen door de **geneesheer** en te bewaren door het gemeentebestuur)*

Naam en voornaam van het kind

Naam en voornaam van de moeder

Gewone verblijfplaats van de moeder : gemeente

straat, nr.

Datum **(DDMMJJJJ)** en uur **(UUMM)** van overlijden / / u m

Adres van overlijden : gemeente

straat, nr

Nummer van de overlijdensakte

Geslacht van het kind

☐ • mannelijk ☐ • vrouwelijk ☐ • onbepaald

Het kind is

☐ • doodgeboren ☐ • levend geboren

Gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie (1)	☐ ja	☐ neen
Bezwaar tegen schenking van het lichaam (2)	☐ ja	☐ neen
Verplichte onmiddellijke kisting		
• in een hermetische kist (3)	☐ ja	☐ neen
~~• in een gewone kist (4)~~	~~☐ ja~~	~~☐ neen~~
Bezwaar tegen eventuele		
• crematie (5)	☐ ja	☐ neen
• conserveringstechnieken (6)	☐ ja	☐ neen
• vervoer zonder kist (7)	☐ ja	☐ neen
Risico voor blootstelling aan ioniserende stralen (3)	☐ ja	☐ neen

Ik, die teken, geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RIZIV nummer),

.....,

verklaar dat ik de .....om .....uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer

(a) Er moet een overlijdensformulier worden ingevuld per doodgeboren kind of per kind overleden vóór de leeftijd van één jaar.
(1) Overlijden zeker of vermoedelijk door uitwendige oorzaak (ongeval, zelfmoord, moord of doodslag).
(2) De overledene vormt een risico voor besmetting zoals bepaald sub (3).
(3) A. de overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: cholera, miltvuur, pest pokken en andere orthopox virusziekten, virale hemorragische koorts.
B. de overledene vormt een risico op radioactieve besmetting (cfr. K.B. van 28 februari 1963 - B.S. 16 mei 1963 - art. 69.4, art. 69.7 en art. 3).
~~(4) De overledene leed aan één van de volgende overdraagbare ziekten: AIDS, hondsdolheid, pest, virushepatitis (behalve bevestigde virushepatitis~~ A).
(5) Prothesen die werken op lithiumbatterijen dienen verwijderd, alsook elke andere prothese die radio-elementen bevat.
(6) - cfr (2) en (3)
- slechte toestand van het lijk (ontbonden, verhakkeld)
- overlijden dat zeker of vermoedelijk aan een uitwendige oorzaak te wijten is.
(7) cfr (2) en (3)

Model III D 0102040611 2161399 51

STROOK B

STATISTISCH FORMULIER VOOR HET OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR OF VOOR EEN DOODGEBOORTE

*(Strook in te vullen door de **geneesheer**, te verifiëren door het gemeentebestuur en over te maken aan de bevoegde geneesheer-ambtenaar)*

1. Datum en uur van het overlijden

- datum **(DDMMJJJJ)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- uur **(UUMM)** ☐☐ u ☐☐ m

2. Datum en uur van de geboorte

- datum **(DDMMJJJJ)** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- uur **(UUMM)** ☐☐ u ☐☐ m

3. Het kind is

☐ • doodgeboren ☐ • levend geboren

4. Plaats van de geboorte

☐ • ziekenhuis ☐ • thuis

☐ • andere, preciseer .....

.....

5. Plaats van het overlijden

☐ • ziekenhuis ☐ • thuis

☐ • andere, preciseer .....

.....

6. Geslacht van het kind

☐ • mannelijk

☐ • vrouwelijk

☐ • onbepaald

7. Kind geboren uit een meervoudige zwangerschap

☐ • ja ☐ • neen

In geval van meervoudige geboorte :

- totaal aantal geboorten, doodgeboorenen inbegrepen ☐
- rangnummer van het aangegeven kind ☐
- aantal en geslacht van de kinderen geboren tijdens dezelfde bevalling (het aangegeven kind inbegrepen)

⇒ aantal levend geborenen

☐ • mannelijk ☐ • vrouwelijk ☐ • onbepaald

⇒ aantal doodgeborenen

☐ • mannelijk ☐ • vrouwelijk ☐ • onbepaald

Model III D 0102040811 2161399 57

STROOK D

STATISTISCH FORMULIER VOOR HET OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR OF VOOR EEN DOODGEBOORTE

*(Strook in te vullen door het **gemeentebestuur** met de hulp van de aangever)*

1. Gemeente (of land) van overlijden

Code N.I.S. ==>

2. Nummer van de overlijdensakte

3. Gemeente (of land) van geboorte

Code N.I.S. ==>

4. Geboortedatum (DDMMJJJJ)

- van de vader
- van de moeder

5. Opleiding (hoogste voltooide opleiding of diploma)

	vader	moeder
• geen opleiding of lager onvoltooid	☐	☐
• lager onderwijs	☐	☐
• lager middelbaar		
⇒ beroeps	☐	☐
⇒ technisch	☐	☐
⇒ algemeen	☐	☐
• hoger middelbaar		
⇒ beroeps	☐	☐
⇒ technisch	☐	☐
⇒ algemeen	☐	☐
• hoger van het korte type	☐	☐
• hoger van het lange type of universitair	☐	☐
• onbekend	☐	☐
• andere, preciseer	☐	☐

.....

.....

6. Huidige beroepstoestand

	vader	moeder
• actief(ve)	☐	☐
• student(e)	☐	☐
• werkloos	☐	☐
• gepensioneerd	☐	☐
• zonder beroep	☐	☐
• andere, preciseer	☐	☐

.....

.....

7. Sociale staat in het huidig beroep (voor werklozen, gepensioneerden enz... het laatst uitgeoefend beroep)

	vader	moeder
• zelfstandige	☐	☐
• bediende	☐	☐
• arbeider(ster)	☐	☐
• helper(ster)	☐	☐
• zonder beroep	☐	☐
• andere, preciseer	☐	☐

.....

8. Huidig beroep (voor werklozen, gepensioneerden enz... het laatst uitgeoefend beroep)

- vader

Code N.I.S. ==>

- moeder

Code N.I.S. ==>

9. Nationaliteit

- van de vader
  ⇒ oorspronkelijke ⇒ huidige

Code N.I.S. ==>

- van de moeder
  ⇒ oorspronkelijke ⇒ huidige

Code N.I.S. ==>

10. Gewone verblijfplaats van de moeder (gemeente of land)

Code N.I.S. ==>

11. Burgerlijke staat van de moeder

☐ • ongehuwd ☐ • uit de echt gescheiden
☐ • gehuwd ☐ • van tafel en bed gescheiden
☐ • weduwe ☐ • onbekend

12. Gezinstoestand van de moeder

☐ • alleenwonend ☐ • samenwonend

13. Datum van het huidige huwelijk (DDMMJJJJ)

14. Aantal vorige geboorten uit het huidige huwelijk

- doodgeborenen
- levend geborenen

MEDISCH GEHEIM

MAG NIET GEBRUIKT WORDEN VOOR GERECHTELIJKE DOELEINDEN

AKTENUMMER BIJ DE BURGERLIJKE STAND:

Aan de verantwoordelijke arts-ambtenaar

Mag noch door de aangever, noch door het gemeentepersoneel geopend worden

Bijlage 3. CEpiP-luik

CEpiP Dossier - 02
vzw Centre d'Epidémiologie Périnatale - Lenniksebaan 808 PB597 – 1070 Brussel – 02/5556030 – info@cepip.be – www.cepip.be

IDENTIFICATIE VAN HET DOSSIER

Ziekenhuiscode of plaats van de bevalling 97 indien ongeplande bevalling buiten de materniteit ZONDER verzorgende 98 indien ongeplande bevalling buiten de materniteit MET verzorgende 99 indien geplande bevalling buiten de materniteit MET verzorgende	
Partusnummer (jaar, volgnummer, meerlingcode)	/ /

IDENTIFICATIE VAN DE BEVALLING

Geboortedatum van de moeder (dag/maand/jaar)	/ /
Postcode woonplaats van de moeder (4 cijfers, 9999 indien buitenland)	

VORIGE GEBOORTEN

Waren er geboorten voor deze zwangerschap ? (levend- of doodgeboorenen ≥ 500 gram of ≥ 22 weken of ≥ 25 cm)		ja ☐ neen ☐
Zo ja,	Aantal levendgeboren kinderen	
	Geboortedatum van het laatste levendgeboren kind?	/ / ☐ Onbekend (geen antwoord van de patiënte)
	Beviel de moeder sindsdien van een NIET levendgeboren kind? (≥ 500 gram of ≥ 22 weken of ≥ 25 cm)	ja ☐ neen ☐
Was er een keizersnede bij een vorige zwangerschap?		ja ☐ neen ☐

HUIDIGE ZWANGERSCHAP

Pariteit (Aantal bevallingen met inbegrip van de huidige bevalling – alle levend- en doodgeborenen ≥ 500g of ≥ 22 weken of ≥ 25 cm - meerlingzwangerschap heeft GEEN invloed op pariteit)	
Gewicht van de moeder vóór de zwangerschap (of vóór 15 weken)	kg ☐ Onbekend (geen antwoord van de patiënte)
Gewicht van de moeder bij aankomst in het verloskwartier	kg ☐ Onbekend (geen antwoord van de patiënte)
Lengte van de moeder	cm ☐ Onbekend (geen antwoord van de patiënte)
Ontstaan zwangerschap (één mogelijkheid)	Spontaan ☐ Hormonaal ☐ ICSI ☐ IVF ☐ Niet gevraagd ☐
Hypertensie in deze zwangerschap (≥ 140/ ≥ 90)	ja ☐ neen ☐ weet niet ☐
Diabetes	ja ☐ neen ☐ weet niet ☐
HIV	POS ☐ NEG ☐ weet niet ☐ niet getest ☐
Meerlingzwangerschap	ja ☐ neen ☐
Zo ja, het aantal kinderen bij de geboorte (levend- en doodgeboren inbegrepen)	

BEVALLING

Duur zwangerschap bij bevalling (in voleindigde weken)	
Zekerheid van deze duur	Zeker ☐ Schatting ☐
Ligging voor de geboorte	Achterhoofd ☐ Andere hoofdligging ☐ Stuitligging ☐ Dwarsligging ☐ Onbekend (indien afwezigheid van een verzorgende) ☐
Inductie van de baring (INBEGREPEN het induceren na het voortijdig breken van de vliezen zonder weeënactiviteit)	ja ☐ neen ☐
Epidurale analgesie en/of rachi	ja ☐ neen ☐
Fœtale bewaking (meerdere zijn mogelijk)	CTG (cardio(toco)gram) ☐ STAN-monitor ☐ MBO (microbloedonderzoek) ☐ intermittente auscultatie ☐ Geen ☐
Groep B streptococcen kolonisatie	POS ☐ NEG ☐ niet getest/onbekend ☐
Intrapartale toediening van GBS profylaxe	ja ☐ neen ☐

Geboortedatum kind (dag/maand/jaar)	/ /
Geboortetijdstip (uur/minuut)	u ☐ Onbekend (indien afwezigheid van een verzorgende)
Wijze van verlossing (meerdere zijn mogelijk)	Spontaan, hoofdligging ☐ Stuit vaginaal ☐ Vacuümextractie ☐ Sectio primair ☐ Forceps ☐ Sectio secundair ☐
Episiotomie	ja ☐ neen ☐
Indicaties voor sectio (meerdere zijn mogelijk)	Voorafgaande keizersnede ☐ Stuitligging ☐ Dwarsligging ☐ Foetale nood ☐ Dysproportie, niet in arbeid ☐ Dystocie, wel in arbeid en niet vorderende ontsluiting ☐ Dystocie, wel in arbeid en niet vorderende uitdrijving ☐ Maternale pathologie ☐ Placentair (abruptio, praevia) ☐ Op vraag van patiënte ☐ Meerling ☐ Andere (specifieer)

TOESTAND BIJ DE GEBOORTE

Geboortegewicht	g
Geslacht	mannelijk ☐ vrouwelijk ☐ onbepaald ☐
Apgar-score na :	1 min 5 min Onbekend (indien afwezigheid van een verzorgende) ☐
Beademing van de pasgeborene	ja ☐ neen ☐ Zo ja : Beademing met ballon en masker ☐ Intubatie ☐
Majeure misvormingen	Zo ja, kruis aan : (meerdere zijn mogelijk) ja ☐ neen ☐

Anencefaal ☐	Gespleten lip / verhemelte ☐	Hernia diafragmatica ☐
Spina bifida ☐	Anale imperforatie ☐	Omfalocele ☐
Hydrocefalie ☐	Reductie ledematen ☐	Gastroschisis ☐
Transpositie grote vaten ☐	Tetralogie Fallot ☐	VSD ☐
Afwijking long (CALM) ☐	Oesofagale atresie ☐	Atresie galwegen ☐
Atresie dundarm ☐	Atresie anus ☐	Hypospadias ☐
Nier agenese ☐	Twin-to-twin transfusiesyndroom ☐	Cystisch hygroma ☐
Craniosynostosis ☐	Skeletdysplasie/dwerggroei ☐	Trisomie 21 ☐
Turner syndroom (Xo) ☐	Hydrops foetalis ☐	Trisomie 18 ☐
Obstructieve defecten nierbekken en ureter ☐	Poly/multikystische nierdysplasie ☐	Trisomie 13 ☐

POSTPARTUM

Transfer naar neonatale afdeling	ja ☐ neen ☐
Zo ja :	N* - dienst ☐ NIC – dienst ☐

PERINATALE STERFTE

Doodgeboren (≥ 500 g of ≥ 22 weken of ≥ 25 cm):	ja ☐ neen ☐
Zo ja :	Dood vóór partus ☐ Tijdens ☐ Onbekend ☐
Zo neen (NIET doodgeboren) : overlijden ≤ 12 u na de geboorte	ja ☐ neen ☐
Oorzaak (meerdere zijn mogelijk)	Normaal gevormd, niet gemacereerd ☐ Loslating van de placenta ☐ Aangeboren misvormingen ☐ Asfyxie en/of trauma ☐ Laag geboortegewicht ☐ Andere specifieke oorzaak ☐ Maternale ziekten ☐ Onbekend ☐