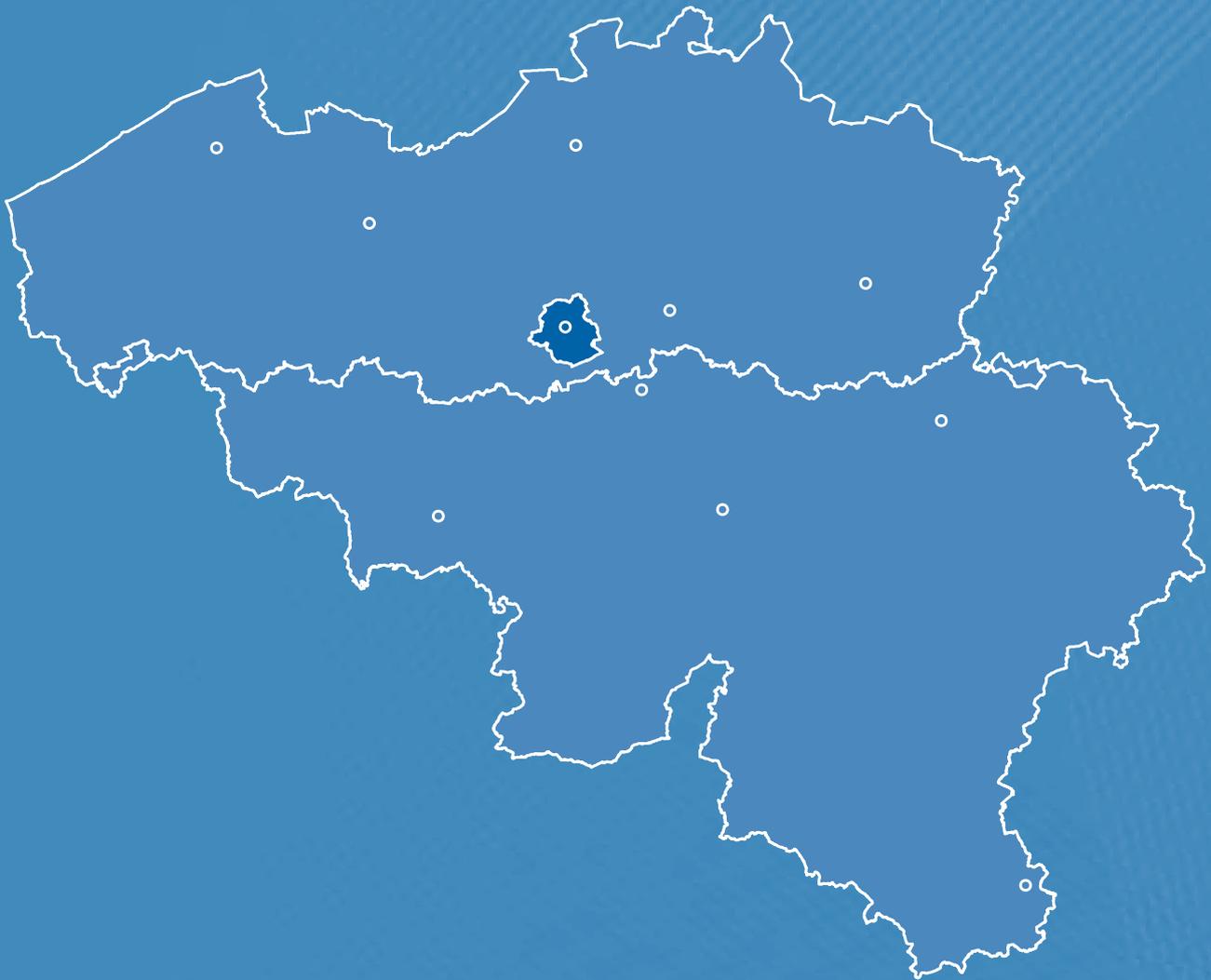




Perinatale gegevens in het Brusselse Gewest

Jaar 2010





Perinatale gegevens in het Brusselse Gewest

Jaar 2010

Redactie

Ch. Leroy, V. Van Leeuw, A-F. Minsart en Y. Englert



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:

Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Perinatale gegevens in het Brusselse Gewest – Jaar 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.

Auteurs

Charlotte Leroy
Virginie Van Leeuw
Anne-Frédérique Minsart¹
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

Hartelijke dank,

Aan onze gesprekspartners van de materniteiten: Yves Baukens van de Europa Ziekenhuizen Sint-Michiel, Marie-France Beatrix, Patricia Barlow en Geoffroy Collet van het Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter, Nathalie Chiampo, Pascal Vandenhouwee, Clotilde Lamy, Axel François en Sandrine Togna van de Iris Ziekenhuizen Zuid – Campus Etterbeek-Elsene, Rita De Bock en Nathalie Lauwers 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, Patricia Kesteman, Christine Kirkpatrick en Philippe Revelard van het Erasmus Ziekenhuis, 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

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).

INTRODUCTION

The “Centre for Perinatal Epidemiology” (CEpiP) contributes to health information and promotion during the period of pregnancy, childbirth and infancy by providing annual perinatal health statistics. It collects and analyses the perinatal data for Wallonia and Brussels since 2008. This report presents the results of the statistical analyses of live births and stillbirths in 2010 in Brussels Capital City Region.

METHODOLOGY

Data sources include both medical data from care-providers and administrative data. For certain analyses, medical data were linked with the socio-demographic data.

RESULTS

In total, 25 096 births were registered in Brussels of which 221 were stillbirths, a rate of 8.8 %, higher than previous years in Brussels, and higher also than Wallonia. The number of deliveries amounted to 24 516, among of them, 566 were multiple births. A few characteristics will be described. At booking, 32.8 % of the women aged more than 18 years were in overweight and 10.5 % were obese. Pregnancy weight gain was inversely correlated with BMI. The rates of caesarean section remain stable between 2008 and 2010 (approximately 20 %). The rate of caesarean section among the live singletons births in breech deliveries was 88.7 %. As in 2009, a significant number of inductions (27.9 %), of epidurals (70.9 %) and of episiotomies (29.2 %) were found. These rates are less important in Wallonia but still remain among the highest of Europe.

DISCUSSION-CONCLUSION

This third report confirms the increase in the number of births in Brussels Capital City Region. It confirms the improvement of the quality of the data collection, following proactive collaboration between the eleven maternity units, the nineteen municipal administrations, Brussels-Capital Health and Social Observatory and the CEpiP. For the second time, the data on body mass are available. The higher number of stillbirths in Brussels could be explained at the same time by differences in the attitudes of declaration, but also by higher concentration of specialized maternity units in Brussels Region.

Inhoud

COLOFON	3
ABSTRACT	5
INHOUD	6
VZW CENTRE D'ÉPIDEMIOLOGIE PÉRINATALE, CEpiP	9
ORGANIGRAM	10
1 INLEIDING	11
1.1 ALGEMENE INLEIDING	11
1.2 METHODOLOGIE	11
1.2.1 Beschrijving van de gegevensstroom	11
1.2.2 Methode en analyse	12
1.2.3 Gegevens	12
2 GEOGRAFISCHE EN TEMPORELE VERGELIJKINGEN VAN DE GEGEVENS	12
3 DEFINITIES	13
4 SYNOPSIS: BRUSSELSE GEWEST 2010	14
4.1 EIGENSCHAPPEN VAN DE MOEDER	14
4.2 EIGENSCHAPPEN VAN HET KIND	14
5 GEBOORTEN IN HET BRUSSELSE GEWEST IN 2010	15
5.1 GEBOORTECIJFERS	15
5.2 BEVALLINGSCIJFERS	15
5.3 EIGENSCHAPPEN VAN DE OUDERS	16
5.3.1 Socio-demografische eigenschappen van de ouders	16
5.3.2 Biomedische eigenschappen van de moeder	21
5.4 EIGENSCHAPPEN VAN DE BEVALLING	26
5.4.1 Ligging van het kind bij de geboorte	26
5.4.2 Foetale bewaking	27
5.4.3 Bevalling via sectio	28
5.4.4 Instrumentele verlossing	32
5.4.5 Inductie van de bevalling	32
5.4.6 Epidurale analgesie	35
5.4.7 Episiotomie	35
5.4.8 Bevallingen zonder obstetricale tussenkomst	36
5.4.9 Bevallingen met obstetricale tussenkomst	37
5.5 MEERLINGEN	38
5.6 EIGENSCHAPPEN VAN HET KIND	39
5.6.1 Geboortegewicht	39
5.6.2 Duur van de zwangerschap	41
5.6.3 Groep-B-streptokokken	44
5.6.4 Apgar-score	44
5.6.5 Beademing van de pasgeborene	44
5.6.6 Transfer naar neonatale afdeling	45
5.6.7 Transfer ex utero	45
5.6.8 Geslacht	45
5.6.9 Afwijkingen	45
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 foetale mortaliteit	50
5.8.4 Maternale sterfte	50
6 BESLUITEN – AANDACHTSPUNTEN	51
7 REFERENTIES	52

8	BIJLAGEN	53
	Bijlage 1. Statistisch aangifteformulier van de geboorte van een levend geboren kind.	53
	Bijlage 2. Statistisch formulier voor de aangifte van het overlijden van een kind jonger dan één jaar of van een doodgeboorte.	59
	Bijlage 3. CEpiP-luik	65

TABELLEN

Tabel 1:	Details van de geboorten	15
Tabel 2:	Details van de bevallingen	15
Tabel 3:	Spreiding van de moeders naargelang de leeftijd bij de bevalling	16
Tabel 4:	Nationaliteit van de moeder naar bevalling	18
Tabel 5:	Verblijfplaats van de moeder bij de bevalling	19
Tabel 6:	Opleidingsniveau van de moeder bij de bevalling	19
Tabel 7:	Beroepstoestand van de ouders bij de bevalling	20
Tabel 8:	Burgerlijke staat en staat van gezinstoestand van de moeder naar bevalling	20
Tabel 9:	Verdeling pariteit naar bevalling	21
Tabel 10:	Beroepstoestand en pariteit.	21
Tabel 11:	HIV-status van de patiënten bij de bevalling	22
Tabel 12:	Ontstaan van de zwangerschap bij HIV-seropositieve moeders	22
Tabel 13:	Beschrijving van het gewicht en de lengte van de patiënten	22
Tabel 14:	Verdeling patiënten ≥ 18 jaar met BMI ≥ 30 kg/m ² naar leeftijd van de moeder	23
Tabel 15:	Verdeling patiënten met BMI ≥ 25 kg/m ² naar leeftijd van de moeder en pariteit	23
Tabel 16:	Gemiddelde gewichtstoename volgens de BMI bij moeders van 18 jaar en ouder.	23
Tabel 17:	Verdeling hypertensie naar bevalling	23
Tabel 18:	Verdeling diabetes naar bevalling	24
Tabel 19:	Ontstaan van de zwangerschap naar bevalling	24
Tabel 20:	Verdeling meerlingen naar ontstaan van de zwangerschap	24
Tabel 21:	Aantal doodgeboren kinderen naar ontstaan van de zwangerschap bij eenlingen	25
Tabel 22:	Aantal meerlingen naar ontstaan van de zwangerschap en leeftijd	25
Tabel 23:	Ontstaan van de zwangerschap naar leeftijd van de moeder	25
Tabel 24:	Ontstaan van de zwangerschap naar nationaliteit van de moeder	25
Tabel 25:	Ontstaan van de zwangerschap naar BMI bij moeders van 18 jaar en ouder	25
Tabel 26:	Ligging van levende eenlingen.	26
Tabel 27:	Ligging van doodgeboren eenlingen	26
Tabel 28:	Sluitligging naar pariteit voor levende eenlingen ≥ 37 weken.	26
Tabel 29:	Sluitligging naar leeftijd van de primipara bij levende eenlingen ≥ 37 weken	26
Tabel 30:	Sluitligging naar nationaliteit van de primipara bij levende eenlingen ≥ 37 weken	27
Tabel 31:	Sluitligging naar BMI van de primipara ≥ 18 jaar bij levende eenlingen ≥ 37 weken	27
Tabel 32:	Foetale bewaking voor levend geboren kinderen ≥ 37 weken (geplande keizersneden niet meegerekend)	27
Tabel 33:	Verdeling multipara volgens de vorige keizersnede per geboorte	28
Tabel 34:	Verdeling keizersneden naar ligging van levende eenlingen	28
Tabel 35:	Verdeling keizersneden voor levende eenlingen in sluitligging naar zwangerschapsleeftijd bij de primipara	28
Tabel 36:	Verdeling keizersneden voor levende eenlingen in sluitligging naar zwangerschapsleeftijd bij de multipara	29
Tabel 37:	Verdeling keizersneden en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara	29
Tabel 38:	Verdeling keizersneden en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara	29
Tabel 39:	Verdeling keizersneden naar BMI voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara ≥ 18 jaar	29
Tabel 40:	Indicaties van keizersnede voor levende eenlingen	30
Tabel 41:	Indicaties van keizersnede voor levende en doodgeboren meerlingen	31
Tabel 42:	Aantal vacuümextracties en forceps per geboorte.	32
Tabel 43:	Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging van ≥ 37 weken bij primipara	34
Tabel 44:	Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij multipara zonder vorige keizersnede	34
Tabel 45:	Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij multipara met vorige keizersnede	34

Tabel 46:	Verdeling fysiologische bevallingen van levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging bij primipara naar leeftijd van de moeder	36
Tabel 47:	Verdeling fysiologische bevallingen zonder epidurale analgesie voor levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging bij primipara naar leeftijd	36
Tabel 48:	Verdeling fysiologische bevallingen voor levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging bij primipara naar oorspronkelijke nationaliteit	36
Tabel 49:	Verdeling fysiologische bevallingen voor eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging bij primipara \geq 18 jaar naar BMI	36
Tabel 50:	Verdeling bevallingen met inductie EN epidurale EN episiotomie EN instrumentele verlossing van levende vldragen eenlingen in hoofdligging bij primipara naar leeftijd van de moeder	37
Tabel 51:	Verdeling bevallingen met inductie EN epidurale EN episiotomie EN instrumentele verlossing van levende vldragen eenlingen in hoofdligging bij primipara naar oorspronkelijke nationaliteit	37
Tabel 52:	Verdeling bevallingen met inductie EN epidurale EN episiotomie EN instrumentele verlossing van levende vldragen eenlingen in hoofdligging bij primipara naar van 18 jaar en ouder naar BMI	37
Tabel 53:	Details van de meerlingzwangerschappen	38
Tabel 54:	Meerlingzwangerschappen en leeftijd van de moeders naar ontstaan van de zwangerschap	38
Tabel 55:	Spreiding van het geboortegewicht	39
Tabel 56:	Verdeling levend en doodgeboren eenlingen naar zwangerschapsleeftijd en geboortegewicht	40
Tabel 57:	Verdeling levend en doodgeboren kinderen uit meervoudige zwangerschap naar zwangerschapsleeftijd en geboortegewicht	40
Tabel 58:	Aantal levend- en doodgeboren en vóór 7 dagen gestorven kinderen naar zwangerschapsleeftijd	41
Tabel 59:	Spreiding van het soort begin van de arbeid naar zwangerschapsleeftijd	42
Tabel 60:	Spreiding van de zwangerschapsleeftijd naar bevalling	42
Tabel 61:	Bevalling < 37 weken en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen bij primipara	42
Tabel 62:	Bevalling < 37 weken en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen bij primipara	43
Tabel 63:	Bevalling < 37 weken en BMI voor levende eenlingen bij primipara	43
Tabel 64:	Bevalling < 37 weken en beroepssituatie van de moeder voor levende eenlingen bij primipara	43
Tabel 65:	Bevalling < 37 weken en opleidingsniveau van de moeder voor levende eenlingen bij primipara	43
Tabel 66:	GBS status per bevalling	44
Tabel 67:	Beademing van de levende pasgeborene	44
Tabel 68:	Transfer naar neonatale afdeling	45
Tabel 69:	Geslacht van het kind	45
Tabel 70:	Soorten afwijkingen	46
Tabel 71:	Verdeling materniteiten naar aantal bevallingen	47
Tabel 72:	Thuisbevalling en leeftijd van de moeder	47
Tabel 73:	Thuisbevalling en beroepssituatie	48
Tabel 74:	Thuisbevalling en pariteit	48
Tabel 75:	Thuisbevalling en opleidingsniveau	48
Tabel 76:	Verdeling doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd bij eenlingen	49
Tabel 77:	Føetale doodsoorzaken volgens het geboortecertificaat	50

FIGUREN

Figuur 1:	Aantal bevallingen onder de leeftijd van 18 jaar naar oorspronkelijke nationaliteit	17
Figuur 2:	Aantal bevallingen op 40 jaar en meer naar oorspronkelijke nationaliteit	17
Figuur 3:	Spreiding van het aantal keizersneden naar materniteit bij de primipara bij levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging	31
Figuur 4:	Spreiding van het aantal keizersneden naar materniteit bij de primipara bij levende eenlingen \geq 37 weken in sluitligging	31
Figuur 5:	Verdeling van de inducties naar materniteit bij levende eenlingen tussen 37 en 40 weken in hoofdligging (zonder 41 weken)	33
Figuur 6:	Verdeling van de inducties naar materniteit bij levende eenlingen tussen 34 en 36 weken in hoofdligging	33
Figuur 7:	Verdeling van de inducties naar zwangerschapsleeftijd bij levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging zonder hypertensie en zonder diabetes	33
Figuur 8:	Verdeling van de epidurale analgesie naar materniteit bij levende eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken buiten geplande keizersneden	35
Figuur 9:	Verdeling van de episiotomie naar materniteit bij levende eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken	35
Figuur 10:	Verdeling fysiologische bevallingen zonder epidurale analgesie naar materniteit voor levende eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken	36
Figuur 11:	Verdeling bevallingen met inductie EN epidurale EN episiotomie EN instrumentele verlossing naar materniteit van levende eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken	37

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 Federatie Wallonië-Brussel en het Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad.

Deze structuur krijgt financiële hulp en ondersteuning van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Federatie Wallonië-Brussel 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



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

*Observatorium voor
gezondheid en welzijn van
Brussel-Hoofdstad

1. Inleiding

1.1 ALGEMENE INLEIDING

Dit dossier bevat de resultaten van de analyse van de statistische geboorteaangiften (levend- en doodgeboren) in 2010 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 één jaar of van een doodgeboorte» (bijlage 2) en het «statistisch formulier voor de aangifte van het overlijden van een persoon van één 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 het «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 Federatie Wallonië-Brussel 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, het opleidingsniveau en de body mass index werden willekeurig gekozen voor de analyses. Alle analyses werden gemaakt met behulp van STATA 11.0, 2009 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».

2. Geografische en temporele vergelijkingen van de gegevens

De gegevens in dit rapport betreffen 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 plaatsvonden, met de Waalse gegevens voor 2010 (2) en met de gegevens voor het Brusselse Gewest voor 2009 (3).

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 $\geq 14/ \geq 9$ 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.

FOETALE 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 geboorteprocés 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 inarheid.

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.

N*-DIENST

Niet intensieve neonatale dienst

NIC-DIENST

Neonatal Intensive Care / Intensieve neonatale dienst

4. Synopsis: Brusselse Gewest 2010

4.1 EIGENSCHAPPEN VAN DE MOEDER

Eenlingen		23 950	(97.7 %)
Tweelingen		552	(2.3 %)
Drielingen		14	(0.05 %)
Pariteit	Primipara	10 800	(44.2 %)
	Multipara	13 662	(55.8 %)
Ontstaan van de zwangerschap	Spontaan	21 539	(89.3 %)
	Medisch begeleide voortplanting	1 060	(4.4 %)
Hypertensie		1 093	(4.5 %)
Diabetes		1 402	(5.8 %)
Duur van de zwangerschap	<28 weken	206	(0.8 %)
	28-31 weken	230	(0.9 %)
	32-36 weken	1 511	(6.2 %)
	≥ 37 weken	22 515	(92.0 %)
Inductie		6 837	(27.9 %)
Epidurale analgesie		17 874	(73.2 %)
Sectio		4 705	(19.2 %)
Episiotomie		7 123	(29.2 %)

4.2 EIGENSCHAPPEN VAN HET KIND

Ligging van het kind	Achterhoofdsligging	22 448	(89.7 %)
	Andere hoofdligging	1 027	(4.1 %)
	Stuitligging	1 344	(5.4 %)
	Dwarsligging	195	(0.8 %)
Geboortegewicht	< 500 g (indien meer dan 22 weken)	35	(0.1 %)
	500-1 499 g	449	(1.8 %)
	1 500-2 499 g	1 492	(6.0 %)
	≥ 2 500 g	23 027	(92.1 %)
Geslacht	Mannelijk	12 854	(51.2 %)
	Vrouwelijk	12 232	(48.8 %)
Transfer naar neonatale afdeling	N* - dienst	1 677	(6.8 %)
	NIC - dienst	1 301	(5.2 %)
Doodgeboren		221	(0.9 %)

5. Geboorten in het Brusselse Gewest in 2010

5.1 GEBOORTECIJFERS

25 096 geboorten vonden plaats op het Brusselse grondgebied en werden geregistreerd door de burgerlijke stand.

Tabel 1: Details van de geboorten, Brusselse Gewest, 2010	
	24 875 LEVENDGEBORENEN
	221 DOODGEBORENEN \geq 500 g en/of \geq 22 weken
Of	1 146 meerlingen
	23 950 eenlingen
Totaal:	25 096 geboorten

In 2009 waren er 24 383 geboorten (3).

5.2 BEVALLINGSCIJFERS

Tabel 2: Details van de bevallingen, Brusselse Gewest, 2010	
Eenlingen: 23 950 bevallingen	
	23 746 bevallingen van levende eenlingen
	204 bevallingen van doodgeboren eenlingen
Meerlingen: 566 bevallingen	
	539 bevallingen van levende tweelingen
	8 bevallingen van tweelingen met 1 levend- en 1 doodgeboren kind
	5 bevallingen van doodgeboren tweelingen
	14 bevallingen van levende drielingen
Totaal:	24 516 bevallingen

In 2009 waren er 23 845 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 **30.9 jaar** (minimum: 14.5 jaar – maximum: 62.4 jaar), de mediaal leeftijd is **30.9 jaar** (p25: 27.2 jaar – p75: 34.7 jaar).

Bij primipara is de mediaal leeftijd **29.2 jaar** (p25: 25.4 jaar – p75: 32.8 jaar). De gemiddelde leeftijd is **29.2 jaar** (min.: 14.5 jaar – max.: 50.6 jaar).

Bij multipara is de mediaal leeftijd **32.3 jaar** (p25: 28.7 jaar – p75: 35.8 jaar). De gemiddelde leeftijd is **32.2 jaar** (min.: 16.1 jaar – max.: 62.4 jaar).

Er is 4 bevalling onder de leeftijd van 15 jaar (0.02 % van de bevallingen) en 117 onder de leeftijd van 18 jaar (0.5 % van de bevallingen).

Vergelijkende gegevens	
Vlaanderen 2010 (1):	
Gemiddelde leeftijd primipara:	28.3 jaar
Gemiddelde leeftijd multipara:	31.1 jaar
Wallonië 2010 (2):	
Gemiddelde leeftijd:	29.4 jaar
Gemiddelde leeftijd primipara:	27.3 jaar
Gemiddelde leeftijd multipara:	31.1 jaar
Brussel 2009 (3):	
Gemiddelde leeftijd:	30.7 jaar
Gemiddelde leeftijd primipara:	29.0 jaar
Gemiddelde leeftijd multipara:	32.1 jaar

2 geboortedata van de moeder konden niet 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).

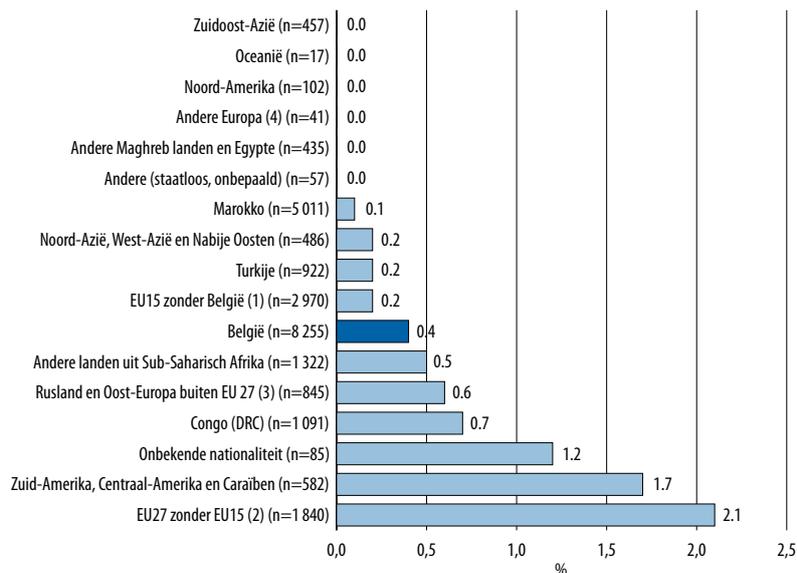
Tabel 3: Spreiding van de moeders naargelang de leeftijd bij de bevalling (N=24516), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens	
Leeftijd (jaar)	Aantal bevallingen	%	Wallonië 2010 (2) %	Vlaanderen 2010 (1) %
10-14	4	0.0	0.0	1.8
15-19	479	2.0	3.8	
20-24	3 198	13.0	17.5	13.3
25-29	6 989	28.5	34.0	37.2
30-34	8 164	33.3	28.7	33.3
35-39	4 523	18.5	13.2	12.0
40-44	1 093	4.5	2.7	2.2
45-49	58	0.2	0.1	0.1
≥ 50	6	0.0	0.0	
Onbekend	2	0.0	0.0	0.0

Het aantal moeders <18 jaar bedraagt 117 (0.5 %). 34 (29.3 %) zijn van Belgische oorsprong.

Het aandeel moeders jonger dan 20 jaar bij de bevalling bedraagt **2.0 %**.

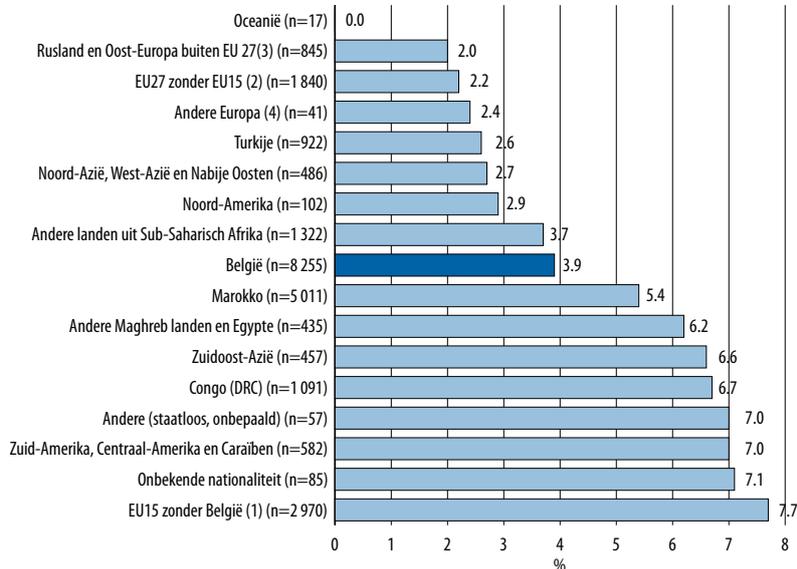
Daar tegenover bedraagt het aandeel moeders van 35 jaar en ouder **23.2 %**. Van de moeders van 35 jaar en ouder zijn **28.6 %** primipara (voor het eerst bevallen) en **18.6 %** grote multipara (voor de vierde keer of meer bevallen).

Het aandeel moeders van 45 jaar en ouder bedraagt **0.3 %**. 15 (24.2 %) hebben de oorspronkelijke Belgische nationaliteit, 11 (17.7 %) zijn afkomstig uit het Europa van de 15 (België niet meegerekend) en 15 (24.2 %) hebben de oorspronkelijke Marokkaanse nationaliteit.



Figuur 1: Aantal bevallingen onder de leeftijd van 18 jaar naar oorspronkelijke nationaliteit (N=24 518), Brusselse Gewest, 2010

- 1 EU15 zonder België:** Duitsland, Oostenrijk, Denemarken, Spanje, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Groothertogdom Luxemburg, Nederland, Portugal, Verenigd Koninkrijk, Zweden.
- 2 EU27 zonder EU15:** Bulgarije, Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Tsjechië, Roemenië, Slovenië, Slowakije.
- 3 Rusland en Oost-Europa buiten de EU27:** Albanië, Rusland/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=24 518), Brusselse Gewest, 2010

- 1 EU15 zonder België:** Duitsland, Oostenrijk, Denemarken, Spanje, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Groothertogdom Luxemburg, Nederland, Portugal, Verenigd Koninkrijk, Zweden.
- 2 EU27 zonder EU15:** Bulgarije, Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Tsjechië, Roemenië, Slovenië, Slowakije.
- 3 Rusland en Oost-Europa buiten de EU27:** Albanië, Rusland/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, Brusselse Gewest, 2010				
Nationaliteit	Oorspronkelijke nationaliteit (N=24 443)		Huidige nationaliteit (N=24 462)	
	Aantal	%	Aantal	%
België	8 254	33.8	13 658	55.8
EU 15 zonder België	2 970	12.2	2 813	11.5
EU 27 zonder EU 15	1 840	7.5	1 802	7.4
Rusland en Oost-Europa buiten EU 27	845	3.5	582	2.4
Andere Europa	41	0.2	31	0.1
Turkije	922	3.8	382	1.6
Marokko	5 011	20.5	2 214	9.1
Andere Maghreb landen en Egypte	435	1.8	242	1.0
Congo (DRC)	1 091	4.5	594	2.4
Andere landen uit Sub-Saharisch Afrika	1 322	5.4	957	3.9
Noord-Amerika	104	0.4	94	0.4
Zuid-Amerika, Centraal-Amerika en Caraïben	582	2.4	438	1.8
Noord-Azië, West-Azië en Nabije Oosten	495	2.0	302	1.2
Zuidoost-Azië	457	1.9	309	1.3
Oceanië	17	0.1	16	0.1
Andere (staatloos, onbepaald)	57	0.2	28	0.1

De oorspronkelijke nationaliteit van 85 moeders en de huidige nationaliteit van 57 moeders konden niet verkregen worden. De percentages van tabel 4 werden berekend op het totaal van de bekende gegevens.

We stellen vast dat **44.2 %** van de moeders niet Belgisch zijn op het moment van de bevalling.

Bovendien is **66.2 %** 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 (20.5 %), Congolees (4.4 %), Frans (4.1 %) en Turks (3.8 %). 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=24 505), Brusselse Gewest, 2010		
Verblijfplaats	Aantal	%
Brussel	18 469	75.4
Totaal Vlaanderen:	3 928	16.0
Oost-Vlaanderen	284	1.2
West-Vlaanderen	17	0.1
Limburg	31	0.1
Antwerpen	203	0.8
Vlaams-Brabant	3 393	13.8
Totaal Wallonië:	1 885	7.7
Henegouwen	466	1.9
Luik	88	0.4
Luxemburg	37	0.2
Namen	132	0.5
Waals-Brabant	1 162	4.7
Totaal grenslanden:	63	0.3
Frankrijk	38	0.2
Duitsland	8	0.0
Luxemburg	9	0.0
Nederland	8	0.0
Andere landen	150	0.6
Bijzondere gevallen (geen vast adres in België, geschrappt, enz.)	10	0.0

11 verblijfplaatsen konden niet verkregen worden.

5.3.1.4 OPLEIDING

Tabel 6: Opleidingsniveau van de moeder bij de bevalling (N=22 468), Brusselse Gewest, 2010		
Opleidingstype	Aantal	%
Geen opleiding	420	1.9
Lager onderwijs	2 100	9.3
Lager middelbaar	2 495	11.1
Hoger middelbaar	8 349	37.2
Hoger van het korte type	3 857	17.2
Hoger van het lange type of universitair	5 227	23.3
Andere (speciaal, lopende studies, in het buitenland)	20	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: 2049 ontbrekende antwoorden (8.4 %). Dit gegeven wordt minder goed geregistreerd bij een doodgeboren kind, waar 35.2 % van de gegevens dit jaar ontbreken, dat is minder dan in 2009 (74.0 %). Het aantal ontbrekende gegevens voor sterfgevallen ligt hoog in 2010. 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 cremieren 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, Brusselse Gewest, 2010				
Beroepssituatie	Aangegeven vader (N=22 635)		Moeder (N=24 201)	
	Aantal	%	Aantal	%
Actief	17 814	78.7	12 804	52.9
Werkloos	1 362	6.0	2 248	9.3
Zonder beroep	3 295	14.6	8 815	36.4
Gepensioneerd	24	0.1	5	0.0
Student(e)	140	0.6	329	1.4

Dit gegeven was niet vermeld op het geboorteformulier voor **418 vaders** (1.7 % van de bevallingen) en **258 moeders** (1.1 % van de bevallingen). De waarden werden berekend op het totale aantal gekende gegevens. Bovendien deden **1389 vaders** geen aangifte bij de burgerlijke stand (**5.7 %** 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 **15.4 %** 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 2010 (5) spreekt over 7.3 % 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=24 399), Brusselse Gewest, 2010		
Burgerlijke staat en gezinstoestand	Aantal	%
Ongehuwd en alleenwonend	2 878	11.8
Ongehuwd en samenwonend	4 887	20.0
Gehuwd samenwonend	15 269	62.6
Gehuwd en alleenwonend	418	1.7
Weduwe, gescheiden, gescheiden van tafel en bed, samenwonend	469	1.9
Weduwe, gescheiden, gescheiden van tafel en bed, alleenwonend	478	2.0

De burgerlijke staat ontbrak in 0.3 % 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 **30.9 jaar**. De gemiddelde leeftijd van een moeder die in het Brusselse Gewest beviel van haar eerste kind is **29.2 jaar**. **40.5 %** van de moeders die bevallen in het Brusselse Gewest deden hogere studies en **52.8 %** zijn professioneel actief. Van de vaders is **78.8 %** professioneel actief. Gemiddeld **66.2 %** van de pasgeborenen hebben een moeder van niet-Belgische oorsprong. De meerderheid is van Marokkaanse, Congolese, Franse en Turkse afkomst. Ten slotte verklaart **15.4 %** van de moeders alleen te leven en **5.7 %** van de vaders worden niet aangegeven bij de bevalling.

5.3.2 BIOMEDISCHE EIGENSCHAPPEN VAN DE MOEDER

5.3.2.1 PARITEIT

Aantal primipara: **44.2 %**. Er zijn 54 ontbrekende gegevens (0.2 %).

Tabel 9: Verdeling pariteit naar bevalling (N=24 462), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens	
Pariteit	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %	Aantal primipara:
1	10 800	44.2	45.5	Vlaanderen 2010 (1): 45.9 % Wallonië 2010 (2): 44.6 %
2	7 621	31.2	31.9	
3	3 891	16.0	14.6	
4	1 462	6.0	5.3	
5	470	1.9	1.8	
6	142	0.6	0.7	
7	46	0.2	0.1	
8	18	0.1	0.1	
9	8	0.0	0.0	
10	3	0.0	0.0	
11	1	0.0	0.0	

Het aantal grote multipara (4de bevalling of meer) bedraagt 2 150 (**8.8 %**). 218 patiënten hebben in de voorgeschiedenis minstens 1 doodgeboren kind (0.9 % van de bevallingen).

Tabel 10: Beroepstoestand en pariteit (N=24 146), Brusselse Gewest, 2010								
Pariteit	Actief		Studente		Werkloos		Zonder beroep	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1	6 087	57.0	248	2.3	914	8.6	3 399	31.8
2-3	5 985	52.5	74	0.6	1 078	9.4	4 245	37.2
4+	712	33.5	7	0.3	253	11.9	1 144	53.8

5.3.2.2 HIV-STATUS

Tabel 11: HIV-status van de patiënten bij de bevalling (N=22 062), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
HIV-status	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Positief	102	0.5	0.5
Negatief	21 769	98.7	91.7
Weet niet	167	0.8	1.2
Niet getest	24	0.1	6.6

De gegevens konden niet verkregen worden voor 2454 bevallingen (10.0 %). Dit hoge aandeel onbekende gegevens is te wijten aan het feit dat een Brusselse materniteit dit gegeven niet verzamelt.

Bij de 102 bevallingen met een positieve HIV-status, werden 106 kinderen geboren, waarvan 2 doodgeboren, 1 kind overleden in de eerste week na de geboorte en 1 kind overleden na 28 dagen.

Tabel 12: Ontstaan van de zwangerschap bij HIV-seropositieve moeders (N=102), Brusselse Gewest, 2010		
Soort ontstaan	Aantal	%
Spontaan	94	92.2
Begeleide voortplanting (buiten inseminatie zonder behandeling)	5	4.9
Niet gevraagd of onbekend	3	2.9

5.3.2.3 GEWICHT BIJ HET BEGIN EN EINDE VAN DE ZWANGERSCHAP EN LENGTE

Tabel 13: Beschrijving van het gewicht en de lengte van de patiënten, Brusselse Gewest, 2010	
Begingewicht: N=21 122	Gemiddelde 65 kg (min: 33 ; max: 170)
	Mediaan 63 kg (p25: 56 ; p75: 72)
Het gegeven ontbreekt voor 13.8 % van de bevallingen	
Lengte van de moeder: N=20 999	Gemiddelde 165 cm (min: 130 ; max: 198)
	Mediaan 165 cm (p25: 160 ; p75: 170)
Het gegeven ontbreekt voor 14.3 % 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 32.8 %. 10.5 % zijn obese (BMI ≥ 30 kg/m²) en het aandeel patiënten met morbide obesitas (BMI ≥ 40 kg/m²) bedraagt 0.9 %.

Het aandeel patiënten, ouder dan 18 jaar met ondergewicht (BMI < 18.5 kg/m²) bij het begin van de zwangerschap bedraagt 5.7 %.

De BMI is niet bekend voor 4 384 bevallingen (17.9 % van de bevallingen).

De Belgische Gezondheidsenquête die in 2008 werd gepubliceerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (6) maakt gewag van een gemiddelde BMI in het Brussels Gewest van 24.7 kg/m². Op het totaal van de geregistreerde vrouwen hebben 27.9 % van hen een BMI ≥ 25 en 11.9 % een BMI ≥ 30 kg/m².

Voor vrouwen tussen 18 en 24 jaar hebben 13.8 % van hen een BMI ≥ 25 kg/m² ; tussen 25 en 34 jaar: 23.9 % ; tussen 35 en 44 jaar: 27.1 % ; tussen 45 en 54 jaar: 30.2 %.

Tabel 14: Verdeling patiënten ≥ 18 jaar met BMI ≥ 30 kg/m ² naar leeftijd van de moeder (N=20 059), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
Leeftijd (jaar)	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
18-19 (n=289)	18	6.2	6.4
20-29 (n=8 298)	821	9.9	10.2
30-39 (n=10 516)	1 100	10.5	10.3
40-49 (n=952)	163	17.1	15.1
50+ (n=4)	2	50.0	75.0

Tabel 15: Verdeling patiënten met BMI ≥ 25 kg/m ² naar leeftijd van de moeder en pariteit (N=20 048), Brusselse Gewest, 2010				
Leeftijd (jaar)	Primipara (N=8 856)		Multipara (N=11 192)	
	Aantal	%	Aantal	%
18-19 (n=289)	69	27.3	9	25.0
20-29 (n=8 297)	1 237	26.3	1 424	39.6
30-39 (n=10 506)	897	24.5	2 522	36.8
40-49 (n=952)	81	33.2	338	47.7
50+ (n=4)	1	50.0	1	50.0

Tabel 16: Gemiddelde gewichtstoename volgens de BMI bij moeders van 18 jaar en ouder (N=18 910), Brusselse Gewest, 2010	
BMI (kg/m ²)	Prise de poids moyen (sd)
< 18.5 (n=1 061)	13.4 (5.1)
18.5-24.9 (n=11 624)	13.4 (5.2)
25.0-29.9 (n=4 238)	11.7 (6.1)
30.0-39.9 (n=1 817)	9.4 (7.1)
40.0 en meer (n=170)	5.8 (8.0)

De aanbevelingen omtrent gewichtstoename gedurende de zwangerschap, gepubliceerd in het rapport "Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines" in 2009 (7), zijn van 12.7 tot 18.1 kg voor de moeders met een BMI < 18.5 kg/m², van 11.3 tot 15.9 kg voor de moeders met een BMI van 18.5 tot 24.9 kg/m², van 6.8 tot 11.3 kg voor de moeders met een BMI van 25 tot 29.9 kg/m² en van 5.0 tot 9.1 kg voor de moeders met een BMI ≥ 30 kg/m².

5.3.2.4 HYPERTENSIE EN DIABETES

Tabel 17: Verdeling hypertensie naar bevalling (N=24 382), Brusselse Gewest, 2010				Vergelijkende gegevens
Pariteit		Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Primipara (n=10 755)	ja	612	5.7	5.6
	nee	10 143	94.3	94.4
Multipara (n=13 608)	ja	481	3.5	4.1
	nee	13 127	96.5	95.9
Totaal (n=24 382)	ja	1 093	4.5	4.8
	nee	23 289	95.5	95.2

Tabel 18: Verdeling diabetes naar bevalling (N=23 979), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
Diabetes	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Ja	1 402	5.8	5.0
Nee	22 577	94.2	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. Het verzamelen van deze gegevens blijkt op die manier beter te verlopen, aangezien de waarden voor hypertensie en diabetes in 2008 respectievelijk slechts 3.3 en 3.2 % bedroegen en in 2009 4.8 en 5.0 % in 2009. In het Waals Gewest stelt men een gelijkaardige toename vast in 2010.

5.3.2.5 ONTSTAAN VAN DE ZWANGERSCHAP

Tabel 19: Ontstaan van de zwangerschap naar bevalling (N=24 116), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens		
Soort ontstaan	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %	Wallonië 2010 (2) %	Vlaanderen 2010 (1) %
Spontaan	21 539	89.3	86.2	93.3	91.1
Hormonale behandeling	247	1.0	0.9	0.9	2.1
ICSI	251	1.0	1.0	0.2	1.4
IVF	562	2.3	2.3	2.9	2.1
Niet gevraagd	1 517	6.3	9.5	2.7	3.2

Dit gegeven is niet ingevuld bij **1.6 %** van de bevallingen. Het gegeven is onbekend of niet gevraagd bij **7.9 %** van de eenlingen en **3.9 %** 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 20: Verdeling meerlingen naar ontstaan van de zwangerschap (N=24 116), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
Soort ontstaan	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Spontaan (n=21 539)	369	1.7	1.6
Begeleide voortplanting (n=1060)	175	16.5	17.0
Niet gevraagd (n=1517)	20	1.3	1.0

We merken op dat 65.4 % van de meerlingzwangerschappen spontaan zijn, terwijl 31.0 % 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 21: Aantal doodgeboren kinderen naar ontstaan van de zwangerschap bij eenlingen (N=23 553), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
Soort ontstaan	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Spontaan (n=21 171)	136	0.6	0.8
Begeleide voortplanting (n=885)	15	1.7	1.1
Niet gevraagd (n=1 497)	40	2.7	0.3

Tabel 22: Aantal meerlingen naar ontstaan van de zwangerschap en leeftijd (N=22 599), Brusselse Gewest, 2010					
Spontaan (N=21 539)			Begeleide voortplanting (N=1 060)		
Leeftijd (jaar)	Aantal meerlingen	%	Leeftijd (jaar)	Aantal meerlingen	%
<20 (n=445)	3	0.7	<20 (n=3)	1	33.3
20-29 (n=9 183)	127	1.4	20-29 (n=199)	30	15.1
30-39 (n=10 971)	222	2.0	30-39 (n=718)	129	18.0
40-49 (n=936)	17	1.8	40-49 (n=138)	14	10.1
50+ (n=4)	0	0.0	50+ (n=2)	1	50.0

Tabel 23: Ontstaan van de zwangerschap naar leeftijd van de moeder (N=24 117), Brusselse Gewest, 2010							
Eenlingen (N=23 553)				Meerlingen (N=564)			
Leeftijd (jaar)	Spontaan %	Begeleide voortplanting %	Niet gevraagd %	Leeftijd (jaar)	Spontaan %	Begeleide voortplanting %	Niet gevraagd %
<20 (n=475)	93.1	0.0	6.9	<20 (n=4)	75.0	25.0	0.0
20-29 (n=9 866)	91.8	1.7	6.5	20-29 (n=162)	78.4	18.5	3.1
30-39 (n=12 102)	88.8	4.9	6.3	30-39 (n=364)	61.0	35.4	3.6
40-49 (n=1 105)	83.2	11.2	5.6	40-49 (n=33)	51.5	42.4	6.1
50+ (n=5)	80.0	20.0	0.0	50+ (n=1)	0.0	100.0	0.0

Tabel 24: Ontstaan van de zwangerschap naar nationaliteit van de moeder (N=24 040), Brusselse Gewest, 2010		
Nationaliteit	Spontaan %	Begeleide voortplanting %
België (n=8 135)	88.3	6.0
Europa min België (n=4 732)	87.7	4.8
Turkije (n=903)	92.9	4.0
Maghreb en Egypte (n=5 361)	92.1	2.4
Sub-Saharisch Afrika (n=1 294)	90.4	3.4
Andere (n=3 615)	89.1	3.7

Tabel 25: Ontstaan van de zwangerschap naar BMI bij moeders van 18 jaar en ouder (N=19 974), Brusselse Gewest, 2010		
BMI (kg/m ²)	Spontaan %	Begeleide voortplanting %
< 18.5 (n=1 129)	89.9	5.1
18.5-24.9 (n=12 286)	91.2	4.8
25.0-29.9 (n=4 464)	91.6	4.4
30.0-39.9 (n=1 915)	90.7	5.6
40.0 en meer (n=180)	86.1	7.2

5.4 EIGENSCHAPPEN VAN DE BEVALLING

5.4.1 LIGGING VAN HET KIND BIJ DE GEBOORTE

Tabel 26: Ligging van levende eenlingen (N=23 678), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
Ligging	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Achterhoofdsligging	21 658	91.4	92.6
Andere hoofdsligging	942	4.0	3.4
Sluitligging	973	4.1	3.7
Dwarsligging	105	0.4	0.4

Van levende eenlingen is bij 45 kinderen de ligging onbekend (0.2 %).

Tabel 27: Ligging van doodgeboren eenlingen (N=197), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
Ligging	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Achterhoofdsligging	132	67.2	56.5
Andere hoofdsligging	11	5.6	5.2
Sluitligging	48	24.2	25.9
Dwarsligging	6	3.0	3.6

Bij de doodgeboren eenlingen zijn 6 liggingen onbekend (3.0 %).

Tabel 28: Sluitligging naar pariteit voor levende eenlingen \geq 37 weken (N=22 095), Brusselse Gewest, 2010		
Pariteit	Aantal	%
1 (n=9 647)	439	4.6
2 (n=6 942)	209	3.0
3 (n=3 575)	92	2.6
4 en meer (n=1 931)	44	2.3

Tabel 29: Sluitligging naar leeftijd van de primipara bij levende eenlingen \geq 37 weken (N=9 640), Brusselse Gewest, 2010		
Leeftijd (jaar)	Aantal	%
<20 (n=381)	7	1.8
20-29 (n=5 164)	183	3.5
30-39 (n=3 853)	231	6.0
40-49 (n=242)	18	7.4

Tabel 30: Sluitligging naar nationaliteit van de primipara bij levende eenlingen ≥ 37 weken (N=9 647), Brusselse Gewest, 2010

Nationaliteit	Aantal	%
België (n=3 522)	196	5.6
Europa min België (n=2 191)	110	5.0
Turkije (n=293)	12	4.1
Maghreb en Egypte (n=1 803)	57	3.2
Sub-Saharisch Afrika (n=458)	11	2.4
Andere (n=1 380)	48	3.5

Tabel 31: Sluitligging naar BMI van de primipara ≥ 18 jaar bij levende eenlingen ≥ 37 weken (N=8 005), Brusselse Gewest, 2010

BMI (kg/m ²)	Aantal	%
< 18.5 (n=544)	33	6.1
18.6-24.9 (n=5 427)	242	4.5
25.0-29.9 (n=1 485)	60	4.0
30.0-39.9 (n=504)	22	4.4
40.0 en meer (n=45)	2	4.4

5.4.2 FOETALE BEWAKING

Tabel 32: Foetale bewaking voor levend geboren kinderen (geplande keizersneden niet meegerekend) (N=20 621), Brusselse Gewest, 2010

Monitoring	Aantal	%	Vergelijkende gegevens
			Brussel 2009 (3) %
Uitsluitend cardiotocogram (CTG)	17 937	87.0	85.3
STAN-monitor*	2 340	11.3	10.3
CTG + Microbloedonderzoek	75	0.4	2.3
Uitsluitend intermittente auscultatie	74	0.4	0.3
CTG + intermittente auscultatie	19	0.0	0.2
Geen monitoring	176	0.9	1.7

* waarvan 35 met microbloedonderzoek

Onder de levend geboren kinderen ≥ 37 weken (geplande keizersneden niet inbegrepen), is het soort bewaking voor 88 geboorten onbekend.

Bij de levende vldragen eenlingen werd in 23.9 % van de gevallen een sectio uitgevoerd na het plaatsen van een STAN terwijl de sectio in 16.2 % van de gevallen werd uitgevoerd na het plaatsen van uitsluitend CTG.

Wat betreft de instrumentele verlossingen, werd in 20.3 % van de gevallen een vacuümextractie of forceps geplaatst na foetale bewaking met STAN, tegenover 7.5 % na foetale bewaking met uitsluitend CTG.

5.4.3 BEVALLING VIA SECTIO

5.4.3.1 PREVALENTIE

De globale prevalentie bedraagt **19.2** voor 100 bevallingen, en **18.2 %** en **59.5 %** voor respectievelijk de één- en meerlingen.

Voor de geplande sectio bedraagt de prevalentie 9.2 voor 100 bevallingen en 10.0 % voor niet geplande keizersneden.

De gegevens over dit soort bevallingen en ontbreken voor 74 bevallingen (**0.3 %**).

13 keizersneden bij meerlingzwangerschappen werden uitgevoerd tijdens de bevalling, en dit voor het tweede kind (2.4 % van de tweelingen). We benaderen dus de waarden van de Verenigde Staten en Canada (meer dan 3 %), waar grote extractie niet wordt aanbevolen. Bovendien liggen deze waarden ver boven de Franse (van 0 tot 0.5 %) waar deze benadering sterk verspreid is (10).

Vergelijkende gegevens

Prevalentie:

Vlaanderen 2010 (1):	19.4 %
Wallonië 2010 (2):	20.2 %
Brussel 2009 (3):	18.0 %

Euro-Peristat (4) beveelt aan om het aandeel keizersneden te berekenen op het totale aantal geboorten.

We verkrijgen dus 20.1 keizersneden voor 100 geboorten.

Het aandeel keizersneden ligt hoog in het Brusselse Gewest, maar verschilt sterk van materniteit tot materniteit (14.9 tot 27.2 %). Toch is de waarde lager dan in de andere gewesten van het land.

5.4.3.2 VORIGE KEIZERSNEDE

19.1 % van de multipara onderging reeds een keizersnede. Daarbij gaat het in iets meer dan een derde van de gevallen om vaginale bevallingen en in iets minder dan twee derde van de gevallen om keizersneden.

Tabel 33: Verdeling multipara volgens de vorige keizersnede per geboorte (N=13 981), Brusselse Gewest, 2010

Vorige keizersnede	Vaginale bevallingen		Keizersneden	
	Aantal multipara	%	Aantal multipara	%
Ja (n=2 638)	950	35.7	1 688	63.5
Nee (n=11 164)	10 235	91.7	929	8.3
Onbekend (n=179)	165	92.2	14	7.8

5.4.3.3 KEIZERSNEDE EN RISICOFACTOREN

Tabel 34: Verdeling keizersneden naar ligging voor levende eenlingen (N=23 703), Brusselse Gewest, 2010

Ligging	Aantal	%
Achterhoofdsligging (n=21 659)	2 962	13.7
Andere hoofdsligging (n=942)	384	40.8
Sluitligging (n=973)	863	88.7
Dwarsligging (n= 105)	105	100
Onbekend (n=24)	22	91.7

Vergelijkende gegevens

Brussel 2009 (3) %

13.5

32.7

86.1

98.8

48.0

Tabel 35: Verdeling keizersneden voor levende eenlingen in sluitligging naar zwangerschapsleeftijd bij de primipara (N=545), Brusselse Gewest, 2010

Zwangerschapsleeftijd (weken)	Aantal	%
< 28 (n=16)	13	81.2
28-31 (n=24)	21	87.5
32-36 (n=66)	62	93.9
≥ 37 (n=439)	417	95.0

Vergelijkende gegevens

Brussel 2009 (3) %

85.7

92.3

83.3

92.5

Tabel 36: Verdeling keizersneden voor levende eenlingen in sluitligging naar zwangerschapsleeftijd bij de multipara (N=419), Brusselse Gewest, 2010						
Zwangerschapsleeftijd (weken)	Met vorige keizersnede(n) (N=147)			Zonder vorige keizersnede (N=272)		
	Totaal	Aantal	%	Totaal	Aantal	%
< 28	0	0	0.0	12	10	83.3
28-31	4	4	100.0	12	11	91.7
32-36	12	10	83.3	38	30	78.9
≥ 37	131	129	98.5	210	149	71.0

Tabel 37: Verdeling keizersneden en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara (N=9 397), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens	
Leeftijd (jaar)	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %	
10-14 (n=3)	1	33.3	100.0	
15-19 (n=401)	25	6.2	9.6	
20-24 (n=1 855)	237	12.8	10.8	
25-29 (n=3 230)	388	12.0	13.4	
30-34 (n=2 576)	373	14.5	15.1	
35-39 (n=1 096)	244	22.3	20.8	
40-44 (n=226)	77	34.1	32.1	
45-49 (n=10)	5	50.0	71.4	

Tabel 38: Verdeling keizersneden en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara (N=9 397), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens	
Nationaliteit	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %	
België (n=3 378)	415	12.3	13.1	
Europa min België (n=2 133)	277	13.0	12.4	
Turkije (n=290)	38	13.1	14.5	
Maghreb en Egypte (n=1 758)	273	15.5	14.3	
Sub-Saharisch Afrika (n=455)	132	29.0	26.9	
Andere (n=1 383)	215	15.5	15.9	

Tabel 39: Verdeling keizersneden naar BMI voor levende eenlingen in hoofdligging bij de primipara ≥ 18 jaar (N=7 720), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens	
BMI (kg/m ²)	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %	
< 18.5 (n=524)	61	11.6	10.3	
18.6-24.9 (n=5 227)	626	12.0	12.6	
25.0-29.9 (n=1 430)	260	18.2	18.8	
30.0-39.9 (n=492)	135	27.4	25.7	
40.0 en meer (n=47)	14	29.8	44.2	

5.4.3.4 INDICATIES VAN KEIZERSNEDE

Het totale aantal keizersneden bedraagt 4.705. 20 indicaties konden niet verkregen worden (0.4 %), alleen voor zwangerschappen van eenlingen.

Voor 13 doodgeboren verklaarde eenlingen werd een keizersnede uitgevoerd: in vier 4 gevallen omwille van een pathologie van de placenta of van de moeder, in 3 gevallen omwille van foetaal lijden, in 2 gevallen omwille van voorgaande keizersnede, in 2 gevallen omwille van dystocie en in 1 geval omwille van een gescheurde baarmoeder. Eén indicatie ontbreekt.

De indicaties van keizersneden voor meerlingen worden apart voorgesteld (Tabel 41). De indicatie van keizersnede voor de 14 drielingen was in alle gevallen de drieling zelf. Voor 2 zwangerschappen werd een bijkomende indicatie opgegeven, respectievelijk foetaal lijden en voorgaande keizersnede.

Tabel 40: Indicaties van keizersnede voor levende eenlingen (N=4 323), Brusselse Gewest, 2010

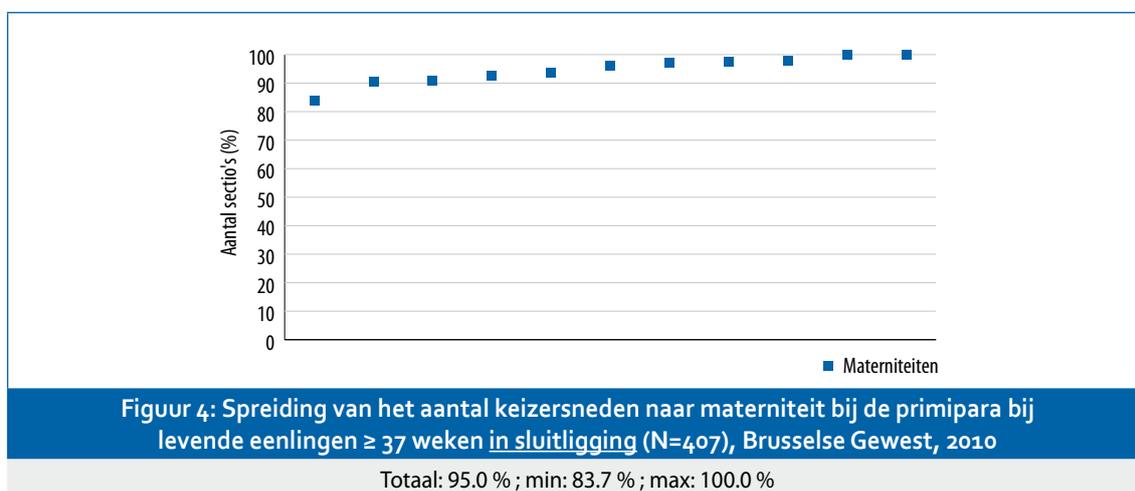
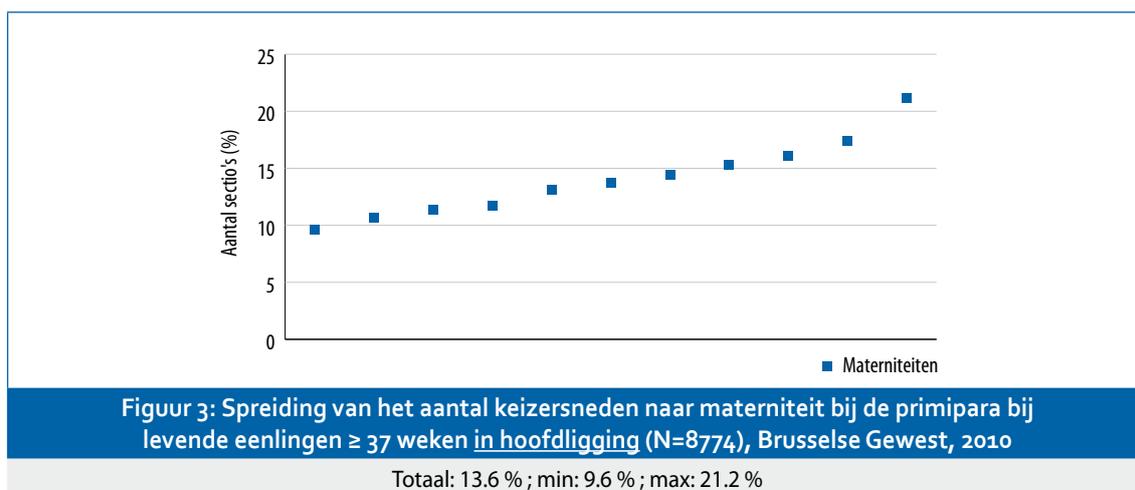
	Aantal	%
Voorafgaande keizersnede en littekenuterus: TOTAAL	1 116	25.8
Vorige keizersnede	970	22.4
≥ 2 maal sectio	106	2.5
Voorschiedenis uterotomie (zonder sectio)	24	0.6
Keizersnede en vermoeden uterusruptuur	3	0.1
Vorige keizersnede en uterusruptuur	13	0.3
Liggingsafwijking: TOTAAL	812	18.8
Sluitligging	635	14.7
Dwarsligging	69	1.6
Aangezicht of voorhoofd	19	0.4
Liggingsafwijking en vorige keizersnede	89	2.1
Dysproportie, niet in arbeid: TOTAAL	176	4.1
Dysproportie, niet in arbeid	163	3.8
Falen van inductie	13	0.3
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting: TOTAAL	505	11.7
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting	455	10.5
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting en vorige keizersnede	48	1.1
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting en sluitligging	2	0.0
Dysproportie en niet vorderende op volledige ontsluiting: TOTAAL	144	3.3
Dysproportie en niet vorderende arbeid op volledige ontsluiting	111	2.6
Dysproportie en niet vorderende arbeid op volledige ontsluiting en vorige keizersnede	5	0.1
Falen van vacuümextractie/forceps	28	0.6
Ernstig foetaal lijden (EFL): TOTAAL	928	21.5
EFL	734	17.0
EFL en dysproportie en niet vorderende arbeid op volledige ontsluiting	36	0.8
EFL en dysproportie en niet vorderende ontsluiting	129	3.0
EFL en maternale pathologie	18	0.4
Foetale pathologie	11	0.3
Maternale pathologie: TOTAAL	341	7.9
Hypertensie/Preeclampsie/Eclampsie	19	0.4
Maternale pathologie zonder nadere toelichting	267	6.2
Maternale pathologie zonder nadere toelichting en vorige keizersnede	47	1.1
Chorioamnionitis	8	1.8
Placentair: TOTAAL	199	4.6
Placentair zonder nadere toelichting	183	4.2
Placenta abruptio	6	0.1
Praevia	10	0.2
Op vraag van patiënte: TOTAAL	56	1.3
Op vraag van patiënte en sluitligging	6	0.1
Op vraag van patiënte en vorige keizersnede	25	0.6
Op vraag van patiënte zonder nadere toelichting	25	0.6
Andere: TOTAAL	46	1.1
Navelstrengprolaps	15	0.3
Abdominale cerclage	9	0.2
Intra-uteriene groeiretardatie	8	0.2
Myoom praevia	5	0.1
Baarmoeder afwijking	5	0.1
Morbide obesitas	1	0.0
Afbinden van eileiders	1	0.0
Maternale hartstilstand	1	0.0
Maternale Spina bifida	1	0.0

Tabel 41: Indicaties van keizersnede voor levende en doodgeboren meerlingen (N=335), Brusselse Gewest, 2010

	Aantal	%
Vorige keizersnede en littekenuterus	51	15.2
Liggingsafwijking	117	34.9
Dysproportie, niet in arbeid	3	0.9
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting	10	3.0
Dysproportie en niet vorderende op volledige ontsluiting	4	1.2
Ernstig foetaal lijden (EFL)	43	12.8
Maternale pathologie	18	5.4
Placentair	10	3.0
Op vraag van patiënte	5	1.5
Navelstrengprolaps	1	0.3
Meerlingzwangerschap zonder nadere toelichting	59	17.6
Foetaal overlijden	1	0.3
Eerste kind vaginaal bevallen, tweede kind via sectio voor liggingsafwijking of EFL	13	3.9

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.



5.4.4 INSTRUMENTELE VERLOSSING

Tabel 42: Aantal vacuümextracties en forceps per geboorte (N=25 021), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens		
	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %	Wallonië 2010 (2) %	Vlaanderen 2010 (1) %
Vacuümextracties	1 759	7.0	7.2	4.6	9.5
Forceps	293	1.2	1.3	2.5	0.6
Vacuümextracties en forceps	29	0.1	0.1	0.5	
Totaal vacuümextracties of forceps	2 081	8.3	8.6	7.6	10.1

Het gegeven omtrent de instrumentele verlossing ontbreekt voor 75 bevallingen (0.3 %).

5.4.5 INDUCTIE VAN DE BEVALLING

5.4.5.1 PREVALENTIE

Bij **27.9 %** van de zwangerschappen werd de baring ingeleid, meer bepaald:

- 27.8 % indien men enkel de voldragen levende eenlingen meetelt
- 28.8 % bij levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging
- 31.8 % bij levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging bij primipara
- 26.6 % bij levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging bij multipara

Vergelijkende gegevens

Inductie:

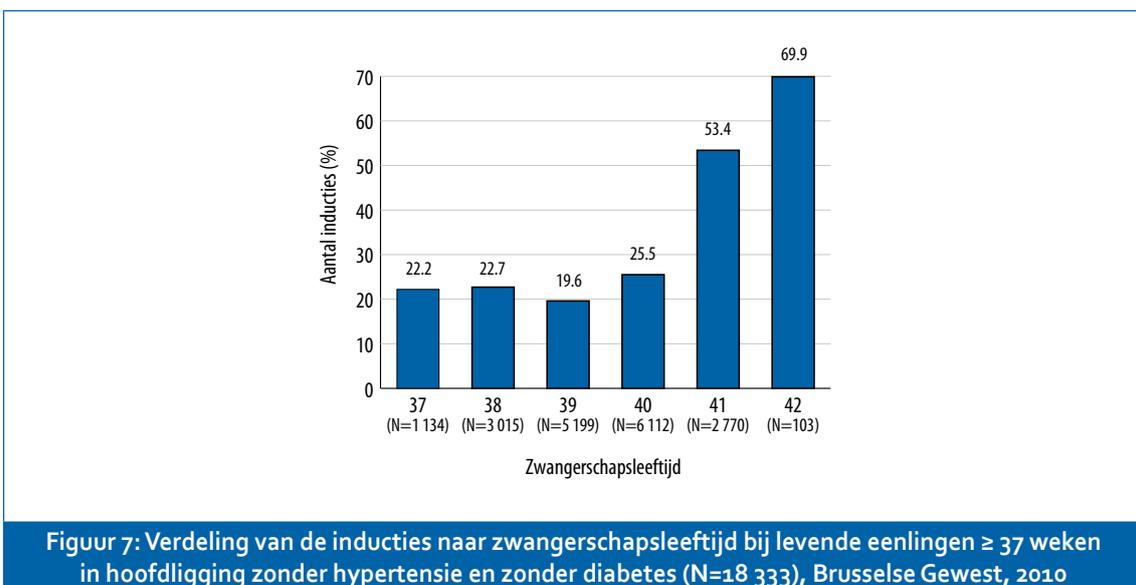
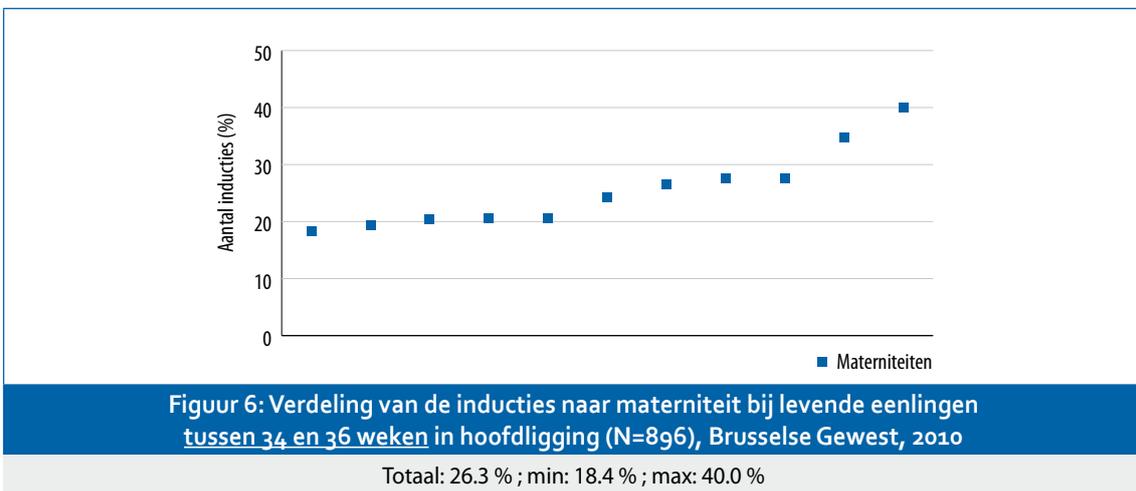
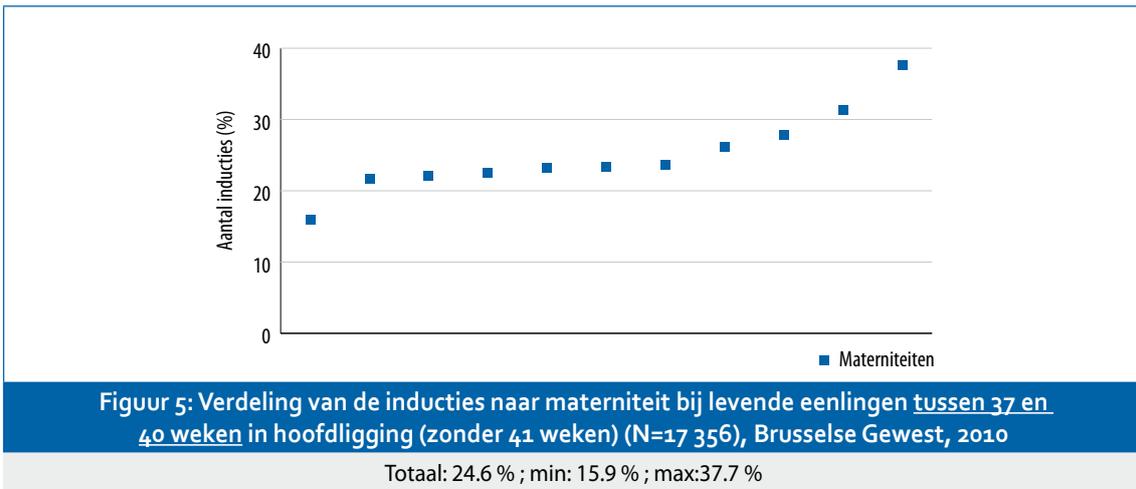
Vlaanderen 2010 (1):	23.8 %
Wallonië 2010 (2):	33.1 %
Brussel 2009 (3):	27.7 %

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 30.8 % inductie.

Het opgeven van inductie ontbreekt voor 36 bevallingen (0.1 %). De spreiding van de inductie van de baring varieert naargelang de materniteit van 22.2 % tot 37.3 %.

De geplande keizersneden niet inbegrepen, werden **30.8 %** van de baringen ingeleid.

5.4.5.2 INDUCTIE EN MATERNITEITEN



5.4.5.3 INDUCTIE EN KEIZERSNEDE

Tabel 43: Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging van ≥ 37 weken bij primipara (N=8 805), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
Inductie	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Inductie (n=2 816)	530	18.8	17.5
Geen inductie (n=5 989)	669	11.2	12.0
Totaal (n=8 805)	1 199	13.6	13.7

Tabel 44: Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij multipara zonder vorige keizersnede (N=9 519), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
Inductie	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Inductie (n=2 826)	93	3.3	3.2
Geen inductie (n=6 693)	188	2.8	2.8
<i>Waarvan: Sectio primair</i>		1.1	1.0
<i>Sectio secundair</i>		1.7	1.8
Totaal (n=9 519)	281	3.0	2.9

Het gegeven voor de inductie ontbreekt voor 1 keizersnede (0.01 %).

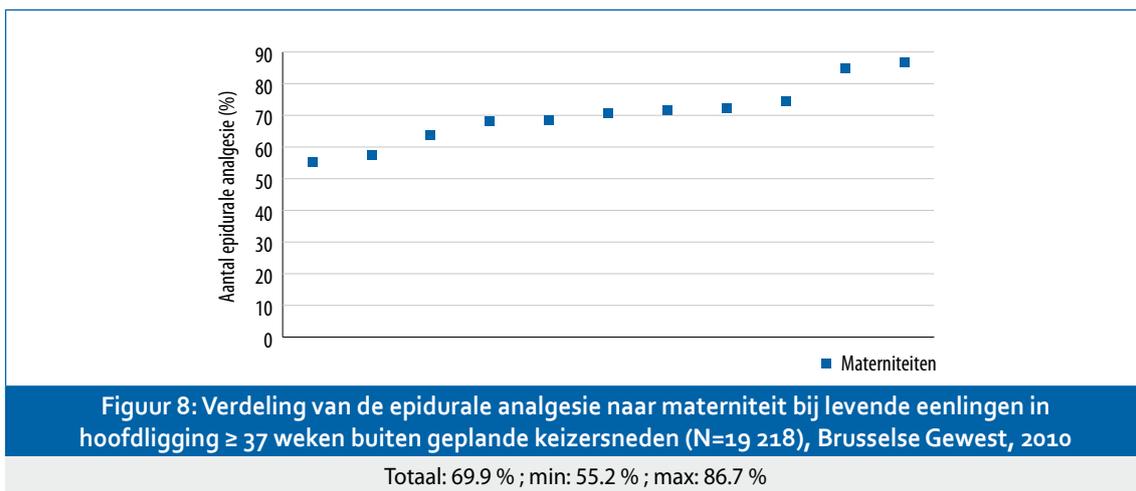
Tabel 45: Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij multipara met vorige keizersnede (N=2 005), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
Inductie	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Inductie (n=269)	69	25.7	26.1
Geen inductie (n=1 736)	1 094	63.0	62.5
<i>Waarvan: Sectio primair</i>		50.3	48.7
<i>Sectio secundair</i>		12.7	13.5
<i>Niet vermeld</i>		0.0	0.3
Totaal (n=2 005)	1 163	58.0	57.7

5.4.6 EPIDURALE ANALGESIE

15 719 bevallingen gebeurden met een epidurale verdoving (70.9 %) (geplande keizersneden niet inbegrepen) ; 81.1 % van de primipara en 62.5 % van de multipara maakte ervan gebruik. De informatie ontbreekt voor 20 bevallingen (0.1 %).

Indien we enkel de vaginale bevallingen beschouwen, stellen we 13 407 epidurales vast voor 19 703 bevallingen (68.1 %), en 0.1 % ontbrekende gegevens. Deze waarde schommelt van 53.6 % tot 85.8 % naargelang de materniteit.

Donnée comparative	
Epidurale analgesie:	
Vlaanderen 2010 (1):	67.7 %
Wallonië 2010 (2):	76.5 %
Brussel 2009 (3):	69.4 %



5.4.7 EPISIOTOMIE

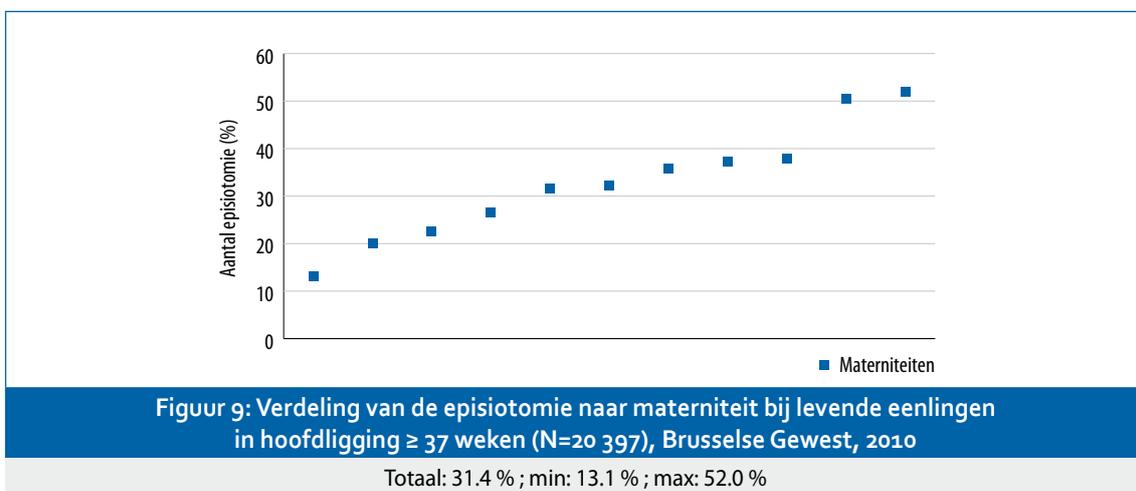
We tellen 7 123 episiotomieën voor 24 425 bevallingen (29.2 %) en 7 107 episiotomieën voor 19 708 vaginale bevallingen (36.1 %).

Deze informatie ontbreekt voor 42 vaginale bevallingen (0.2 %).

In 54.3 % beviel de primipara met episiotomie, tegenover 22.2 % voor de multipara (vaginale bevallingen).

Deze waarde schommelt van 11.8 % tot 48.9 % naargelang de materniteit, en van 14.4 % tot 64.7 % bij vaginale bevallingen.

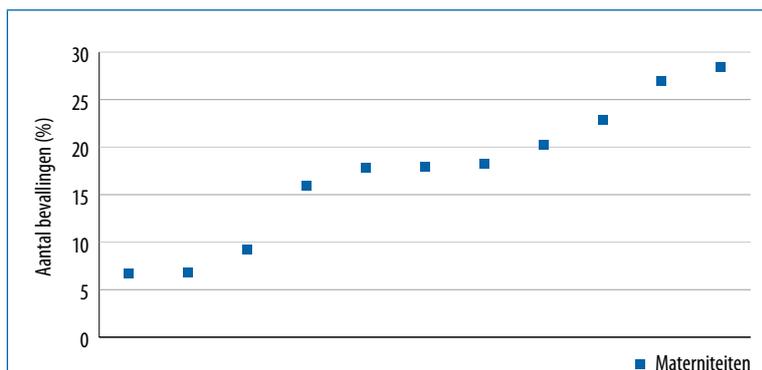
Vergelijkende gegevens	
Épisiotomie:	
Vlaanderen 2010 (1):	54.0 %
Wallonië 2010 (2):	36.3 %
Brussel 2009 (3):	31.2 %



5.4.8 BEVALLINGEN ZONDER OBSTETRICAL TUSSENKOMST

Het betreft bevallingen vanaf 37 weken, zonder instrumentatie, zonder inductie en zonder episiotomie.

We tellen **33.3 %** bevallingen zonder obstetricale tussenkomst en **15.4 %** bevallingen zonder obstetricale tussenkomst EN zonder epidurale analgesie.



Figuur 10: Verdeling fysiologische bevallingen zonder epidurale analgesie naar materniteit voor levende eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken, Brusselse Gewest, 2010

Totaal: 17.8 % ; min: 6.7 % ; max: 28.4 %

Tabel 46: Aantal fysiologische bevallingen van levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging bij primipara naar leeftijd van de moeder (N=8 748), Brusselse Gewest, 2010

Leeftijd (jaar)	Aantal	%
<20 (n=366)	145	39.6
20-29 (n=4 758)	1 317	27.7
30-39 (n=3 416)	778	22.8
40-49 (n=208)	36	17.3

Tabel 47: Aantal fysiologische bevallingen zonder epidurale analgesie voor levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging bij primipara naar leeftijd (N=8 748), Brusselse Gewest, 2010

Leeftijd (jaar)	Aantal	%
<20 (n=366)	42	11.5
20-29 (n=4 758)	399	8.4
30-39 (n=3 416)	271	7.9
40-49 (n=208)	13	6.3

Tabel 48: Aantal fysiologische bevallingen voor levende eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging bij primipara naar oorspronkelijke nationaliteit (N=8 749), Brusselse Gewest, 2010

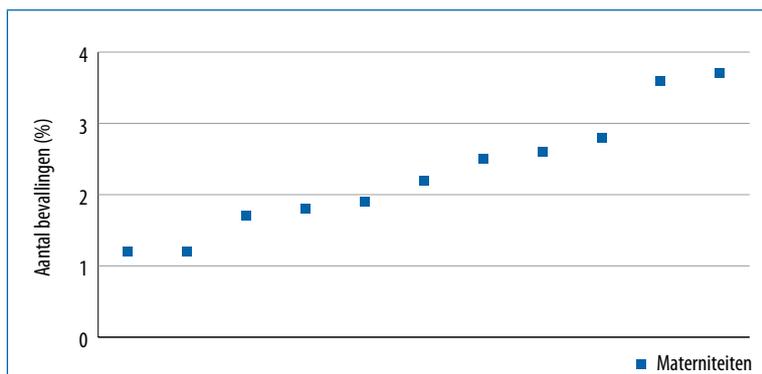
Nationaliteit	Aantal	%
België (n=3 132)	767	24.5
Europa min België (n=1 978)	543	27.5
Turkije (n=270)	60	22.2
Maghreb en Egypte (n=1 665)	424	25.5
Sub-Saharisch Afrika (n=424)	117	27.6
Andere (n=1 280)	335	26.2

Tabel 49: Aantal fysiologische bevallingen voor eenlingen \geq 37 weken in hoofdligging bij primipara \geq 18 jaar naar BMI (N=7 252), Brusselse Gewest, 2010

BMI (kg/m ²)	Aantal	%
< 18.5 (n=488)	117	24.0
18.6-24.9 (n=4 927)	1 292	26.2
25.0-29.9 (n=1 335)	321	24.0
30.0-39.9 (n=461)	87	18.9
40.0 en meer (n=41)	7	17.1

5.4.9 BEVALLINGEN MET OBSTETRICAL TUSSENKOMST

Het betreft bevallingen vanaf 37 weken, met inductie, epidurale, episiotomie en instrumentele verlossing (forceps en/of vacuümextractie).



Figuur 11: Verdeling bevallingen met inductie EN epidurale EN episiotomie EN instrumentele verlossing naar materniteit van levende eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken, Brusselse Gewest, 2010

Totaal: 2.3 % ; min: 1.2 % ; max: 3.7 %

Tabel 50: Verdeling bevallingen met inductie EN epidurale EN episiotomie EN instrumentele verlossing van levende voldragen eenlingen in hoofdligging bij primipara naar leeftijd van de moeder (N=8 748), Brusselse Gewest, 2010

Leeftijd (jaar)	Aantal	%
<20 (n=366)	10	2.7
20-29 (n=4 758)	187	3.9
30-39 (n=3 416)	180	5.3
40-49 (n=208)	13	6.3

Tabel 51: Verdeling bevallingen met inductie EN epidurale EN episiotomie EN instrumentele verlossing van levende voldragen eenlingen in hoofdligging bij primipara naar oorspronkelijke nationaliteit (N=8 749), Brusselse Gewest, 2010

Nationaliteit	Aantal	%
Belgique (n=3 132)	137	4.4
Europe moins Belgique (n=1 978)	90	4.6
Turquie (n=270)	11	4.1
Maghreb et Egypte (n=1 665)	81	4.9
Afrique subsaharienne (n=424)	13	3.1
Autres (n=1 280)	58	4.5

Tabel 52: Verdeling bevallingen met inductie EN epidurale EN episiotomie EN instrumentele verlossing van levende voldragen eenlingen in hoofdligging bij primipara naar van 18 jaar en ouder naar BMI (N=7 252), Brusselse Gewest, 2010

BMI (kg/m ²)	Aantal	%
< 18.5 (n=488)	22	4.5
18.6-24.9 (n=4 927)	229	4.7
25.0-29.9 (n=1 335)	72	5.4
30.0-39.9 (n=461)	20	4.3
40.0 en meer (n=41)	4	9.8

5.5 MEERLINGEN

Vergelijkende gegevens	
Meerlingen	
Vlaanderen 2010 (1):	1.9 %
Wallonië 2010 (2):	1.7 %
Brussel 2009 (3):	2.2 %

Tabel 53: Details van de meerlingzwangerschappen, Brusselse Gewest, 2010	
Tweelingzwangerschappen	
	539 bevallingen van 2 levende kinderen
	8 bevallingen met 1 levend- en 1 doodgeboren kind
	5 bevallingen van 2 doodgeboren kinderen
Drielingzwangerschappen	
	14 bevallingen van 3 levende kinderen

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 2010 **2.3 %**.

Er wordt opgemerkt dat 14 drielingzwangerschappen (0.05 % van de zwangerschappen) tot een geboorte leidden. 50.0 % onder hen waren het gevolg van ICSI of IVF.

De informatie over dit soort ontstaan van de zwangerschap ontbreekt voor geen enkele drielingzwangerschap; 5 drielingzwangerschappen boden zich dus spontaan aan (0.02 % van de bevallingen) en 2 zwangerschappen na hormonale behandeling.

We tellen eveneens 2 tweelingzwangerschappen met tweelingtransfusiesyndroom (2/552 tweelingzwangerschappen, 0.4 % van de tweelingzwangerschappen en 0.01 % 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 (11). 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.

Tabel 54: Meerlingzwangerschappen en leeftijd van de moeders naar ontstaan van de zwangerschap, Brusselse Gewest, 2010			
Soort ontstaan	Leeftijd (jaar)	Aantal	%
Spontaan (n=21 540)	< 20 (n=445)	3	0.7
	20-29 (n=9 184)	127	1.4
	30-39 (n=10 971)	222	2.0
	40-49 (n=936)	17	1.8
	50 + (n=4)	0	0.0
Begeleide voortplanting (n=1 060)	< 20 (n=3)	1	33.3
	20-29 (n=199)	30	15.1
	30-39 (n=718)	129	18.0
	40-49 (n=138)	14	10.1
	50 + (n=2)	1	50.0
Niet gevraagd (n=1 517)	< 20 (n=31)	0	0.0
	20-29 (n=645)	5	0.8
	30-39 (n=777)	13	1.7
	40-49 (n=64)	2	3.1

5.6 EIGENSCHAPPEN VAN HET KIND

5.6.1 GEBOORTEGEWICHT

5.6.1.1 GEMIDDELD GEBOORTEGEWICHT

3 266 g (minimum: 150 g – maximum: 5 750 g)

Het gewicht kon niet verkregen worden voor 93 geboorten (0.4 %).

Het gemiddelde gewicht bij de levendgeborenen is 3 282 g (minimum: 420 g – maximum 5 750 g)

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 doodgeborenen kinderen. Peristat beveelt aan om het aandeel kinderen met een geboortegewicht lager dan 2 500 g en 1 500 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 55: Spreiding van het geboortegewicht (N=25 096), Brusselse Gewest, 2010					Vergelijkende gegevens			
Gewicht (g)	Eenlingen (n=23 950)		Meerlingen (n=1 146)		Wallonië 2010 (2) %		Vlaanderen 2010 (1) %	
	Aantal	%	Aantal	%	Eenlingen	Meerlingen	Eenlingen	Meerlingen
< 500	28	0.1	7	0.6	0.1	1.2	*	*
500-999	159	0.7	30	2.6	0.3	3.7	0.4	2.9
1 000-1 499	164	0.7	96	8.4	0.4	4.3	0.4	7.3
1 500-1 999	211	0.9	158	13.8	1.1	17.4	0.8	14.5
2 000-2 499	778	3.3	345	30.1	4.5	35.3	3.2	31.0
2 500-2 999	4 098	17.1	393	34.3	21.1	29.5	16.1	33.6
3 000-3 499	9 512	39.7	99	8.6	41.1	7.0	39.6	9.6
3 500-3 999	6 938	29.0	14	1.2	25.0	1.1	30.0	1.1
4 000-4 499	1 746	7.3	1	0.1	5.5	0.0	8.2	0.0
≥ 4 500	226	0.9	0	0.0	0.6	0.0	1.1	0.0
Onbekend	90	0.4	3	0.3	0.3	0.6		

* In Vlaanderen worden de geboorten met een geboortegewicht lager dan 500 g niet meegerekend.

5.6.1.3 PREVALENTIE VAN LAAG GEBOORTEGEWICHT

Het aantal kinderen met een gewicht lager dan 2 500 g bedraagt 1 977 voor 25 004 geboorten (7.9 %) in totaal, en 1 804 voor 24 793 levend geboren (7.3 %).

In de materniteiten met een centrum voor neonatale intensieve zorgen bedraagt het aantal kinderen met een laag geboortegewicht 9.7 %, tegenover 4.5 % in de andere materniteiten.

Het aantal kinderen met een gewicht lager dan 1 500 g bedraagt 484 voor 25 004 geboorten (1.9 %) in totaal, en 351 voor 24 793 levend geboren (1.4 %).

Het aantal kinderen met een gewicht lager dan 1 000 g bedraagt 224 voor 25 004 geboorten (0.9 %) in totaal, en 119 voor 24 793 levend geboren (0.5 %).

Vergelijkende gegevens	
Geboortegewicht < 2 500 g:	
Vlaanderen 2010 (1):	6.8 %
Wallonië 2010 (2):	8.3 %
Brussel 2009 (3):	7.9 %
Geboortegewicht < 1 500 g:	
Vlaanderen 2010 (1):	1.2 %
Wallonië 2010 (2):	1.1 %
Brussel 2009 (3):	1.8 %

De Europese aanbevelingen (4) inzake perinatale gezondheidsindicatoren houden tevens rekening met het aantal kinderen met een geboortegewicht lager dan 2 500 g en met een zwangerschapsleeftijd van meer dan 37 weken. Zo verkrijgen we een factor 2.5 voor 100 levende geboorten (566/22 711) van 37 weken en meer, en 20.6 voor 100 doodgeborenen van 37 weken en meer (7/34).

Tabel 56: Verdeling levend en doodgeboren eenlingen naar zwangerschapsleeftijd en geboortegewicht (N=23 860), Brusselse Gewest, 2010

Zwangerschapsleeftijd (weken)	Gewicht < 1 000 g (N=187)				Gewicht 1 000-1 499 g (N=164)				Gewicht 1 500-1 999 g (N=211)				Gewicht ≥ 2 000 g (N=23 298)			
	Levend-geborenen (N=90)		Dood-geborenen (N=97)		Levend-geborenen (N=142)		Dood-geborenen (N=22)		Levend-geborenen (N=195)		Dood-geborenen (N=16)		Levend-geborenen (N=23 239)		Dood-geborenen (N=59)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 23	3	3.3	50	51.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
24	9	11.0	16	16.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25	14	15.4	15	15.5	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
26-27	33	36.3	13	13.4	17	12.0	6	27.3	0	0.0	1	6.2	0	0.0	1	1.7
28-31	29	31.9	3	3.1	83	58.4	12	54.5	45	23.1	10	62.5	6	0.0	2	3.4
32-36	2	2.2	0	0.0	41	28.9	2	9.1	126	64.6	5	31.3	1 053	4.5	25	42.4
≥ 37	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	9.1	24	12.3	0	0.0	22 162	95.4	31	52.5
Onbekend	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	18	0.1	0	0.0

Tabel 57: Verdeling levend en doodgeboren kinderen uit meervoudige zwangerschap naar zwangerschapsleeftijd en geboortegewicht (N=1 143), Brusselse Gewest, 2010

Zwangerschapsleeftijd (weken)	Gewicht < 1 000 g (N=37)				Gewicht 1 000-1 499 g (N=96)				Gewicht 1 500-1 999 g (N=158)				Gewicht ≥ 2 000 g (N=852)			
	Levend-geborenen (N=28)		Dood-geborenen (N=9)		Levend-geborenen (N=90)		Dood-geborenen (N=6)		Levend-geborenen (N=157)		Dood-geborenen (N=1)		Levend-geborenen (N=850)		Dood-geborenen (N=2)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 23	0	0.0	4	44.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
24	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25	4	14.3	2	22.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
26-27	11	39.3	1	11.1	9	10.0	3	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
28-31	11	39.3	0	0.0	44	48.9	1	16.7	29	18.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
32-36	2	7.1	2	22.2	37	41.1	1	16.7	111	70.7	1	100.0	361	42.5	2	100.0
≥ 37	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	16.7	17	10.8	0	0.0	489	57.5	0	0.0
Onbekend	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

5.6.2 DUUR VAN DE ZWANGERSCHAP

5.6.2.1 GEMIDDELDE DUUR VAN DE ZWANGERSCHAP

38 weken (minimum: 20 weken* – maximum: 43 weken). De zwangerschapsleeftijd kon niet verkregen worden in 54 gevallen (0.2 %).

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

5.6.2.2 PREVALENTIE VAN DE PREMATUREIT

Het totale aantal bevallingen met een zwangerschapsleeftijd jonger dan 37 weken bedraagt 1 947 op een totaal van 24 463 bevallingen (8.0 %), 6.8 % voor de bevallingen van eenlingen en 54.9 % voor de bevallingen van meerlingen.

In de materniteiten met een centrum voor neonatale intensieve zorgen bedraagt het aandeel kinderen geboren voor 37 weken 11.0 %, tegenover 5.5 % in de andere materniteiten.

Vergelijkende gegevens	
Bevalling < 37 weken:	
Vlaanderen 2010 (1):	7.2 %
Wallonië 2010 (2):	7.8 %
Brussel 2009 (3):	7.7 %

Euro-Peristat (4) definieert deze indicator als het aantal levend- en doodgeborenen tussen 22 en 37 weken zwangerschap op het totaal van de geboorten (levend- en doodgeborenen). In Brussel verkrijgt men zo voor 2010 **9.1 %** 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 **8.4 %**.

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 58: Aantal levend- en doodgeboren en vóór 7 dagen gestorven kinderen naar zwangerschapsleeftijd (N=25 096), Brusselse Gewest, 2010

Zwangerschapsleeftijd (weken)	Levend geboren kind en na 7 dagen levend (N=24 829)		Doodgeboren kind (N=221)		Levend geboren kind en vóór 7 dagen gestorven (N=46)	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
≤ 23 (n=64)	1	1.6	61	95.3	2	3.1
24 (n=26)	7	25.9	16	63.0	3	11.1
25 (n=36)	13	36.1	17	47.2	6	16.7
26-27 (n=97)	64	66.0	27	27.8	6	6.2
28-31 (n=275)	243	88.4	28	10.2	4	1.4
32-36 (n=1 775)	1 730	97.5	38	2.1	7	0.4
≥ 37 (n=22 769)	22 717	99.8	34	0.1	180	0.1
Onbekend (n=54)	54	100.0	0	0.0	0	0.0

Tabel 59: Spreiding van het soort begin van de arbeid naar zwangerschapsleeftijd (N=24 516), Brusselse Gewest, 2010

Zwangerschapsleeftijd (weken)	Spontaan arbeid (N=15 388)		Inductie (N=6 837)		Sectio primair (N=2 247)		Soort begin van de arbeid onbekend (N=44)	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
≤ 23 (n=62)	20	32.3	39	62.9	0	0.0	3	4.8
24 (n=26)	11	42.3	15	57.7	0	0.0	0	0.0
25 (n=33)	9	27.3	18	54.5	6	18.2	0	0.0
26-27 (n=85)	42	49.4	26	30.6	17	20.0	0	0.0
28-31 (n=230)	144	62.6	40	17.4	46	20.0	0	0.0
32-36 (n=1 511)	961	63.6	352	23.3	198	13.1	0	0.0
≥ 37 (n=22 515)	14 186	63.0	6 346	28.2	1 976	8.8	7	0.0
Onbekend (n=54)	15	27.8	1	1.9	4	7.4	34	62.9

5.6.2.3 SPREIDING VAN DE ZWANGERSCHAPSLEEFTIJD

Tabel 60: Spreiding van de zwangerschapsleeftijd naar bevalling (N=24 516), Brusselse Gewest, 2010

Zwangerschapsleeftijd (weken)	Eenlingen (N=23 950)		Meerlingen (N=566)	
	Aantal	%	Aantal	%
≤ 23 (n=62)	60	0.3	2	0.4
24 (n=26)	26	0.1	0	0.0
25 (n=33)	30	0.1	3	0.5
26-27 (n=85)	73	0.3	12	2.1
28-31 (n=230)	190	0.8	40	7.1
32-36 (n=1 511)	1 257	5.2	254	44.9
≥ 37 (n=22 515)	22 260	92.9	255	45.1
Onbekend (n=54)	54	0.2	0	0.0

Vergelijkende gegevens

Wallonië 2010 (2) %		Vlaanderen 2010 (1) %	
Eenlingen	Meerlingen	Eenlingen	Meerlingen
0.1	1.4	0.4	2.8
0.1	1.1		
0.1	0.3		
0.2	1.2		
0.5	5.9	0.5	7.8
5.9	52.2	5.4	46.4
93.0	37.9	93.7	42.9
0.2	0.0		

5.6.2.4 RISICOFACTOREN VERBONDEN AAN PREMATUREIT

Tabel 61: Bevalling < 37 weken en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen bij primipara (N=10 464), Brusselse Gewest, 2010

Leeftijd (jaar)	Aantal	%
10-14 (n=3)	1	33.3
15-19 (n=418)	35	8.4
20-24 (n=2 023)	138	6.8
25-29 (n=3 554)	245	6.9
30-34 (n=2 919)	205	7.0
35-39 (n=1 267)	99	7.8
40-44 (n=266)	35	12.8
45-49 (n=13)	0	0.0
50+ (n=1)	0	0.0

Tabel 62: Bevalling < 37 weken en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen bij primipara (N=10 464), Brusselse Gewest, 2010

Nationaliteit	Aantal	%
België (n=3 843)	315	8.2
Europa min België (n=2 381)	173	7.3
Turkije (n=321)	28	8.7
Maghreb en Egypte (n=1 917)	95	5.0
Sub-Saharisch Afrika (n=501)	41	8.2
Andere (n=1 501)	106	7.1

Tabel 63: Bevalling < 37 weken en BMI voor levende eenlingen bij primipara (N= 8 682), Brusselse Gewest, 2010

BMI (kg/m²)	Aantal	%
< 18.5 (n=595)	42	7.1
18.5-24.9 (n=5 865)	350	6.0
25.0-29.9 (n=1 621)	114	7.0
30.0-39.9 (n=549)	42	7.7
40.0 en meer (n=52)	5	9.6

Tabel 64: Bevalling < 37 weken en beroepssituatie van de moeder voor levende eenlingen bij primipara (N=10 464), Brusselse Gewest, 2010

Beroepssituatie	Aantal	%
Actief (n=5 904)	428	7.2
Student (n=243)	19	7.8
Werkloos (n=888)	71	8.0
Zonder beroep / invalide / OCMW / huisvrouw (n=3 342)	230	6.9
Beroepssituatie onbekend (n=87)	10	11.5

Tabel 65: Bevalling < 37 weken en opleidingsniveau van de moeder voor levende eenlingen bij primipara (N=10 464), Brusselse Gewest, 2010

Opleiding	Aantal	%
Geen opleiding (n=141)	11	7.8
Lager onderwijs (n=754)	54	7.2
Lager middelbaar (n=909)	60	6.6
Hoger middelbaar (n=3 524)	276	7.8
Hoger van het korte type (n=1 798)	124	6.9
Hoger van het lange type of universitair (n=2 585)	156	6.0
Andere (speciaal, lopende studies, in het buitenland) (n=4)	0	0.0
Onbekend (n=749)	12	1.6

5.6.3 GROEP-B-STREPTOKOKKEN-GBS

De waarden worden berekend voor de levende geboorten, uitsluitend vanaf 35 weken, geplande keizersneden niet meegerekend.

Tabel 66: GBS status per bevalling (N=21 199), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
GBS status	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Positief	4 382	20.7	20.0
Negatief	15 294	72.1	71.8
Niet getest/ onbekend	1 523	7.2	8.3

Dit gegeven ontbreekt voor 262 bevallingen vanaf 35 weken (1.1 %).

Het aantal behandelingen na een positieve GBS-kweek bedraagt **93.0 %** voor de levende geboorten vanaf 35 weken. 120 gegevens ontbreken (0.5 %).

5.6.4 APGAR-SCORE

5.6.4.1 APGAR-SCORE NA 1 MINUUT

Apgar-score na 1 minuut lager dan 7: **7.3 %** van alle levende geboorten.

Apgar-score na 1 minuut lager dan 4: **2.1 %** van alle levende geboorten.

Apgar-score na 1 minuut ontbreekt voor 107 geboorten (0.4 %).

Het aantal apgar-scores lager dan 7 bedraagt 13.2 % na gebruik van een STAN, en 6.6 % 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: **1.6 %** van alle levende geboorten.

Apgar-score na 5 minuten lager dan 4: **0.2 %** van alle levende geboorten.

Apgar-score na 5 minuten ontbreekt voor 117 geboorte (0.5 %).

Het aantal apgar-scores lager dan 7 bedraagt 3.0 % na gebruik van een STAN, en 1.4 % indien alleen monitoring nodig was (geplande keizersneden niet meegerekend).

5.6.5 BEADEMING VAN DE PASGEBORENE

La donnée est manquante pour 201 naissances (**0.8 %** des naissances vivantes).

Tabel 67: Beademing van de levende pasgeborene (N=24 896), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Beademing	1 658	6.7	6.4
Waarvan: Intubatie	212	12.8	14.4
Ballon en masker	1 412	85.2	83.4
Type van beademing onbekend	34	2.0	2.2

5.6.6 TRANSFER NAAR NEONATALE AFDELING

Het gegeven ontbreekt voor 310 geboorten (1.2 % van de geboorten).

Tabel 68: Transfer naar neonatale afdeling (N=24 786), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Transfer	3 006	12.1	12.7
Waarvan: N*-dienst	1 677	55.8	58.5
NIC-dienst	1 301	43.3	41.0
Type van afdeling onbekend	28	0.9	0.6

5.6.7 TRANSFER EX UTERO

68 kinderen werden geboren in een centrum zonder NIC en worden later overgebracht naar een NIC-dienst (27.1/10 000 levende geboorten). Onder hen waren er 16 onder de zwangerschapsleeftijd van 34 weken en/of hadden een gewicht lager dan 1 500 g (6.4/10 000 levende geboorten) en 9 zaten onder de zwangerschapsleeftijd van 32 weken en/of hadden een gewicht lager dan 1500 g (3.6/10 000 levende geboorten).

Een studie uit 2004 door het College Moeder-Kind schatte het aantal postpartum ex utero transfers op ongeveer 143 per 10 000 bevallingen (12).

Op basis van deze studie lijkt het gegeven ex utero transfer onderschat. Dit heeft wellicht te maken met de manier waarop het gegeven wordt genoteerd.

5.6.8 GESLACHT

Tabel 69: Geslacht van het kind (N=25 092), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens
Geslacht	Aantal	%	Brussel 2009 (3) %
Mannelijk	12 854	51.2	51.3
Vrouwelijk	12 232	48.8	48.7
Onbekend	6	0.0	0.0

Het gegeven ontbreekt voor 4 geboorten (0.02 %).

5.6.9 AFWIJKINGEN

301 afwijkingen werden geregistreerd in 2010. Het betreft wel degelijk afwijkingen, waarvan de diagnose werd gesteld tijdens de zwangerschap of bij de geboorte. Onderstaande tabel omvat alleen de 222 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. Ter informatie, van de 79 andere vermelde afwijkingen gaat het in 28 gevallen om hartafwijkingen.

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 70: Soorten afwijkingen (N=222), Brusselse Gewest, 2010

Aantal	Afwijkingen	
39	Gespleten lip / verhemelte	waarvan 1 met Pierre Robin syndroom
		waarvan 1 met anale imperforatie
		waarvan 1 met ventrikel septum defect en oropharynx afwijking
		waarvan 1 met hernia diafragmatica
		waarvan 1 met reductie ledematen
29	Trisomie 21	
20	Transpositie grote vaten	waarvan 4 met ventrikel septum defect
		waarvan 1 met unieke ventrikel
17	Spina bifida	waarvan 2 met hydrocefalie
11	Nier agenese	waarvan 1 met hypospadias
		waarvan 1 met obstructieve defecten nierbekken en ureter
		waarvan 1 met polykystische nierdysplasie
10	Obstructieve defecten nierbekken en ureter	
10	Ventrikel septum defect	waarvan 1 met aortastenose
		waarvan 1 met craniosynostosis en reductie ledematen
10	Hypospadias	
9	Hydrocefalie	waarvan 1 met nier agenese en ventrikel septum defect
		waarvan 1 met agenese van het corpus callosum
9	Skeletdysplasie/dwerggroei	
8	Tetralogie Fallot	
7	Hydrops foetalis	waarvan 1 met atrioventriculaire kanaal
		waarvan 1 met ventrikel septum defect
7	Hernia diafragmatica	
6	Polykystische nierdysplasie	
4	Reductie ledematen	
4	Anale imperforatie	waarvan 1 met strottenhoofdatresie
4	Oesofagale atresie	
4	Trisomie 18	
3	Trisomie 13	
3	Gastroschisis	
2	Omfalocele	waarvan 1 met gastroschisis
1	Anencefalie	
1	Cystisch hygroma	
1	Afwijking long	
1	Atresie dunne darm	
1	Dandy Walker syndroom	
1	Vater associatie	

5.7 PLAATS VAN DE BEVALLING

5.7.1 BEVALLINGEN IN DE MATERNITEIT

Aantal bevallingen	Aantal materniteiten
< 500	0
500 - 999	0
1 000 - 1 499	3
1 500 - 1 999	1
2 000 - 2 499	3
2 500 +	4

5.7.2 BEVALLINGEN BUITEN HET ZIEKENHUISMIDDEN

We tellen **125** bevallingen buiten het ziekenhuismidden, dat is 5.0 per 1 000 geboorten.

Deze bevallingen zijn als volgt gespreid:

- 69 geplande thuisbevallingen in aanwezigheid van een professional (2.7 ‰ van de geboorten)
- 56 niet geplande bevallingen buiten de materniteit, waarvan 24 zonder aanwezigheid van een professional bij de bevalling.

Vergelijkende gegevens

Vlaanderen 2010 (1):	9.8 ‰
Wallonië 2010 (2):	6.2 ‰
Brussel 2009 (3):	4.9 ‰

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. Maar we weten toch dat 5 kinderen na de bevalling naar een neonatale dienst overgebracht werden.

Bij de geplande thuisbevallingen bedraagt het aantal gevallen van episiotomie 0.8 %.

Leeftijd (jaar)	Ongeplande bevalling (n=56)		Geplande bevalling (n=69)	
	Aantal	%	Aantal	%
<20 (n=1)	1	100.0	0	0.0
20-29 (n=43)	25	58.1	18	41.9
30-39 (n=76)	27	35.5	49	64.5
40-49 (n=5)	3	60.0	2	40.0

Tabel 73: Thuisbevalling en beroepssituatie (N=125), Brusselse Gewest, 2010

Beroepssituatie	Ongeplande bevalling (n=56)		Geplande bevalling (n=69)	
	Aantal	%	Aantal	%
Actief (n=59)	15	25.4	44	74.6
Student (n=2)	1	50.0	1	50.0
Werkloos (n=10)	2	20.0	8	80.0
Zonder beroep (n=45)	32	71.1	13	28.9
Onbekend (n=9)	6	66.7	3	33.3

Tabel 74: Thuisbevalling en pariteit (N=125), Brusselse Gewest, 2010

Pariteit	Ongeplande bevalling (n=56)		Geplande bevalling (n=69)	
	Aantal	%	Aantal	%
Primipara (n=26)	4	15.4	22	84.6
2-3 (n=74)	37	50.0	37	50.0
4+ (n=11)	7	63.6	4	36.4
Onbekend (n=14)	8	57.1	6	42.9

Tabel 75: Thuisbevalling en opleidingsniveau (N=125), Brusselse Gewest, 2010

Opleiding	Ongeplande bevalling (n=56)		Geplande bevalling (n=69)	
	Aantal	%	Aantal	%
Geen opleiding (n=3)	3	100.0	0	0.0
Lager onderwijs (n=5)	4	80.0	1	20.0
Lager middelbaar (n=3)	3	100.0	0	0.0
Hoger middelbaar (n=21)	11	52.4	10	47.6
Hoger van het korte type (n=19)	6	31.6	13	68.4
Hoger van het lange type of universitair (n=34)	7	20.6	27	79.4
Onbekend (n=40)	22	55.0	18	45.0

5.8 MORTINATALITEIT

5.8.1 CIJFERS

Euro-Peristat (4) definieert het aandeel mortinataliteit als het aantal doodgeboren kinderen op het totale aantal levenden doodgeborenen. We tellen 221 doodgeborenen van minstens 500 g of 22 weken (8.8 ‰ geboorten), waarvan 18 doodgeboren kinderen van meerlingzwangerschappen. Het aantal doodgeborenen ligt respectievelijk op 8.5 en 15.7 voor 1 000 geboorten op het totaal eenling- en meerlingzwangerschappen. Het aantal doodgeboren eenlingen \geq 28 weken is 3.9 ‰.

Vergelijkende gegevens	
Mortinataliteit:	
Vlaanderen 2010 (1):	4.2 ‰
Wallonië 2010 (2):	5.4 ‰
waarvan	4.7 ‰ voor eenlingen en 27.7 ‰ voor tweelingzwangerschappen
Brussel 2009 (3):	9.3 ‰
waarvan	8.3 ‰ voor eenlingen en 30.9 ‰ voor tweelingzwangerschappen

In 2010 noteren we minder doodgeboren kinderen in vergelijking met de waarden van 2009, maar meer dan in 2008 (8.4 ‰ geboorten). 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. Het aantal doodgeboren kinderen ligt hoger in Brussel dan in Wallonië. Dat verschil kan verklaard worden door de verschillen in manieren van aangeven, maar ook door de hogere concentratie aan gespecialiseerde materniteiten in het Brussels Gewest.

5.8.2 VERDELING VAN DE DOODGEBORENEN NAAR ZWANGERSCHAPSLEEF TIJD

Tabel 76: Verdeling doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd bij eenlingen (N=23 950), Brusselse Gewest, 2010			Vergelijkende gegevens		
Zwangerschapsleeftijd (weken)	Aantal (N=203)	%	Brussel 2009 (3) %	Wallonië 2010 (2) %	Vlaanderen 2010 (1) %
\leq 23 (n=60)	57	95.0	98.2	89.2	34.2
24 (n=26)	16	61.5	72.7	62.5	
25 (n=30)	15	50.0	60.0	31.3	
26-27 (n=73)	23	31.5	29.7	32.3	
28-31 (n=190)	27	14.2	17.6	13.6	7.3
32-36 (n=1 257)	32	2.5	2.3	1.6	1.3
\geq 37 (n=22 260)	33	0.1	0.1	0.1	0.1
Onbekend (n=54)	0	0.0	2.3	2.4	

5.8.3 OORZAKEN VAN DE FOETALE MORTALITEIT

Tabel 77: Foetale doodsoorzaken volgens het geboortecertificaat (N=221), Brusselse Gewest, 2010		
	Aantal	%
Afwijkingen: TOTAAL	76	34.2
Zenuwstelsel	24 ¹	10.8
Chromosomale defecten	14	6.3
Hart	8 ²	3.6
Syndromale afwijkingen/Genetische syndromen	5	2.3
Faciale afwijkingen/Gespleten lip/verhemelte	4	1.8
Spier- en skeletstelsel en bindweefselanomalie	4	1.8
Urinewegen	4	1.8
Afwijkingen van de ledematen	0	0.0
Spijverteringsstelsel	0	0.0
Meervoudige afwijkingen zonder nadere toelichting	8	3.6
Afwijkingen zonder andere toelichting	5	2.3
Foetaal overlijden zonder zichtbare oorzaak: TOTAAL	43	19.4
Diagnose na autopsie:		
Autopsie niet uitgevoerd of niet verduidelijkend	31	14.0
Afgeknepen navelstreng	8	3.6
Oorzaak bij de placenta zonder nadere toelichting	4	1.8
Chorioamnionitis	18	8.1
Maternale pathologie (hypertensie, bloeding, diabetes)	14	6.3
Foetaal overlijden, oorzaak niet doorgegeven	13	5.9
Loslating placenta	9	4.1
Intra-uteriene groeiretardatie	8	3.6
Foetaal overlijden in utero met toelichting waarschijnlijke oorzaak -Groeiretardatie	7	3.2
Maternale CMV-infectie	5	2.3
Onbepaald doodsoorzaak bij een extreme vroeggeboorte	3	1.8
Asfyxie/ernstig foetaal lijden	2	0.9
Infectie zonder andere toelichting	2	0.9
Meerlingen: TOTAAL	15	6.8
Foetaal overlijden - oorzaak niet doorgegeven of autopsie niet uitgevoerd	7	3.2
Intra-uteriene groeiretardatie	2	0.9
Tweelingtransfusiesyndroom	2	0.9
Extra-uteriene graviditeit	1	0.5
Asfyxie/ernstig foetaal lijden	1	0.5
Chorioamnionitis	1	0.5
Endocardiale fibroelastose	1	0.5
Andere: TOTAAL	6	2.7
Teratoom	1	0.5
Maternale alcoholisme	1	0.5
Polyhydramnios	1	0.5
Foeto-maternale bloeding	1	0.5
Parvovirus B19	1	0.5
Anasarca foeto-placentair	1	0.5

¹ waarvan 2 kinderen van meerlingzwangerschappen

² waarvan 1 kind van meerlingzwangerschap

5.8.4 MATERNALE STERFTE

Hoewel het CEpiP het overlijden van moeders niet specifiek registreert, werden ons 2 sterfgevallen (eclampsie en vruchtwaterembolie) gemeld in 2010.

6. Besluiten – Aandachtspunten

- 1** In 2010 bevielen 117 vrouwen voor de leeftijd van 18 jaar, dat vertegenwoordigt 1 bevalling op 200. Daar tegenover staat dat 23 moeders op 100 ouder zijn dan 35 jaar en 2 moeders op 1 000 ouder dan 45 jaar bij de bevalling. We noteren 6 bevallingen na 50 jaar, waarvan twee het gevolg zijn van medisch begeleide voortplanting.
- 2** Het aantal keizersneden blijft stabiel tussen 2008 en 2010, het ligt niet hoger dan de grens van 20%. Dit is de laagste waarde voor de drie gewesten van het land.
- 3** Net als in 2009 noteren we veel bevallingen met inductie (27.9%), epidurale (70.9%) en episiotomie (29.2%). Deze waarden liggen lager dan in Wallonië, maar behoren toch tot de hoogste in Europa.
- 4** 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 aftoetsen aan die van anderen.
- 5** Sommige medische gegevens worden nog onvoldoende ingezameld, zoals het opgeven van afwijkingen, het gebruik van de STAN, de zwangerschapsverwekking, de voorgaande keizersneden 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.
- 6** We tellen 221 doodgeboren kinderen van minstens 500 g of 22 weken (8.8‰ geboorten). Het aantal doodgeboren kinderen ligt hoger in Brussel dan in Wallonië. Dat verschil kan verklaard worden door de verschillen in manieren van aangeven, maar ook door de hogere concentratie aan gespecialiseerde materniteiten in het Brussels Gewest.

Wij danken nogmaals hartelijk de medewerkers van de materniteiten, de zelfstandige vroedvrouwen en de medewerkers van de burgerlijke stand, die zich dagelijks inspinnen om de certificaten in te vullen.

7. Referenties

- (1) Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2010. Studie centrum voor Perinatale Epidemiologie 2011.
- (2) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart AF, Englert Y. Données périnatales en Wallonie - Année 2010. Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2012.
- (3) Minsart AF, Van Leeuw V, Van de Putte S, De Spiegelaere M, Englert Y. Perinatale gegevens in het Brusselse gewest – Jaar 2009. Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2011.
- (4) Data from 2004. EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report. 2008.
- (5) Fontaine L, Goetghebuer T, Liegeois M et al. Banque de données médico-sociales – Données statistiques 2010, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2012.
- (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) Yaktine A, Del Valle H, Datiles J et al. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of medicine of the national academies, 2009.
- (8) Wunder D, Neurohr EM, Faouzi M, Birkhäuser. Origin of multiple pregnancies in Berne, Switzerland, between 1995 and 2006: is IVF-ICSI really the most important origin? ESHRE 2011, Stockholm.
- (9) BELRAP. Report of the College of Physicians for Assisted Reproduction Therapy, Belgium, 2008.
- (10) Schmitz T, Azria E, Cabrol D, Goffinet F. L'accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable ? Analyse des données de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2009 ; 38, 367-376.
- (11) 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.
- (12) 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

Model I
 0102040311 2089055 60
GEBOORTE VAN EEN LEVEND KIND

IJG900/20

STROOK C

(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)

<input type="checkbox"/> • diabetes	<input type="checkbox"/> • nierziekte
<input type="checkbox"/> • chronische hypertensie	<input type="checkbox"/> • hemorrhagie in het 3de trim.
<input type="checkbox"/> • zwangerschaps-hypertensie	<input type="checkbox"/> • voorafgaande geboorte van een kind met gewicht < 2500 gram
<input type="checkbox"/> • eclampsie	
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer	
<input type="checkbox"/> • geen medische risico's bekend	

4. Transfer tijdens de zwangerschap

• ja • neen

5. Ligging van het kind vóór de geboorte

<input type="checkbox"/> • achterhoofdligging	<input type="checkbox"/> • stuit
<input type="checkbox"/> • andere hoofdligging	<input type="checkbox"/> • dwars/schuine ligging
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer	

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)

<input type="checkbox"/> • forceps	<input type="checkbox"/> • stuitligging met extractie (exclusief Bracht)
<input type="checkbox"/> • vacuüm-extractie	<input type="checkbox"/> • versie met extractie
<input type="checkbox"/> • keizersnede	<input type="checkbox"/> • externe versie
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer	

6.4 Maternale indicaties die het type van bevalling rechtvaardigen

<input type="checkbox"/> • voorafgaande keizersnede	<input type="checkbox"/> • afwijking van placenta
<input type="checkbox"/> • dystocie	
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer	
<input type="checkbox"/> • geen maternale indicatie	

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

<input type="checkbox"/> • foetiaal lijden	<input type="checkbox"/> • abnormale ligging
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer	
<input type="checkbox"/> • geen foetale indicatie	

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

<input type="checkbox"/> • anencefalie	<input type="checkbox"/> • anale imperforatie
<input type="checkbox"/> • spina bifida	<input type="checkbox"/> • reductie van de ledematen
<input type="checkbox"/> • hydrocefalie	<input type="checkbox"/> • hernia diaphragmatica
<input type="checkbox"/> • gespleten lip/verhemelte	<input type="checkbox"/> • omphalocoele-gastroschisis
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer	
<input type="checkbox"/> • geen congenitale afwijkingen	

8. Geboortegewicht van het kind (in gram) □ □ □ □

Model I

0102040312 2089055 61

STROOK C
(*vervolg*)

GEBORTE 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, precieseer

.....

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 GEBORTE 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	<input type="text"/>
Naam en voornaam van de moeder	<input type="text"/>
Gewone verblijfplaats van de moeder : gemeente	<input type="text"/>
straat, nr.	<input type="text"/>
Datum (DDMMJJJJ) en uur (UUMM) van de geboorte	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> u <input type="text"/> m
Adres van de geboorte : gemeente	<input type="text"/>
straat, nr.	<input type="text"/>
Nummer van de geboorteakte (in te vullen door het gemeentebestuur)	<input type="text"/>
Geslacht van het kind	<input type="checkbox"/> • mannelijk <input type="checkbox"/> • vrouwelijk <input type="checkbox"/> • onbepaald (1)

Handtekening en stempel van de geneesheer of van de vroedvrouw

(1) Bij de wet van 30 maart 1984 werd de termijn 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.

(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, precieseer

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

MEDISCH GEHEIM

MAG NIET GEBRUIKT WORDEN VOOR GERECHTELIJKE DOELEINDEN

AKTENUMMER BIJ DE BURGERSLIJKE 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 één jaar of van een doodgeboorte

	Model III D	0102040711 2161399 54
STROOK C	OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR OF VAN EEN DOODGEBORTE	
<i>(Strook in te vullen en onder gesloten omslag te plaatsen door de geneesheer)</i>		
A. Inlichtingen met betrekking tot de geboorte		
1. Vorige geboorten		
• aantal levendgeboren kinderen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• aantal doodgeboren kinderen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• aantal kinderen nog in leven	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• datum van de vorige bevalling (DDMMJJJJ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Vermoedelijke duur (in weken) van de zwangerschap		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Medische risicofactoren verbonden aan deze zwangerschap (maximum 3)		
<input type="checkbox"/> • diabetes	<input type="checkbox"/> • nierziekte	
<input type="checkbox"/> • chronische hypertensie	<input type="checkbox"/> • hemorrhagie in het 3de trim.	
<input type="checkbox"/> • zwangerschaps-hypertensie	<input type="checkbox"/> • voorafgaande geboorte van een kind met gewicht < 2500 gram	
<input type="checkbox"/> • eclampsie		
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer		
<input type="checkbox"/> • geen medische risico's bekend		
4. Transfer tijdens de zwangerschap		
<input type="checkbox"/> • ja	<input type="checkbox"/> • neen	<input type="checkbox"/> • onbekend
5. Ligging van het kind vóór de geboorte		
<input type="checkbox"/> • achterhoofdligging	<input type="checkbox"/> • stuit	
<input type="checkbox"/> • andere hoofdligging	<input type="checkbox"/> • dwars/schuine ligging	
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer		
6. De bevalling		
6.1 Inductie van de baring vóór het begin van arbeid		
<input type="checkbox"/> • ja	<input type="checkbox"/> • neen	<input type="checkbox"/> • onbekend
6.2 Bevalling met assistentie		
<input type="checkbox"/> • ja	<input type="checkbox"/> • neen	<input type="checkbox"/> • onbekend
<i>Indien ja, vul in 6.3, 6.4 en 6.5</i>		
<i>Indien neen, of onbekend, ga dan onmiddellijk naar punt 7</i>		
6.3 Aard van assistentie (maximum 3)		
<input type="checkbox"/> • forceps	<input type="checkbox"/> • stuitligging met extractie (exclusief Bracht)	
<input type="checkbox"/> • vacuüm-extractie	<input type="checkbox"/> • versie met extractie	
<input type="checkbox"/> • keizersnede	<input type="checkbox"/> • externe versie	
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer		
6.4 Maternale indicaties die het type van bevalling rechtvaardigen		
<input type="checkbox"/> • voorafgaande keizersnede	<input type="checkbox"/> • afwijking van placenta	
<input type="checkbox"/> • dystocie		
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer		
<input type="checkbox"/> • geen maternale indicatie		
6.5 Indicatie bij het kind als rechtvaardiging voor het type van bevalling		
<input type="checkbox"/> • foetaal lijden	<input type="checkbox"/> • abnormale ligging	
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer		
<input type="checkbox"/> • geen foetale indicatie		
7. Toestand van het kind bij de geboorte		
7.1 Obstetrisch trauma		
<input type="checkbox"/> • ja	<input type="checkbox"/> • neen	<input type="checkbox"/> • onbekend
<input type="checkbox"/> • Indien ja, preciseer		
7.2 Ademnood		
<input type="checkbox"/> • ja	<input type="checkbox"/> • neen	<input type="checkbox"/> • onbekend
<input type="checkbox"/> • niet van toepassing		
<input type="checkbox"/> • Indien ja, preciseer		
7.3 Infectieziekten		
<input type="checkbox"/> • ja	<input type="checkbox"/> • neen	<input type="checkbox"/> • onbekend
<input type="checkbox"/> • Indien ja, preciseer		
7.4 Congenitale afwijkingen		
<input type="checkbox"/> • anencefalie	<input type="checkbox"/> • anale imperforatie	
<input type="checkbox"/> • spina bifida	<input type="checkbox"/> • reductie van de ledematen	
<input type="checkbox"/> • hydrocefalie	<input type="checkbox"/> • hernia diaphragmatica	
<input type="checkbox"/> • gespleten lip/verhemelte	<input type="checkbox"/> • omphalocoele-gastrostschisis	
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer		
<input type="checkbox"/> • geen congenitale afwijkingen		
8. Geboortegewicht van het kind (in gram)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Apgarscore na:		
<input type="text"/>	• 1 minuut	<input type="text"/>
<input type="text"/>	• 5 minuten	<input type="text"/>
<input type="text"/>	• 10 minuten	<input type="text"/>
10. Zorgen onmiddellijk toegediend aan de pasgeborene (maximum 3)		
<input type="checkbox"/> • ventilatie zonder intubatie	<input type="checkbox"/> • niet van toepassing	
<input type="checkbox"/> • intubatie	<input type="checkbox"/> • geen ingreep	
<input type="checkbox"/> • overplaatsing naar n-dienst (binnen de eerste 12 uren)		
<input type="checkbox"/> • overplaatsing naar N-dienst (binnen de eerste 12 uren)		
<input type="checkbox"/> • andere, preciseer		
(vervolg verso)		

STROOK C
(vervolg)

OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR OF VAN EEN DOODGEBORTE
(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)	Specificeer (2)			Duur (3)
	M	F	K	

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	veroorzaakt door :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	veroorzaakt door :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	veroorzaakt door :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- (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 onderzoeken

- 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

STROOK A

**AANGIFTE VAN OVERLIJDEN VAN EEN KIND JONGER DAN EEN JAAR
OF VAN EEN DOODGEBORTE (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 (DDMMJJJ) 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

Gerechtigd-geneeskundig bezwaar tegen begraven of crematie (1)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bezwaar tegen schenking van het lichaam (2)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Verplichte onmiddellijke kisting		
• in een hermetische kist (3)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
• in een gewone kist (4)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Bezwaar tegen eventuele		
• crematie (5)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
• conserveringstechnieken (6)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
• vervoer zonder kist (7)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen
Risico voor blootstelling aan ioniserende stralen (3)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> neen

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

.....

verklaar dat ik deomuur 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 hemorrhagische 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, ~~virushhepatitis~~ (behalve bevestigde virushhepatitis 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)

STROOK B

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

(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 (JUMM) u m

2. Datum en uur van de geboorte

- datum (DDMMJJJJ) / /
- uur (JUMM) u m

3. Het kind is

- doodgeboren
- levend geboren

4. Plaats van de geboorte

- ziekenhuis
- thuis
- andere, preciezer

5. Plaats van het overlijden

- ziekenhuis
- thuis
- andere, preciezer

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, 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

MEDISCH GEHEIM

MAG NIET GEBRUIKT WORDEN VOOR GERECHTELIJKE DOELEINDEN

AKTENUMMER BIJ DE BURGERSLIJKE 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 doodgeborenen ≥ 500 gram of ≥ 22 weken of ≥ 25 cm)					ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>				
Zo ja,	Aantal levendgeboren kinderen								
	Geboortedatum van het laatste levendgeboren kind?								
					<input type="checkbox"/> Onbekend <small>(geen antwoord van de patiënte)</small>				
Beviel de moeder sindsdien van een NIET levendgeboren kind? (≥ 500 gram of ≥ 22 weken of ≥ 25 cm)					ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>				
Was er een keizersnede bij een vorige zwangerschap?					ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>				
HUIDIGE ZWANGERSCHAP									
Pariteit					(Aantal bevallingen met inbegrip van de huidige bevalling – alle levend- en doodgeborenen ≥ 500 g of ≥ 22 weken of ≥ 25 cm - meerlingzwangerschap heeft GEEN invloed op pariteit)				
Gewicht van de moeder vóór de zwangerschap (of vóór 15 weken)					kg <input type="checkbox"/> Onbekend <small>(geen antwoord van de patiënte)</small>				
Gewicht van de moeder bij aankomst in het verloskwartier					kg <input type="checkbox"/> Onbekend <small>(geen antwoord van de patiënte)</small>				
Lengte van de moeder					cm <input type="checkbox"/> Onbekend <small>(geen antwoord van de patiënte)</small>				
Ontstaan zwangerschap (één mogelijkheid)									
Spontaan <input type="checkbox"/> Hormonaal <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> Niet gevraagd <input type="checkbox"/>									
Hypertensie in deze zwangerschap ($\geq 140/ \geq 90$)					ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet <input type="checkbox"/>				
Diabetes					ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet <input type="checkbox"/>				
HIV					POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> weet niet <input type="checkbox"/> niet getest <input type="checkbox"/>				
Meerlingzwangerschap					ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/> Schatting <input type="checkbox"/>				
Ligging voor de geboorte					Achterhoofd <input type="checkbox"/> Andere hoofdligging <input type="checkbox"/> Stuitligging <input type="checkbox"/> Dwarsligging <input type="checkbox"/> Onbekend (indien afwezigheid van een verzorgende) <input type="checkbox"/>				
Inductie van de baring (INBEGREPEN het induceren na het voortijdig breken van de vliezen zonder weeënactiviteit)					ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>				
Epidurale analgesie en/of rachi					ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>				
Fœtale bewaking (meerdere zijn mogelijk)					CTG (cardio(toco)gram) <input type="checkbox"/> STAN-monitor <input type="checkbox"/> MBO (microbloedonderzoek) <input type="checkbox"/> intermitterende auscultatie <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/>				
Groep B streptococcon kolonisatie					POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> niet getest/onbekend <input type="checkbox"/>				
Intrapartale toediening van GBS profylaxe					ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>				

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

TOESTAND BIJ DE GEBORTE

Geboortegewicht						g
Geslacht		mannelijk <input type="checkbox"/>		vrouwelijk <input type="checkbox"/>		onbepaald <input type="checkbox"/>
Apgar-score na :		1 min		5 min		Onbekend (indien afwezigheid van een verzorgende) <input type="checkbox"/>
Beademing van de pasgeborene		ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>				
		Zo ja :		Beademing met ballon en masker <input type="checkbox"/>	Intubatie <input type="checkbox"/>	
Majeure misvormingen		Zo ja, kruis aan : (meerdere zijn mogelijk)		ja <input type="checkbox"/>	neen <input type="checkbox"/>	
Anencefaal <input type="checkbox"/>	Gespleten lip / verhemelte <input type="checkbox"/>	Hernia diafragmatica <input type="checkbox"/>				
Spina bifida <input type="checkbox"/>	Anale imperforatie <input type="checkbox"/>	Omfalocoele <input type="checkbox"/>				
Hydrocefalie <input type="checkbox"/>	Reductie ledematen <input type="checkbox"/>	Gastroschisis <input type="checkbox"/>				
Transpositie grote vaten <input type="checkbox"/>	Tetralogie Fallot <input type="checkbox"/>	VSD <input type="checkbox"/>				
Afwijking long (CALM) <input type="checkbox"/>	Oesofagale atresie <input type="checkbox"/>	Atresie galwegen <input type="checkbox"/>				
Atresie dundarm <input type="checkbox"/>	Atresie anus <input type="checkbox"/>	Hypospadias <input type="checkbox"/>				
Nier agenese <input type="checkbox"/>	Twin-to-twin transfusiesyndroom <input type="checkbox"/>	Cystisch hygroma <input type="checkbox"/>				
Craniosynostosis <input type="checkbox"/>	Skeletdysplasie/dwerggroei <input type="checkbox"/>	Trisomie 21 <input type="checkbox"/>				
Turner syndroom (Xo) <input type="checkbox"/>	Hydrops foetalis <input type="checkbox"/>	Trisomie 18 <input type="checkbox"/>				
Obstructieve defecten nierbekken en ureter <input type="checkbox"/>	Poly/multikystische nierdysplasie <input type="checkbox"/>	Trisomie 13 <input type="checkbox"/>				

POSTPARTUM

Transfer naar neonatale afdeling		ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>	
		Zo ja : N* - dienst <input type="checkbox"/> NIC - dienst <input type="checkbox"/>	

PERINATALE STERFTE

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

