

Perinatale gegevens in het Brusselse Gewest

Jaar 2011





Perinatale gegevens in het Brusselse Gewest

Jaar 2011

Redactie

Ch. Leroy, V. Van Leeuw 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 werd goedgekeurd door de leden van de Wetenschappelijke Raad van het CEpiP.

Deze publicatie dient als volgt geciteerd te worden:

Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Perinatale gegevens in het Brusselse Gewest – Jaar 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.

Auteurs

Charlotte Leroy
Virginie Van Leeuw
Yvon Englert

Vertaling

Jan Jacobs

Lay-out

E & P Consult

Secretariaat

Nadia Di Benedetto
Fatima Bercha
Khadija El Morabit

Met onze welgemeende dank aan

onze gesprekspartners van de materniteiten: Yves Baukens van de Europa Ziekenhuizen Sint-Michiel, Marie-France Beatrix, Patricia Barlow, Bernadette Sommereijns en Julien Vandevelde van het Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter, Nathalie Chiampo, Pascal Vandenhouweele, 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, Christine Kirkpatrick en Philippe Revelard van het Erasmus Ziekenhuis, Carine Vanden Hende, Valérie Maes en Caroline Bersier van de Kliniek Sint-Jan en Kris Werbrouck van de Europa Ziekenhuizen Sint-Elisabeth.

We danken eveneens het personeel van de materniteiten, de zelfstandige vroedvrouwen en het personeel van de gemeentebesturen voor de bijkomende informatie ter aanvulling van de databank.

Deskundigen die een bijdrage leverden aan de samenstelling van dit document

Het Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad
Al de leden van de wetenschappelijke raad van het CEpiP

Voor meer informatie

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

INTRODUCTION

The objective of the "Centre for Perinatal Epidemiology" (CEpiP) is to collect maternal and perinatal health statistics using routine exhaustive register of perinatal data (births and perinatal deaths) in Wallonia and in Brussels. The process has functioned since 2008. This report presents the results of the statistical analyses of live births and stillbirths in 2011 in Brussels Capital City Region (all births occurring in the Brussels'area).

METHODOLOGY

The report is developed by using the official data of birth and death in Brussels Region, both the medical and the administrative data. Medical and socio-demographic data were linked and the analysis of evolutions of some indicators of perinatal health was performed.

RESULTS

In total, 24 700 births were registered in Brussels Region, of which 227 were stillbirths. Fetal mortality rates with gestation age of 22 weeks or with birth weights of 500 g was 9,2‰, this rate were respectively 4,8 ‰ with gestation age from 28 weeks and 7,9 ‰ with birth weights from 500 g. Since 2009 we observed an important increase in diabetes rate, a decline rate for arterial high blood pressure and stabilization for the proportion of overweight (32,7 %) and obesity of the pregnant women (10,7 %). The overall caesarean rates remains stable from 2008 to 2011 (20 %), but caesarean rates rose among the women with multiple pregnancies. The inductions rates increased from 26,0 % in 2008 to 28,7 % in 2011, this rates was situated between the rates of Flanders and the Wallonia and appeared among the highest of Europe. Contrary to the caesarean and the induction, the rate of episiotomies decreased over these four years (from 38,0 % to 34,4 %).

DISCUSSION-CONCLUSION

The changes observed over the three to four year, period since the start of CEpiP may simply reflect random variation rather than secular trend. However, it is noteworthy that there has been a decline albeit small in the number of births in Brussels Region, for the first time since almost 10 years. Fetal mortality rates according to the various criteria showed that the interpretation and comparisons had to take into account the definition used in the fetal mortality. The improving in the quality of the medical data for some variables probably owed to the interaction between the maternity units and the CEpiP. On the negative side, completion of the socio-demographic data was less good than in previous years, in particular for educational and professional status.

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	12
1.2.2 Methode en analyse	12
1.2.3 Gegevens	12
2 GEOGRAFISCHE EN TEMPORELE VERGELIJKINGEN VAN DE GEGEVENS	14
3 DEFINITIES	15
4 SYNOPSIS : BRUSSELS GEWEST 2011.	16
4.1 EIGENSCHAPPEN VAN DE MOEDER	16
4.2 EIGENSCHAPPEN VAN HET KIND	16
5 GEBOORTEN IN HET BRUSSELSE GEWEST IN 2011.	17
5.1 GEBOORTECIJFERS	17
5.2 BEVALLINGSCIJFERS	18
5.3 EIGENSCHAPPEN VAN DE OUDERS	18
5.3.1 Sociaaldemografische eigenschappen van de ouders	18
5.3.2 Biomedische eigenschappen van de moeder	23
5.4 EIGENSCHAPPEN VAN DE BEVALLING	28
5.4.1 Ligging van het kind bij de geboorte	28
5.4.2 Foetale bewaking	28
5.4.3 Bevalling via sectio	29
5.4.4 Instrumentele verlossing	35
5.4.5 Inductie van de bevalling	35
5.4.6 Epidurale analgesie	39
5.4.7 Episiotomie	40
5.4.8 Bevallingen zonder verloskundige tussenkomst	41
5.5 MEERVOUDIGE BEVALLINGEN	42
5.6 EIGENSCHAPPEN VAN HET KIND	44
5.6.1 Geboortegewicht	44
5.6.2 Zwangerschapsduur	45
5.6.3 Groep-B-streptokokken	48
5.6.4 Apgar-score	48
5.6.5 Beademing van de pasgeborene	49
5.6.6 Opname in een neonatale afdeling	49
5.6.7 Geslacht van het kind bij de geboorte	50
5.6.8 Afwijkingen	50
5.7 PLAATS VAN DE BEVALLING	51
5.7.1 Bevallingen in de materniteit	51
5.7.2 Bevallingen buiten de materniteit	51
5.8 MORTINATALITEIT	53
5.8.1 Cijfers	53
5.8.2 Verdeling van de doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd	54
5.8.3 Oorzaken van de foetale mortaliteit	55
6 BESLUIT	56
7 REFERENTIES	59

8	BIJLAGEN		60
	Bijlage 1.	Statistisch aangifteformulier van de geboorte van een levend geboren kind	60
	Bijlage 2.	Statistisch formulier voor de aangifte van het overlijden van een kind jonger dan één jaar of van een doodgeboorte	66
	Bijlage 3.	CEpiP-luik	72
	Bijlage 4.	e-Birth variabelen	74

TABELLEN

Tabel 1 :	Details van de geboorten	17
Tabel 2 :	Details van de bevallingen	18
Tabel 3 :	Spreiding van de moeders naargelang de leeftijd bij de bevalling	19
Tabel 4 :	Nationaliteit van de moeder naar bevalling	21
Tabel 5 :	Verblijfplaats van de moeder bij de bevalling	21
Tabel 6 :	Opleidingsniveau van de moeder bij de bevalling	22
Tabel 7 :	Burgerlijke staat en gezinstoestand van de moeder naar bevalling	22
Tabel 8 :	Beroepssituatie van de ouders bij de bevalling	23
Tabel 9 :	Verdeling pariteit naar bevalling	23
Tabel 10 :	Beroepssituatie naar pariteit	24
Tabel 11 :	HIV-status van de moeders bij de bevalling	24
Tabel 12 :	Ontstaan van de zwangerschap bij HIV-seropositieve moeders	24
Tabel 13 :	Beschrijving van het gewicht en de lengte van de moeder bij het begin van de zwangerschap	24
Tabel 14 :	Verdeling overgewicht en obesitas bij moeders van 18 jaar en ouder naargelang de zwangerschapsleeftijd	25
Tabel 15 :	Gemiddelde gewichtstoename volgens de BMI bij moeders van 18 jaar en ouder	25
Tabel 16 :	Verdeling hypertensie naar bevalling	25
Tabel 17 :	Verdeling diabetes naar bevalling	25
Tabel 18 :	Verdeling diabetes naar de oorspronkelijke nationaliteit van de moeder	26
Tabel 19 :	Verdeling diabetes naar de leeftijd van de moeder	26
Tabel 20 :	Verdeling diabetes naar de BMI van de moeder	26
Tabel 21 :	Ontstaan van de zwangerschap naar bevalling	27
Tabel 22 :	Verdeling meerlingen naar ontstaan van de zwangerschap	27
Tabel 23 :	Aantal doodgeboren kinderen naar ontstaan van de zwangerschap bij eenlingen	27
Tabel 24 :	Ontstaan van de zwangerschap naar de leeftijd van de moeder	27
Tabel 25 :	Ligging bij de geboorte van levende eenlingen	28
Tabel 26 :	Ligging bij de geboorte van doodgeboren eenlingen	28
Tabel 27 :	Foetale bewaking tijdens de arbeid voor levend geboren kinderen ≥ 37 weken (geplande keizersneden niet meegerekend)	28
Tabel 28 :	Bevallingen naar de vorige keizersnede bij multipara	30
Tabel 29 :	Verdeling keizersneden naar ligging van levende eenlingen	30
Tabel 30 :	Verdeling keizersneden en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen in hoofdligging bij primipara	31
Tabel 31 :	Verdeling keizersneden en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen in hoofdligging bij primipara	31
Tabel 32 :	Indicaties van keizersnede voor levende eenlingen	32
Tabel 33 :	Indicaties van keizersnede voor levende en doodgeboren meerlingen	33
Tabel 34 :	Aantal vacuümextracties en forceps per geboorte	35
Tabel 35 :	Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging van ≥ 37 weken bij primipara	37
Tabel 36 :	Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij multipara zonder vorige keizersnede	38
Tabel 37 :	Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij multipara met vorige keizersnede	38
Tabel 38 :	Verdeling bevallingen zonder verloskundige tussenkomst EN zonder epidurale voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij primipara naar de oorspronkelijke nationaliteit	41
Tabel 39 :	Details van de meerlingzwangerschappen	42
Tabel 40 :	Meerlingzwangerschappen en leeftijd van de moeders naar ontstaan van de zwangerschap	43
Tabel 41 :	Spreiding van het geboortegewicht	44
Tabel 42 :	Spreiding van de zwangerschapsleeftijd naar bevalling	45
Tabel 43 :	Aantal levend- en doodgeboren en vóór 7 dagen gestorven kinderen naar zwangerschapsleeftijd	46
Tabel 44 :	Spreiding van het soort begin van de arbeid naar zwangerschapsleeftijd	46
Tabel 45 :	Bevalling < 37 weken en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen bij primipara	47

Tabel 46 :	Bevalling < 37 weken en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen bij primipara	47
Tabel 47:	Bevalling < 37 weken en BMI voor levende eenlingen bij primipara	47
Tabel 48 :	Bevalling < 37 weken en beroepssituatie van de moeder voor levende eenlingen bij primipara . . .	47
Tabel 49 :	Bevalling < 37 weken en opleidingsniveau van de moeder voor levende eenlingen bij primipara . .	48
Tabel 50 :	GBS-status per bevalling	48
Tabel 51 :	Beademing van de levende pasgeborene	49
Tabel 52 :	Opname van de pasgeborenen in een neonatale afdeling	49
Tabel 53 :	Geslacht van het kind	50
Tabel 54 :	Soorten afwijkingen	50
Tabel 55 :	Aantal materniteiten naar aantal bevallingen	51
Tabel 56 :	Thuisbevalling en leeftijd van de moeder	51
Tabel 57 :	Thuisbevalling en beroepssituatie van de moeder	52
Tabel 58 :	Thuisbevalling en pariteit	52
Tabel 59 :	Verdeling doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd	54
Tabel 60 :	Verdeling doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd voor kinderen met een geboortegewicht hoger of gelijk aan 500g	54
Tabel 61 :	Foetale doodsoorzaken volgens het geboortecertificaat	55

FIGUREN

Figuur 1 :	Evolutie van het aantal geboorten	17
Figuur 2:	Aantal bevallingen onder de leeftijd van 18 jaar naar oorspronkelijke nationaliteit tegenover het totale aantal bevallingen	20
Figuur 3:	Aantal bevallingen op 40 jaar en ouder naar oorspronkelijke nationaliteit tegenover het totale aantal bevallingen	20
Figuur 4 :	Evolutie van het aantal gevallen van hypertensie en diabetes	26
Figuur 5:	Evolutie van het aantal keizersneden voor alle zwangerschappen, eenlingen- en meerlingen zwangerschappen	29
Figuur 6:	Evolutie van het aantal keizersneden voor levende eenlingen in stuitligging naar pariteit	30
Figuur 7:	Aantal keizersneden naar BMI voor levende eenlingen in hoofdligging bij primipara van 18 jaar en ouder	31
Figuur 8:	Evolutie van het aantal keizersneden naar materniteit	33
Figuur 9:	Spreiding van het aantal keizersneden naar materniteit bij primipara voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken	34
Figuur 10:	Spreiding van het aantal keizersneden naar materniteit bij primipara voor levende eenlingen in stuitligging ≥ 37 weken	34
Figuur 11:	Evolutie van het aantal geboorten met instrumentele verlossing	35
Figuur 12 :	Evolutie van het aantal geboorten met inductie	36
Figuur 13 :	Evolutie van het aantal geboorten met inductie naar materniteit	36
Figuur 14 :	Aantal geboorten met inductie naar materniteit voor levend geboren eenlingen in hoofdligging tussen 37 en 40 weken (41 weken niet inbegrepen)	36
Figuur 15:	Aantal geboorten met inductie naar materniteit voor levend geboren eenlingen in hoofdligging tussen 34 en 36 weken	37
Figuur 16:	Aantal geboorten met inductie naar zwangerschapsleeftijd voor levend geboren eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken zonder hypertensie of diabetes	37
Figuur 17 :	Evolutie van het aantal gevallen van epidurale analgesie (behalve geplande keizersneden) naar materniteit	39
Figuur 18:	Aantal gevallen van epidurale analgesie naar materniteit voor levend geboren eenlingen in hoofdligging ≥ 37 , behalve geplande keizersneden	39
Figuur 19:	Evolutie van het aantal gevallen van episiotomie voor vaginale bevallingen	40
Figuur 20 :	Aantal gevallen van episiotomie naar materniteit voor levend geboren eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken	40
Figuur 21:	Aantal bevallingen zonder verloskundige tussenkomst EN zonder epidurale analgesie naar materniteit voor levend geboren eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken	41
Figuur 22 :	Aantal bevallingen zonder verloskundige tussenkomst EN zonder epidurale analgesie voor levend geboren eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij primipara van 18 jaar en ouder naar BMI	41
Figuur 23:	Evolutie van de verhoudingen van meerlingenzwangerschappen	43
Figuur 24 :	Evolutie van het aantal opnames in een neonatale N*- en NIC-dienst van levend geboren kinderen	49
Figuur 25 :	Evolutie van het aantal doodgeborenen	53

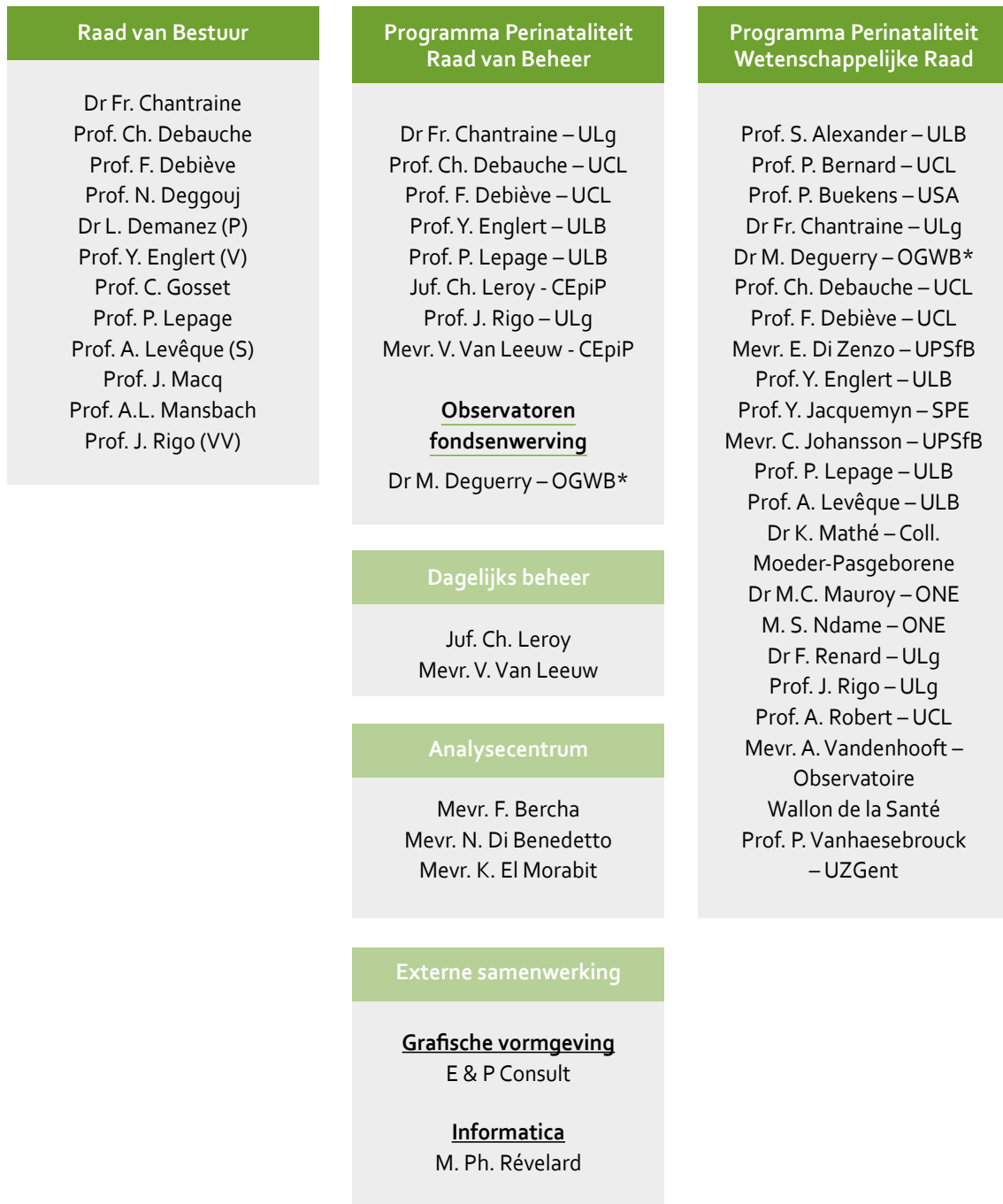
vzw Centre d'Épidémiologie Périnatale, CEpiP

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 gegevens in verband met mortaliteit en perinatale en maternale morbiditeit te verzamelen aan de hand van een permanent en exhaustief register van de perinatale gegevens (geboorten en perinatale sterfgevallen). In deze context verwerkt het centrum de perinatale gegevens die het ontvangt van de Federatie Wallonië-Brussel voor wat betreft de geboorten en overlijdens in Wallonië en van het Observatorium voor gezondheid en welzijn voor de geboorten en overlijdens in Brussel. 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 Waalse 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
P = Penningmeester
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 2011 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 gebeuren **volgens de geboorteplaats. Ze omvatten dus alle geboorten die plaatsvonden op het grondgebied van het Brusselse Gewest.** Dit rapport weerspiegelt de globale perinatale activiteit in Brussel, met 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 papieren statistisch formulier ingevuld worden. Er zijn drie soorten formulieren in gebruik: het Model I «statistisch formulier voor de aangifte van een geboorte van een levend kind» (bijlage 1), het Model IIID «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 vanaf nu over de «statistische geboorte- en overlijdensformulieren».

Deze formulieren bestaan uit verschillende luiken. De medische gegevens worden door de vroedvrouwen en de artsen tijdens de bevalling ingevuld op luik C en/of het CEpiP-luik (ingevoerd in januari 2009 in de Brusselse materniteiten ter vervanging van Luik C voor levend geboren kinderen). Deze vertrouwelijke en anonieme luiken worden rechtstreeks aan het CEpiP overgemaakt. De arts of de vroedvrouw vult eveneens luik B in (met basisinformatie: datum en uur van de geboorte, geslacht, geboorteplaats, of het al dan niet om een meerling gaat) en vermeldt de identiteitsgegevens op het los te maken luik A. Deze luiken wordt overgemaakt aan de dienst burgerlijke stand van de gemeente waar het kind geboren is. Daar verzamelt de ambtenaar van de burgerlijke stand de sociaaldemografische 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. Het wordt overgemaakt aan de gemeenschappelijke besturen: 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 die in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest.

Sinds 2010 wordt er trouwens een elektronisch registratiesysteem voor de geboorte van levend geboren kinderen ingevoerd op federaal niveau onder de naam e-Birth. Dit vervangt stapsgewijs het papieren geboorteaangifteformulier.

Om de uitwisseling van gegevens tussen alle bij de verwerking van geboorteaangiften betrokken actoren te bevorderen, ontwikkelde België de e-Birth toepassing via de Fedict. Het registreren van een geboorte wordt ingezet door de zorgverstrekkers die de bevalling begeleiden, zowel in de materniteiten als thuis of in geboortehuizen. Zij vullen een reeks medische inlichtingen in met betrekking tot de geboorte

(zoals op het CEpiP/SPE¹-luik) en gaan daarbij de identiteit van de moeder en het kind na. Vervolgens overhandigen zij alles via beveiligde elektronische weg aan de ambtenaren van de Burgerlijke Stand van de gemeente waar de geboorte plaatsvond. Dan kan het gemeentebestuur de informatie op het sociaal-demografische formulier invullen.

In het Brusselse Gewest stapten 1 materniteit (Universitaire Ziekenhuizen Saint-Luc) en 1 gemeente (Sint-Lambrechts-Woluwe) in de loop van 2011 over op registratie via e-Birth. 1,8 % van de in 2011 levend geboren kinderen werd via de e-Birth toepassing aangegeven.

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 verloskundige en 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 volksgezondheid.

1.2.2 METHODE EN ANALYSE

Dit rapport beschrijft op synthetische en globale manier de analyses van de perinatale gegevens van de geboorten die plaatsvonden in het Brusselse Gewest. Voor sommige analyses werden de medische gegevens vergeleken met de sociaaldemografische gegevens, om zodoende de perinatale gezondheid te kunnen analyseren in functie van de sociaaldemografische en medische eigenschappen van de moeder. De leeftijd, de oorspronkelijke nationaliteit, het opleidingsniveau en de body mass index van de moeder werden aangevend voor de analyses in functie van hun belang of van gelijkaardige analyses in de literatuur. Alle analyses werden gemaakt met behulp van STATA 12,0 %, 2013 software.

1.2.3 GEGEVENS

De gebruikte gegevens zijn die van het CEpiP-luk en de luiken B en D van het statistische geboorteformulier en de luiken B, C en D van het statistische overlijdensformulier. Voor 1 Brusselse materniteit zijn de gegevens gedeeltelijk afkomstig van medische en sociaaldemografische e-Birth formulieren.

Bij de creatie van het e-Birth platform en de medische en sociaaldemografische formulieren, werden het model van de aangifte van een levend geboren kind (Model I) voor de sociaaldemografische gegevens en van het CEpiP/SPE-luik voor de medische gegevens grotendeels gevolgd. Toch zijn er enkele verschillen.

In het sociaaldemografische luik van e-Birth werden de categorieën van de variabelen «opleidingsniveau», «beroepssituatie» en «sociaal beroepsniveau» lichtjes aangepast. Deze aanpassingen hebben geen invloed op de uitgevoerde analyses in dit rapport, behalve voor het opleidingsniveau, waar vanaf nu het gevolgde onderwijsnet in het lager en hoger middelbaar ontbreekt. Dit vereiste het samenvoegen van de vroegere niveaus van lager en hoger middelbaar onderwijs. Het opleidingsniveau omvat dus 7 categorieën: geen opleiding, lager, lager secundair, hoger secundair, hoger niet-universitair, universitair en andere.

¹ Het SPE-formulier stemt overeen met het medische formulier dat in Vlaanderen gebruik wordt ter vervanging van het luik C van de aangifte van een levend geboren kind. Het is identiek aan het CEpiP-luik, wat vergelijkingen tussen gewesten bevordert.

De variabele « nationaliteit » werd eveneens gehercodeerd naar 16 categorieën:

- **EU15 zonder België** : Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Groothertogdom Luxemburg, Ierland, Italië, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden
- **EU27 zonder UE15** : Bulgarije, Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litouwen, Malta, Polen, Roemenië, Slovenië, Slowakije Tsjechische Republiek,
- **Rusland en Oost-Europa niet-EU27** : Albanië, Armenië, Azerbeidzjan, Bosnië-Herzegovina, Ex-Joegoslavië, Georgië, Kosovo, Kroatië, Macedonië, Montenegro, Moldavië, Oekraïne, Rusland/ USSR, Servië, Wit-Rusland,
- **Andere Europa** : Andorra, Gibraltar, IJsland, Liechtenstein, Monaco, Noorwegen, San Marino, Vaticaanstad, Zwitserland
- **Noord-Amerika**: Canada, Groenland, Saint-Pierre en Miquelon, Verenigde Staten
- **Midden- en Zuid-Amerika en de Caraïben**: Amerikaanse Antillen, Anguilla, Antigua, Argentinië, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Bolivia, Brazilië, Britse Antillen, Chili, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, Dominicaanse Republiek, El Salvador, Equador, Falklands, Frans Guyana, Grenada, Guadeloupe, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaica, Kaaiman Eilanden, Kitts and Nevis, Maagdeneilanden, Martinique, Mexico, Montserrat, Nederlandse Antillen, Nederlands Guyana, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Porto-Rico, Saint Lucia, Saint Vincent, Suriname, Trinidad en Tobago, Turks- en Caicoseilanden, Uruguay, Venezuela
- **Oceanië** : Amerikaanse kleinere afgelegen eilanden, Amerikaans Samoa, Australië, Christmas, Cocos, Cook, Fidji, Frans Polynesië, Guam, Heard en Mac Donald, Kiribati, Marshall, Micronesië, Nauru , Niue, Noordelijke Mariana Eilanden, Norfolk, Nieuw-Caledonië, Nieuw-Zeeland, Palou, Papoua-Nieuw Guinea, Pitcairn, Salomon, Samoa, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis en Futuna
- **Zuidoost-Azië**: Bangladesh, Bhoutan, Brunei, Cambodja, China, Filippijnen, Hong Kong, India, Indonesië, Japan, Laos, Macao, Maleisië, Malediven, Mongolië, Myanmar (Birma), Nepal, Noord-Korea, Oost-Timor, Singapore, Sri Lanka, Taiwan, Thailand, Vietnam, Zuid-Korea
- **Noord-, West-Azië en Nabije Oosten**: Afghanistan, Armenië, Azerbeidzjan, Bahrein, Georgië, Irak, Iran, Israël, Jemen, Jordanië, Kazachstan, Kirgizië, Koeweit, Libanon, Oman, Oezbekistan, Pakistan, Palestina, Qatar, Saoedi-Arabië, Syrië, Tadzjikistan, Turkmenistan, Verenigde Arabische Emiraten
- **Andere Maghreb en Egypte** : Algerije, Egypte, Libië, Mauritanië, Sahara, Tunesië
- **Andere Afrika sub-sahara** : Afars en Issas, Angola, Benin, Bophutatswana, Botswana, Britse Overzeese Gebieden, Burkina Faso, Burundi, Cabinda, Capverdische Eilanden, Centraal Afrikaanse Republiek, Comoren, Djibouti, DR Congo, DR Madagascar, Eritrea, Ethiopië, Equatoriaal Guinee, Fernando Poo, Gabon, Gambia, Ghana, Guinee, Guinee-Bissau, Ivoorkust, Kameroen, Kenia, Lesotho, Liberia, Malawi, Mali, Mauritius, Mayotte, Mozambique, Namibië, Ngwane, Niger, Nigeria, Oeganda, Opper-Volta, Portugees Guinee, Réunion, Rhodesia, Rwanda, Sao Tomé en Principe, Senegal, Seychellen, Senegambia, Sierra Leone, Sint-Helena, Somalië, Soedan, Swaziland, Tanzania, Togo, Transkei, Tsjaad, Urundi, Zambia, Zimbabwe, Zuid-Soedan, Zuid-Afrika

In het medische luik kan men nog slechts 1 wijze van verlossing aanduiden (de laatste wijze van verlossing), dus niet langer 2 of 3 zoals in het CEpiP-luik (de moeder kon eerst een poging met forceps ondergaan en vervolgens een niet geplande keizersnede). Dit kleine verschil vormt geen probleem voor de uitgevoerde analyses in dit rapport, aangezien deze uitsluitend op de laatste wijze van verlossing berusten. Verder omvat het nieuwe e-Birth formulier een bijkomende variabele: «intentie om het kind borstvoeding te geven». Deze variabele zal niet worden geanalyseerd gezien het beperkte aantal aangiften van levend geboren kinderen via e-Birth (1,8 %).

De e-Birth variabelen kunt u raadplegen in bijlage 4.

2. Geografische en temporele vergelijkingen van de gegevens

De gegevens in dit rapport betreffen dus de geboorten die plaatsvonden in de 11 materniteiten van het Brusselse Gewest die actief waren in 2011, evenals de geboorten buiten het ziekenhuismidden op het Brusselse grondgebied. Een groot aantal Brusselse materniteiten heeft een universitair karakter, wat een impact kan hebben op de perinatale gegevens.

Deze gegevens kunnen vergeleken worden met die van Wallonië voor 2011 (1). Ze kunnen ook vergeleken worden met de door het SPE gepubliceerde gegevens voor 2011 (2), met dien verstande dat de SPE in zijn rapport alle geboorten in Vlaanderen meerekent, maar ook die in het UZ-VUB van Jette (één van de 11 Brusselse materniteiten die in dit rapport aan bod komen). Ook belangrijk: de SPE houdt geen rekening met levend of doodgeboren kinderen met een geboortegewicht lager dan 500 g (ongeacht de zwangerschapsleeftijd).

De gegevens kunnen eveneens dienen voor temporele vergelijkingen met de gegevens van het Brusselse Gewest van de vorige jaren: 2008 (3), 2009 (4) en 2010 (5) voor de variabelen die zowel op luik C als op het CEpiP-luik vermeld staan en uitsluitend met de jaren 2009 en 2010 voor de nieuwe variabelen van het CEpiP-luik.

3. Definities

LEVENDE GEBOORTE

Elke als levend aangegeven geboorte, ongeacht het geboortegewicht en de zwangerschapsleeftijd.

DOODGEBOREN KIND

Elk overlijden (in utero of tijdens de bevalling) van een kind of foetus met een gewicht ≥ 500 g en/of een zwangerschapsleeftijd ≥ 22 weken.

PARITEIT

Elke levende geboorte, ongeacht de zwangerschapsleeftijd en elk doodgeboren kind van ≥ 22 weken en/of een gewicht ≥ 500 g. 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 van $\geq 14/ \geq 9$, zwangerschapshypertensie of bestaande hypertensie.

DIABETES

Elke zwangerschapsdiabetes **of** eerder bestaande diabetes.

HIV-SEROPOSITIVITEIT

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: continue registratie van de hartritmewijzigingen van de foetus en hun tijdelijke relatie met de contracties van de baarmoeder.

STAN-monitor: aanvullend medisch toestel naast de Cardiotocogram om het ST-segment en de EKG te registreren en te kijken in welke mate de foetus zich kan verdedigen tegen zuurstoftekort.

MBO (microbloedonderzoek): meting van de pH van het bloed van de foetus door een druppel bloed af te nemen van de hoofdhuid.

INDUCTIE

Elke inductie of «inleiding van de baring» 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 weeën-activiteit wordt als inductie geklasseerd.

WIJZE VAN VERLOSSING

Primaire sectio: uitgevoerd op een gepland tijdstip, bij een zwangere met intacte vliezen en niet in arbeid.

Secundaire sectio: 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).

N*-DIENST

Niet-intensieve neonatale dienst

NIC-DIENST

Neonatal Intensive Care /Intensieve neonatale dienst

4. Synopsis :

Brussels Gewest 2011

4.1 EIGENSCHAPPEN VAN DE MOEDER

Eenlingen		23 708	(98,0 %)
Tweelingen		484	(2,0 %)
Drielingen		8	(0,03 %)
Pariteit	Primipara	10 518	(43,5 %)
	Multipara	13 651	(56,5 %)
Ontstaan van de zwangerschap	Spontaan	22 029	(95,2 %)
	Medisch begeleid	1 105	(4,8 %)
Hypertensie		1 007	(4,2 %)
Diabetes		1 574	(6,6 %)
Duur van de zwangerschap	<28 weken	180	(0,7 %)
	28-31 weken	218	(0,9 %)
	32-36 weken	1 474	(6,1 %)
	≥ 37 weken	22 293	(92,3 %)
Inductie		6 938	(28,7 %)
Epidurale analgesie		17 538	(72,8 %)
Sectio		4 835	(20,0 %)
Episiotomie		6 658	(27,6 %)

4.2 EIGENSCHAPPEN VAN HET KIND

Ligging van het kind	Achterhoofdsligging	21 921	(89,0 %)
	Andere hoofdligging	1 277	(5,2 %)
	Stuitligging	1 278	(5,2 %)
	Dwarsligging	158	(0,6 %)
Geboortegewicht	< 500 g (indien meer dan 22 weken)	30	(0,1 %)
	500 -1 499 g	426	(1,7 %)
	1 500 -2 499 g	1 443	(5,9 %)
	≥ 2 500 g	22 745	(92,3 %)
Geslacht	Mannelijk	12 640	(51,2 %)
	Vrouwelijk	12 058	(48,8 %)
Opname in een neonatale afdeling	N*-dienst	1 621	(6,6 %)
	NIC-dienst	1 284	(5,3 %)
Doodgeboren		227	(0,9 %)

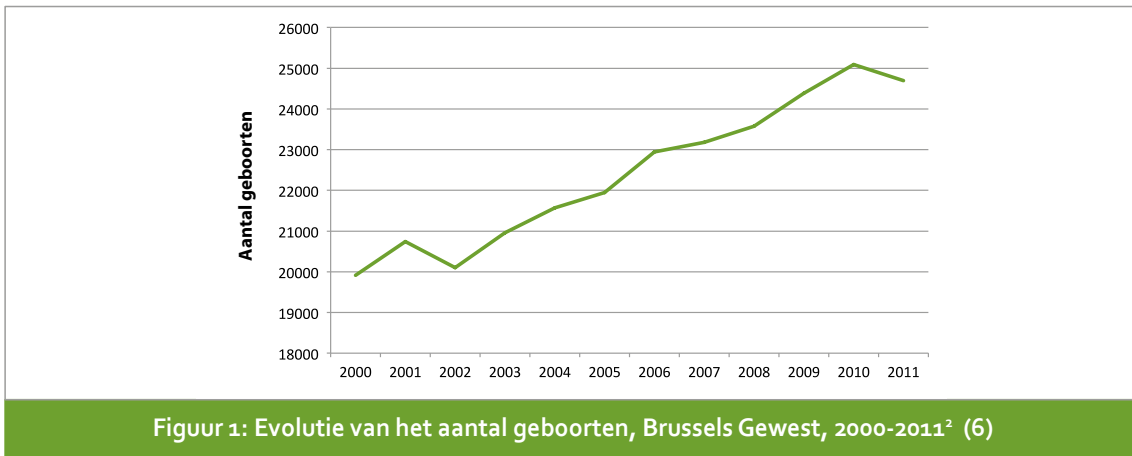
5. Geboorten in het Brusselse Gewest in 2011

5.1 GEBOORTECIJFERS

24 700 geboorten vonden plaats op het Brusselse grondgebied en werden geregistreerd door de burgerlijke stand.

Tabel 1 : Details van de geboorten, Brussels Gewest, 2011	
	24 473 levend geboren kinderen
	227 doodgeboren kinderen van ≥ 500 g en/of ≥ 22 weken
of	994 meerlingen
	23 706 eenlingen
Total :	24 700 geboorten

In 2010 waren er 25 095 geboorten (5).



Figuur 1: Evolutie van het aantal geboorten, Brussels Gewest, 2000-2011² (6)

Figuur 1 toont een constante stijging van het aantal geboorten in het Brusselse Gewest van 2002 tot 2010 (meer dan 25 000 geboorten in 2010), met een lichte terugval in 2010 en 2011.

² Gegevens van 2000 tot 2007 : bron: Statistische geboorte- en overlijdensformulieren, Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad

5.2 BEVALLINGSCIJFERS

Tabel 2 : Details van de bevallingen, Brussels Gewest, 2011

Tabel 2 : Details van de bevallingen, Brussels Gewest, 2011	
Eenlingen : 23 706 bevallingen	
	23 504 bevallingen van levende eenlingen
	202 bevallingen van doodgeboren eenlingen
Meerlingen : 494 bevallingen	
	465 bevallingen van levende tweelingen
	13 bevallingen van tweelingen met 1 levend- en 1 doodgeboren kind
	2 bevallingen van tweelingen met 1 levend kind en 1 foetus overleden in utero voor 22 weken
	6 bevallingen van doodgeboren tweelingen
	8 bevallingen van levende drielingen
Total : 24 200 bevallingen	

In 2010 waren er 24 516 bevallingen (5).

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 SOCIAALDEMOGRAFISCHE EIGENSCHAPPEN VAN DE OUDERS

5.3.1.1 LEEFTIJD MOEDER

De gemiddelde leeftijd van de moeder bij de bevalling is **30,9 jaar** (minimum : 12,6 jaar – maximum : 51,5 jaar), de mediaal leeftijd is **31,0 jaar** (p25 : 27,1 jaar – p75 : 34,7 jaar).

Bij primipara is de mediaal leeftijd **29,0 jaar** (p25 : 25,3 jaar – p75 : 32,8 jaar). De gemiddelde leeftijd is **29,2 jaar** (min. : 12,6 jaar – max. : 51,5 jaar).

Bij multipara is de mediaal leeftijd **32,3 jaar** (p25 : 28,9 jaar – p75 : 35,8 jaar). De gemiddelde leeftijd is **32,3 jaar** (min. : 13,9 jaar – max. : 51,0 jaar).

Vergelijkende tabel

Vlaanderen 2011(2) :

Gemid. leeftijd primipara : 28,3 jaar
Gemid. leeftijd multipara : 31,2 jaar

Wallonië 2011 (1) :

Gemid. leeftijd : 29,5 ans
Gemid. leeftijd primipara : 27,4 ans
Gemid. leeftijd multipara : 31,1 ans

Brussel 2010(5) :

Gemid. leeftijd : 30,9 ans
Gemid. leeftijd primipara : 29,2 ans
Gemid. leeftijd multipara : 32,2 ans

3 geboortedata van de moeder konden niet verkregen worden.

Het Euro-Peristat project (7) 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), zoals dit het geval is in dit rapport.

Tabel 3 : Spreiding van de moeders naargelang de leeftijd bij de bevalling (N=24 197), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens	
Leeftijd (jaar)	Aantal bevallingen	%	Wallonië 2011(1) %	Vlaanderen 2011(2) %
10-14	8	0,0	0,0	1,8
15-19	491	2,0	3,7	
20-24	3 128	12,9	17,2	13,0
25-29	6 766	28,0	33,8	36,9
30-34	8 115	33,5	29,1	34,0
35-39	4 449	18,4	13,3	12,0
40-44	1 163	4,8	2,8	2,2
45-49	72	0,3	0,1	0,1
≥ 50	5	0,0	0,0	

De geboortedatum is onbekend voor 3 moeders (0,01 %).

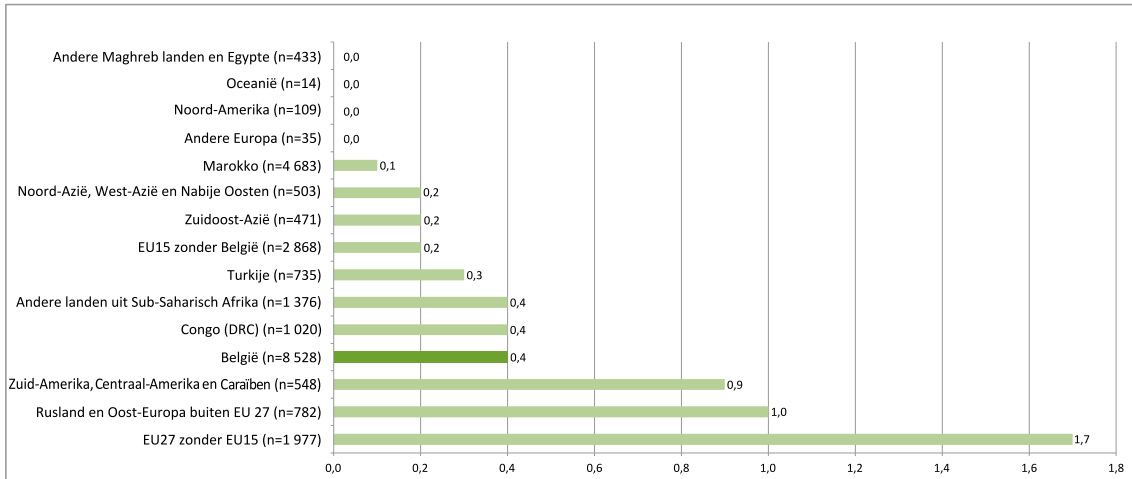
We noteren 8 bevallingen onder de leeftijd van 15 jaar (0,03 % van de bevallingen) en 102 bevallingen onder de leeftijd van 18 jaar (0,4 % van de bevallingen). Van de moeders onder de leeftijd van 18 jaar zijn er 30 met de oorspronkelijke Belgische nationaliteit (30,0 %).

Het aandeel moeders jonger dan 20 jaar bij de bevalling bedraagt **2,0 %** en ligt lager dan in Wallonië (3,7 %) (1). Het aandeel moeders van 35 jaar en ouder bedraagt dan weer **23,5 %**, wat meer is dan in Wallonië (16,2 %) (1).

Van de moeders van 35 jaar en ouder zijn **27,9 %** primipara (bevallen voor het eerst) en **18,1 %** grote multipara (bevallen voor de vierde keer of meer).

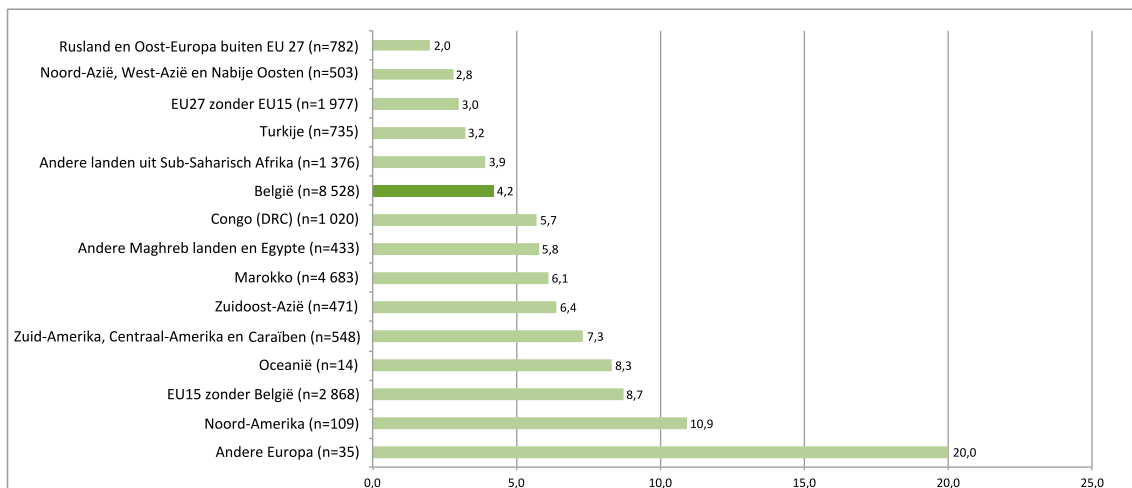
Het aandeel moeders van 45 jaar en ouder bedraagt **0,3 %**. Daarvan zijn er 20 (26,0 %) met de oorspronkelijke Belgische nationaliteit en 18 (23,4 %) met een oorspronkelijke Marokkaanse nationaliteit.

Van 2008 tot 2011 ligt de spreiding naargelang de leeftijd gelijk. In die vier jaar bleef de gemiddelde leeftijd van de moeder bij de bevalling zeer stabiel (van 30,8 tot 30,9 jaar).



Figuur 2 : Aantal bevallingen onder de leeftijd van 18 jaar naar oorspronkelijke nationaliteit tegenover het totale aantal bevallingen, 2011

De nationaliteit van de moeder is niet bekend voor 94 moeders (0,4 %).
 De nationaliteit van de moeder is onbepaald, staatloos,... voor 24 moeders (0,1 %).



Figuur 3 : Aantal bevallingen op 40 jaar en ouder naar oorspronkelijke nationaliteit tegenover het totale aantal bevallingen (N=24 082), Brussels Gewest, 2011

De nationaliteit van de moeder is niet bekend voor 94 moeders (0,4 %).
 De nationaliteit van de moeder is onbepaald, staatloos,... voor 24 moeders (0,1 %).

Voor de moeders met de oorspronkelijke Belgische nationaliteit stemt het aantal bevallingen voor de leeftijd van 18 jaar en na de leeftijd van 40 jaar overeen met de periode 2008 tot 2011.

5.3.1.2 NATIONALITEIT VAN DE MOEDER

Tabel 4 : Nationaliteit van de moeder naar bevalling, Brussels Gewest, 2011				
Nationaliteit	Oorspronkelijke nationaliteit (N=24 106)		Huidige nationaliteit (N=24 118)	
	Aantal	%	Aantal	%
België	8 528	35,4	13 229	54,9
UE15 zonder België	2 868	11,9	2 735	11,3
UE27 zonder UE15	1 977	8,2	1 912	7,9
Rusland en Oost-Europa niet UE27	782	3,2	583	2,4
Andere Europe	35	0,1	24	0,1
Turkije	735	3,0	340	1,4
Marokko	4 683	19,4	2 238	9,3
Andere Maghreb en Egypte	433	1,8	262	1,1
Congo (RDC)	1020	4,2	586	2,4
Andere Afrika sub-Sahara	1 376	5,7	1 013	4,2
Noord-Amerika	109	0,5	97	0,4
Midden- en Zuid-Amerika en Caraïben	548	2,3	415	1,7
Noord- en West-Azië en Nabije Oosten	503	2,1	336	1,4
Zuidoost-Azië	471	2,0	329	1,4
Oceanië	14	0,1	13	0,1
Andere (straatloos, onbepaald)	24	0,1	6	0,0

De oorspronkelijke leeftijd is onbekend voor 94 moeders (0,4 %) en de huidige voor 82 moeders (0,3 %).

45,1 % van de moeders zijn niet Belgisch op het moment van de bevalling. Bovendien heeft 64,6 % van de moeders niet de oorspronkelijke Belgische nationaliteit³, dat betekent dat ze **niet als Belgisch geboren** zijn. De meest vertegenwoordigde andere oorspronkelijke nationaliteiten zijn Marokkaans (19,4 %), Congolees (4,2 %), Frans (4,0 %) en Turks (3,0 %). Het aandeel moeders van niet Belgische nationaliteit bij de bevalling stijgt van 40,8 % naar 45,1 % van 2008 tot 2011.

5.3.1.3 WOONPLAATS VAN DE MOEDER

Tabel 5 : Verblijfplaats van de moeder bij de bevalling (N=24 162), Brussels Gewest, 2011		
Verblijfplaats	Aantal	%
Brussel	18 307	75,8
Totaal Vlaanderen :	3 859	16,0
Oost-Vlaanderen	268	1,1
West-Vlaanderen	23	0,1
Limburg	33	0,1
Antwerpen	196	0,8
Vlaams-Brabant	3 339	13,8
Totaal Wallonië	1 814	7,5
Henegouwen	480	2,0
Luik	105	0,4
Luxemburg	31	0,1
Namen	118	0,5
Waals-Brabant	1 080	4,5
Andere landen	182	0,8

De verblijfplaats van de moeder is onbekend voor 38 moeders (0,2 %).

De overgrote meerderheid van de moeders die bevielen op het Brusselse grondgebied (75,8 %) verblijft in het Brusselse Gewest.

³ Het betreft hier de oorspronkelijke nationaliteit van de moeder (m.a.w. haar nationaliteit voor haar eigen geboorte, die geen rekening houdt met de oorspronkelijke nationaliteiten van de vorige generatie) .

5.3.1.4 OPLEIDINGSNIVEAU VAN DE MOEDER

Tabel 6 : Opleidingsniveau van de moeder bij de bevalling (N=21 461), Brussels Gewest, 2011		
Opleidingstype	Aantal	%
Geen opleiding	323	1,5
Lager onderwijs	2 087	9,7
Lager middelbaar	3 282	15,3
Hoger middelbaar	7 872	36,7
Hoger niet-universitair	3 198	14,9
Hoger universitair	4 673	21,8
Andere (speciaal, lopende studies, in het buitenland)	26	0,1
Het opleidingsniveau van de moeder is onbekend voor 2 739 moeders (11,3 %).		

73,4 % van de moeders behaalde een diploma van hoger middelbaar onderwijs. Daarvan bezit 15 % een diploma van hoger niet-universitair onderwijs en iets meer dan 20 % een universitair diploma.

Deze variabele wordt vaak verwaarloosd door de ambtenaren van de burgerlijke stand, zoals blijkt uit het hoge aantal ontbrekende gegevens : 2 739 ontbrekende antwoorden (11,3 %), met vrij uiteenlopende cijfers naargelang de gemeente (0,1 % tot 57,5 %). Dit gegeven wordt nog minder goed geregistreerd bij een doodgeboren kind, waar 81,4 % van de gegevens dit jaar ontbreken.

Verder noteren we een constante stijging van het aantal ontbrekende gegevens over het opleidingsniveau van 2009 tot 2011 (7 % tot 11,3 %).

5.3.1.5 BURGERLIJKE STAAT EN GEZINSTOESTAND VAN DE MOEDER

Tabel 7 : Burgerlijke staat en gezinstoestand van de moeder naar bevalling (N=24 062), Brussels Gewest, 2011		
Burgerlijke staat en gezinstoestand	Aantal	%
Ongehuwd en alleenwonend	2 787	11,6
Ongehuwd en samenwonend	5 041	21,0
Gehuwd en samenwonend	14 948	62,1
Gehuwd en alleenwonend	444	1,8
Weduwe, gescheiden, gescheiden van tafel en bed, samenwonend	411	1,7
Weduwe, gescheiden, gescheiden van tafel en bed, alleenwonend	431	1,8
De burgerlijke staat en gezinstoestand zijn onbekend voor 138 moeders (0,6 %).		

Het aandeel ongehuwde en zelfverklaard alleenwonende moeders bedraagt 11,6 %. Het laatste rapport met de geboorten, opgevolgd door ONE (Office de la naissance et de l'enfance) van 2008 tot 2010 (8) maakt gewag van 7,3 % alleenstaande moeders (Wallonië en Brussel samen). Wanneer men het aantal ongehuwde en zelfverklaard alleenwonende moeders in het Brusselse Gewest en in Wallonië samentelt, stijgt hun aandeel tot 13,9 % - dat is ruim boven de schattingen van ONE in hun rapporten. Het verzamelen van de gegevens van ONE gebeurt door maatschappelijk en medisch personeel in het werkveld, terwijl de ambtenaar van de burgerlijke stand de autoriteiten vertegenwoordigt en dus enige angst inboezemt in verband met mogelijk toezicht. In sommige gevallen kan het aangeven van samenleven of alleen leven al dan niet voordeliger zijn, zodat men liever geen aangifte doet.

5.3.1.6 BEROEPSSITUATIE VAN DE OUDERS

Tabel 8 : Beroepssituatie van de ouders bij de bevalling, Brussels Gewest, 2011				
Beroepssituatie	Vader (N=21 886)		Moeder (N=23 562)	
	Aantal	%	Aantal	%
Actief	17 280	79,0	12 439	52,8
Werkloos	1 530	7,0	2 312	9,8
Zonder beroep (OCMW / mutualiteit / invaliditeit / ongeschiktheid / zonder beroep / opleiding / rentenier)	2 919	13,3	8 399	35,6
Gepensioneerd	17	0,1	0	0,0
Student	140	0,6	412	1,7
De beroepssituatie is onbekend voor 2 314 vaders (9,6 %) en voor 638 moeders (2,6 %).				

Het aandeel actieve vaders bleef stabiel van 2008 tot 2011, het ging van **80,7 %** naar **79,0 %**. Het aandeel actieve moeders verminderde in die vier jaren (van **54,4 % tot 52,8 %**).

Verder stellen we een lichte stijging van het aantal ontbrekende gegevens in verband met de beroepssituatie van de ouders vast van 2008 tot 2011 (**1,1 % tot 2,6 %** voor de moeders).

5.3.2 BIOMEDISCHE EIGENSCHAPPEN VAN DE MOEDER

5.3.2.1 PARITEIT

Aantal primipara : **43,5 %**.

Tabel 9 : Verdeling pariteit naar bevalling (N=24 169), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens	
Pariteit	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %	Aantal primipara :
1	10 518	43,5	44,2	Vlaanderen 2011 (2) : 45,8 Wallonië 2011 (1) : 43,9
2	7 793	32,2	31,2	
3	3 816	15,8	16,0	
4	1 382	5,7	6,0	
5	432	1,8	1,9	
6	138	0,6	0,6	
7	55	0,2	0,2	
8	19	0,1	0,1	
9	9	0,0	0,0	
10	4	0,0	0,0	
11	2	0,0	0,0	
12	1	0,0	0,0	
De pariteit is onbekend voor 31 moeders (0,1 %).				

Het aantal grote multipara (4de bevalling of meer) bedraagt 2 042 (**8,5 %**).

Bij de multipara hebben 218 patiënten in de voorgeschiedenis minstens 1 doodgeboren kind (1,5 % van de bevallingen).

Van 2008 tot 2011 bleef de verhouding primipara en multipara stabiel met ongeveer 44 % primipara.

Tabel 10 : Beroepssituatie naar pariteit (N=23 499), Brussels Gewest, 2011

Pariteit	Actief		Studente		Werkloos		Zonder beroep	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
1	5 858	57,3	295	2,9	863	8,4	3 202	31,3
2-3	5 947	52,6	112	1,0	1 176	10,4	4 063	36,0
4+	625	31,5	5	0,3	270	13,6	1 083	54,6

5.3.2.2 HIV-SEROPOSITIVITEIT

Tabel 11 : HIV-status van de moeders bij de bevalling (N=21 790), Brussels Gewest, 2011

HIV-status	Aantal	%	Vergelijkende gegevens
Positief	125	0,6	Brussel 2010 (5) % 0,5
Negatief	21 456	98,5	98,7
Weet niet	123	0,6	0,8
Niet getest	86	0,4	0,1

De HIV-status is onbekend voor 2 410 moeders (10,0 %).

Het hoge aandeel onbekende gegevens is te wijten aan het feit dat een Brusselse materniteit dit gegeven niet verzamelt. Bij de 125 bevallingen met een positieve HIV-status werden 126 kinderen geboren, waarvan 3 doodgeboren.

Van 2009 tot 2011 werd geen enkele evolutie genoteerd in het aandeel moeders met positieve HIV-status.

Tabel 12 : Ontstaan van de zwangerschap bij HIV-seropositieve moeders (N=122), Brussels Gewest, 2011

Soort ontstaan	Aantal	%
Spontaan	115	94,3
Medisch begeleid	7	5,7

Het soort ontstaan bij HIV-seropositiviteit is onbekend voor 3 moeders (2,4 %).

5.3.2.3 GEWICHT EN LENGTE VAN DE MOEDER

Tabel 13: Beschrijving van het gewicht aan het begin van de zwangerschap en de lengte van de moeder, Brussels Gewest, 2011

Aanvangsgewicht : N= 21 634	Mediaan	63 kg (p25 : 56 kg ; p75 : 72 kg)
Lengte van de moeder : N=21 668	Mediaan	165 cm (p25 : 160 cm ; p75 : 170 cm)

Het aanvangsgewicht is onbekend voor 2 566 moeders (10,6 %) en de lengte voor 2 532 moeders (10,5 %).
De BMI is onbekend voor 3 437 bevallingen (14,2 % van de bevallingen).

Het aandeel moeders ouder dan 18 jaar met overgewicht (Body Mass Index (BMI) ≥ 25 kg/m²) bij aanvang van de zwangerschap bedraagt **32,7 %**, het aandeel obese moeders (BMI ≥ 30 kg/m²) bedraagt **10,7 %**, en het aandeel moeders met morbide obesitas (IMC ≥ 40 kg/m²) bedraagt **0,7 %**. Deze percentages liggen lager dan die van Wallonië (35,9 % moeders met overgewicht, 14,2 % obese moeders en 1,4 % moeders met morbide obesitas) (1). Van de 13 Europese landen/regio's die over gegevens beschikken over de BMI van de moeder, situeert het aantal moeders met overgewicht in het Brussels Gewest in 2010 (32,8 %) zich tussen de laagste vastgestelde resultaten (10de plaats) (7).

Het aandeel moeders ouder dan 18 jaar met ondergewicht (BMI $< 18,5$ kg/m²) bij aanvang van de zwangerschap bedraagt **5,8 %**.

Van 2009 tot 2011 blijven de resultaten voor overgewicht en obesitas vrijwel stabiel.

Tabel 14 : Verdeling overgewicht en obesitas bij moeders van 18 jaar en ouder naargelang de zwangerschapsleeftijd (N=20 682), Brussels Gewest, 2011

Leeftijd (jaar)	Overgewicht (BMI ≥ 25 kg/m ²)		Obesitas (BMI ≥ 30 kg/m ²)	
	Aantal	%	Aantal	%
18-19 (n=337)	76	22,6	21	6,2
20-29 (n=8 403)	2 653	31,6	844	10,0
30-39 (n=10 882)	3 590	33,0	1 195	11,0
40-49 (n=1 056)	448	42,4	162	15,3
50+ (n=4)	1	25,0	0	0,0

Bij de moeders van 40 tot 49 jaar komen overgewicht en obesitas het vaakst voor met respectievelijk **42,4 %** en **15,3 %**.

Tabel 15 : Gemiddelde gewichtstoename volgens de BMI bij de moeders van 18 jaar en ouder (N=19 411), Brussels Gewest, 2011

BMI (kg/m ²)	Gemiddelde gewichtstoename (sd)(kg)
< 18,5 (n=1 099)	13,9 (5,5)
18,5-24,9 (n=11 929)	13,5 (5,3)
25,0-29,9 (n=4 283)	11,7 (6,2)
30,0-39,9 (n=1 958)	9,4 (7,0)
40,0 en meer (n=142)	6,5 (7,5)

De aanbevelingen omtrent de gewichtstoename gedurende de zwangerschap, gepubliceerd in het rapport "Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines" in 2009 (9), 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. De resultaten in Tabel 15 stemmen ongeveer overeen met de richtlijnen voor de gewichtstoename per BMI-categorie.

5.3.2.4 HYPERTENSIE EN DIABETES

Tabel 16 : Verdeling hypertensie naar bevalling (N=24 108), Brussels Gewest, 2011

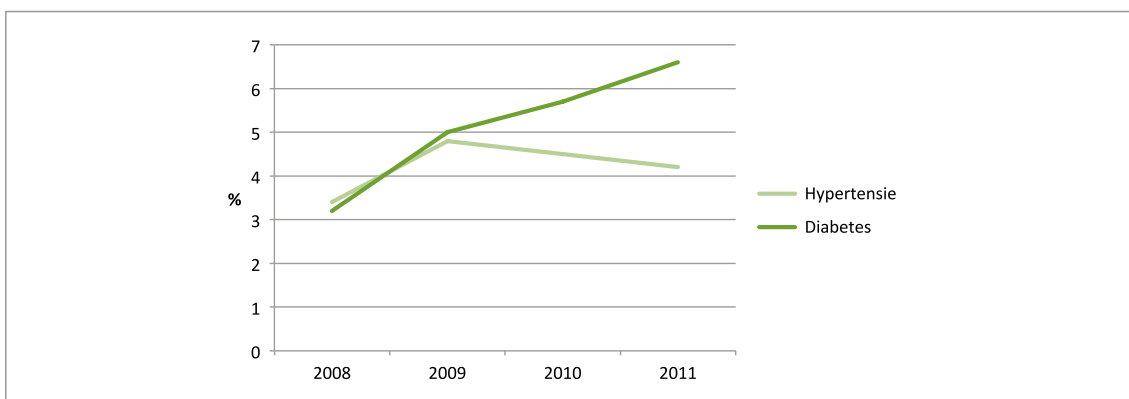
Pariteit	Aantal	%	Vergelijkende gegevens	
			Brussel	2010 (5) %
Primipara (n= 10 492)	530	5,1		5,7
Multipara (n=13 604)	477	3,5		3,5
Totaal (n=24 108)	1 007	4,2		4,5

De hypertensie is onbekend voor 92 vrouwen (0,4 %).

Tabel 17 : Verdeling diabetes naar bevalling (N=24 025), Brussels Gewest, 2011

Pariteit	Aantal	%	Vergelijkende gegevens	
			Brussel	2010 (5) %
Primipara (n= 10 463)	580	5,5		5,1
Multipara (n= 13 551)	994	7,3		6,5
Totaal (n= 24 025)	1 574	6,6		5,8

Diabetes is onbekend voor 175 moeders (0,7 %).



Figuur 4: Evolutie van het aantal gevallen van hypertensie en diabetes, Brussels Gewest, 2008-2011

Het voorkomen van diabetes stijgt sinds 2008, terwijl het voorkomen van hypertensie daalt sinds 2009.

Tabel 18 : Verdeling diabetes naar de oorspronkelijke nationaliteit van de moeder (N=23 938), Brussels Gewest, 2011

Nationaliteit	Aantal	%
België (n=8 484)	440	5,2
Europa zonder België (n=4 807)	229	4,8
Turkije (n=728)	41	5,6
Maghreb en Egypte (= 5 075)	526	10,4
Afrika sub-Sahara (n=1 363)	100	7,3
Andere (n=3 481)	234	6,7

Naargelang de oorspronkelijke nationaliteit van de moeder, komt diabetes het meest voor bij moeders uit de Maghreblanden en Egypte (**10,4 %**).

Tabel 19 : Verdeling diabetes naar de leeftijd van de moeder (N=24 023), Brussels Gewest, 2011

Leeftijd (jaar)	Aantal	%
< 20 (n=484)	9	1,9
20 -29 (n=9 816)	453	4,6
30-39 (n=12 498)	947	7,6
40-49 (n=1 220)	165	13,5
50 + (n=5)	0	0,0

Tabel 20 : Verdeling diabetes naar de BMI van de moeder (N=20 665), Brussels Gewest, 2011

BMI (kg/m ²)	Aantal	%
< 18,5 (n=1 203)	42	3,5
18,5-24,9 (n=12 716)	566	4,5
25,0-29,9 (n=4 540)	436	9,6
30,0-39,9 (n=2 060)	311	15,1
40,0 en meer (n=146)	34	23,3

Beide bovenstaande tabellen vertonen een tendens voor de associaties « diabetes » en « leeftijd van de moeder » alsook voor « diabetes » en « BMI » van de moeder. Hoe hoger de leeftijd van de moeder, hoe vaker diabetes voorkomt met **13,5 %** voor moeders van 40 tot 49 jaar. Wat de BMI betreft wordt de hoogste waarde van **23,3 %** bereikt bij moeders met een BMI van 40,0 kg/m² en meer.

5.3.2.5 ONTSTAAN VAN DE ZWANGERSCHAP

Tabel 21: Ontstaan van de zwangerschap naar bevalling (N=23 134), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens		
Soort ontstaan	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %	Wallonië 2011 (1) %	Vlaanderen 2011 (2) %
Spontaan	22 029	95,2	95,3	95,9	94,0
Hormonale behandeling	247	1,1	1,1	1,0	2,3
ICSI	287	1,2	1,1	0,3	1,5
FIV	571	2,5	2,5	2,9	2,1

Het soort ontstaan is onbekend of werd niet gevraagd voor 4,4 % van de eenlingen en 3,6 % van de meerlingen.

95,2 % van de zwangerschappen kwamen spontaan tot stand. Slechts 1,2 % gevallen van ICSI werden geregistreerd, wat laat vermoeden dat veel ICSI-behandelingen wellicht werden geregistreerd als IVF. Daarom werden de variabelen « hormonale behandeling, ICSI en IVF » in de onderstaande tabellen gegroepeerd onder « medisch begeleid ».

Tabel 22 : Verdeling meerlingen naar het ontstaan van de zwangerschap (N=23 134), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
Soort ontstaan	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Spontaan (n=22 029)	323	1,5	1,7
Medisch begeleid (n= 1 105)	153	13,9	16,5

13,9 % van de zwangerschappen na een medisch begeleide ontstaan leiden tot meervoudige bevallingen. Bij de zwangerschappen van meerlingen noteren we 65,5 % spontane ontstaan en 31,0 % medisch begeleide ontstaan. Die cijfers liggen in de lijn van de cijfers die in 2011 door een Zwitsers team werden voorgelegd op het ESHRE Congres (10) : 72,8 % van de zwangerschappen van meerlingen waren spontaan, 11,2 % waren het gevolg van een stimulatie van de ovulatie – al dan niet met inseminatie en 16,0 % waren het gevolg van IVF of ICSI.

Tabel 23 : Aantal doodgeboren kinderen naar ontstaan van de zwangerschap bij eenlingen (N=22 658), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
Soort ontstaan	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Spontaan (n=21 706)	155	0,7	0,6
Medisch begeleid (n=952)	11	1,2	1,7

Het aantal doodgeboren kinderen naar ontstaan van de zwangerschap ligt bijna tweemaal hoger bij zwangerschappen na een medisch begeleide ontstaan (1,2 %).

Tabel 24 : Ontstaan van de zwangerschap naar de leeftijd van de moeder (N=23 134), Brussels Gewest, 2011					
Eenlingen (n=22 658)			Meerlingen (n=476)		
Leeftijd (jaar)	Spontaan %	Medisch begeleid %	Leeftijd (jaar)	Spontaan %	Medisch begeleid %
<20 (n=473)	100,0	0,0	<20 (n=4)	100,0	0,0
20-29 (n=9 313)	97,7	2,3	20-29 (n=142)	87,3	12,7
30-39 (n=11 733)	95,0	5,0	30-39 (n=291)	63,6	36,4
40-49 (n=1 134)	87,0	13,0	40-49 (n=39)	25,6	74,4
50+ (n=5)	20,0	80,0	50+ (n=0)	0,0	0,0

Zowel voor eenlingen als voor meerlingen vermindert het aantal spontane bevruchtingen met de leeftijd van de moeder. Hoe ouder de moeder, hoe kleiner het aantal spontane bevruchtingen. Het soort bevruchting verschilt niet naargelang de oorspronkelijke nationaliteit en de BMI van de moeder.

5.4 EIGENSCHAPPEN VAN DE BEVALLING

5.4.1 LIGGING VAN HET KIND BIJ DE GEBOORTE

Tabel 25 : Ligging bij de geboorte van levende eenlingen (N=23 444), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
Ligging	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Achterhoofdsligging	21 251	90,6	91,4
Andere hoofdsligging	1 160	4,9	4,0
Stuitligging	953	4,1	4,1
Dwarsligging	80	0,3	0,4
De ligging is onbekend voor 60 levende eenlingen (0,3 %).			

90,6 % van de levende eenlingen vertoont een achterhoofdsligging bij de bevalling.

Tabel 26 : Ligging bij de geboorte van doodgeboren eenlingen (N=199), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
Ligging	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Achterhoofdsligging	121	60,8	67,2
Andere hoofdsligging	25	12,6	5,6
Stuitligging	52	26,1	24,2
Dwarsligging	1	0,5	3,0
De ligging is onbekend voor 3 doodgeboren eenlingen (1,5 %).			

Bijna tweederde van de doodgeboren eenlingen vertoont een achterhoofdsligging bij de bevalling en een kwart een stuitligging. Het hoge percentage stuitliggingen valt te verklaren door het hoge aantal zeer vroeggeboren kinderen met een zwangerschapsleeftijd waarbij stuitligging gebruikelijk is.

Voor de voldragen levende eenlingen verschilt het aantal stuitliggingen naargelang de pariteit met 4,8 % stuitliggingen voor primipara en 2,6 % voor multipara.

Het aantal stuitliggingen verschilt niet naargelang de leeftijd van de moeder of de BMI. In 2009 en 2010 lagen deze percentages evenwel hoger bij moeders van 40-49 jaar en moeders met een BMI lager dan 18,5 kg/m².

5.4.2 FOETALE BEWAKING

Tabel 27 : Foetale bewaking tijdens de arbeid voor levend geboren kinderen ≥ 37 weken (geplande keizersneden niet meegerekend) (N=20 165), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
Monitoring	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Uitsluitend cardiotocogram (CTG)	17 668	87,6	87,0
STAN-monitor*	2 267	11,2	11,3
CTG + Microbloedonderzoek	137	0,7	0,4
Uitsluitend intermittente auscultatie	86	0,4	0,4
CTG + intermittente auscultatie	7	0,0	0,1
* waarvan 2 met microbloedonderzoek			

De meeste levend geboren kinderen met een zwangerschapsleeftijd van 37 weken of meer werd enkel bewaakt met een cardiotocogram (87,6 %).

5.4.3 BEVALLING VIA SECTIO

5.4.3.1 PREVALENTIE

De globale prevalentie bedraagt **20,0** voor 100 bevallingen, en **19,2 %** en **59,0 %** voor respectievelijk bevallingen van één- en meerlingen.

Voor de geplande sectio's bedraagt de prevalentie 9,6 % voor 100 bevallingen en 10,4 % voor niet geplande sectio's.

De gegevens over dit soort bevallingen ontbreekt voor 49 bevallingen (**0,2 %**).

15 sectio's bij meerlingenzwangerschappen werden uitgevoerd tijdens de bevalling, en dit voor het tweede kind (3,0 % van de bevalling van meerlingen). 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 ($\leq 0,5$ %) waar deze benadering sterk verspreid is (11).

Het aandeel keizersneden ligt hoog in het Brusselse Gewest, maar verschilt sterk tussen de materiniteiten onderling (14,9 tot 27,4 %).

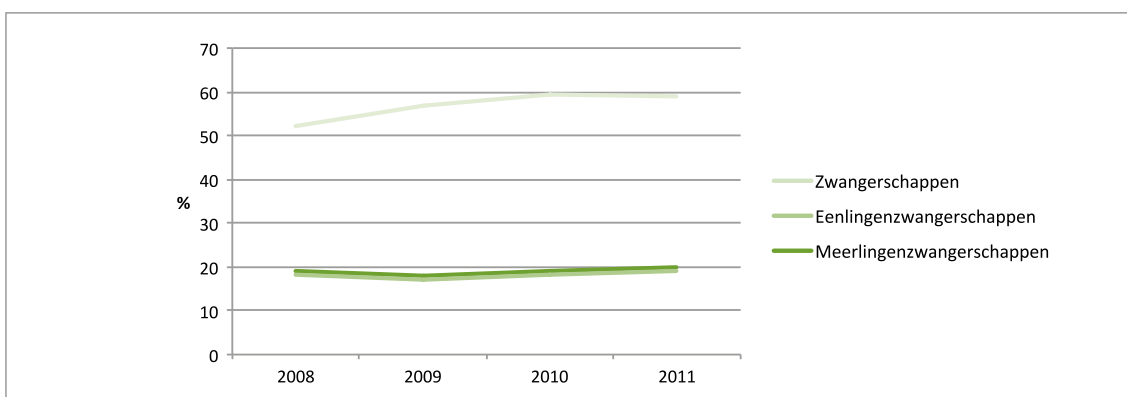
Vergelijkende gegevens

Prevalentie:

Vlaanderen 2011(2) :	19,7 %
Wallonië 2011 (1) :	20,9 %
Brussel 2010 (5) :	19,2 %

Euro-Peristat (7) beveelt aan om het aandeel keizersneden te berekenen op het totale aantal geboorten. We verkrijgen dus 20.8 keizersneden voor 100 geboorten.

Voor 2010 schommelt het aantal keizersneden op Europees niveau tussen **14,8 %** (IJsland) en **52,2 %** (Cyprus). Het Brusselse Gewest (20,2 %) behoort tot de meerderheid van landen met een aandeel van keizersneden lager dan **30 %** (7).



Figuur 5 : Evolutie van het aantal keizersneden voor alle zwangerschappen, eenlingen- en meerlingenzwangerschappen, Brussels Gewest, 2008-2011.

Figuur 5 toont aan dat het aandeel keizersneden vrij constant is bij eenlingenzwangerschappen, maar een meer uitgesproken stijging vertoont bij meerlingenzwangerschappen, van **52,1 %** in 2008 tot **59,0 %** in 2011.

5.4.3.2 VORIGE KEIZERSNEDE

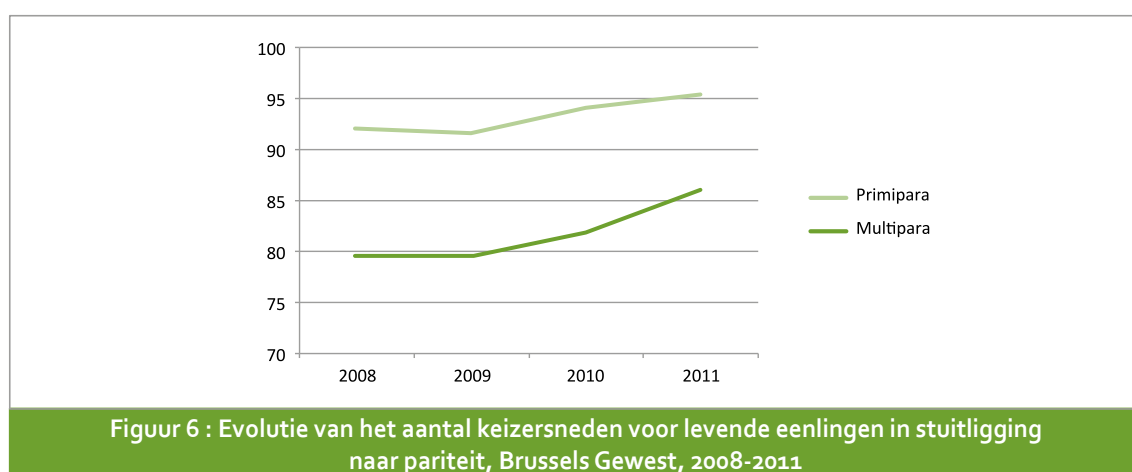
Tabel 28 : Bevalling naar de vorige keizersnede bij multipara (N=13 558), Brussels Gewest, 2011				
Vorige keizersnede	Vaginale bevallingen		Keizersneden	
	Aantal	%	Aantal	%
Ja (n=2 609)	878	33,7	1 731	66,3
Nee (n=10 949)	10 167	92,9	782	7,1
De vorige keizersnede is onbekend voor 3 soorten bevallingen (0,02 %).				

19,2% van de multipara onderging al een vorige keizersnede. Van die 19,2 % zijn een derde vaginale bevallingen en tweederde keizersneden.

5.4.3.3 KEIZERSNEDE EN RISICOFACTOREN

Tabel 29 : Verdeling keizersneden naar ligging bij levende eenlingen (N=23 444), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens	
Ligging	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %	
Achterhoofdsligging (n=21 251)	3 096	14,6	13,7	
Andere hoofdsligging (n=1 160)	456	39,3	40,8	
Stuitligging (n=953)	870	91,3	88,7	
Dwarsligging (n=80)	80	100,0	100,0	
De ligging is onbekend voor 60 levende eenlingen (0,3 %).				

De hoogste percentages van keizersneden komen voor bij levende eenlingen in dwarsligging (100 %) en stuitligging (91,3 %).



Het aantal keizersneden voor levende eenlingen in stuitligging bij primipara en multipara steeg van 2009 tot 2011, het ging van 91,6 % tot 95,4 % voor primipara en van 79,6 % tot 86,0 % voor multipara.

Tabel 30 : Verdeling keizersneden en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen in hoofdligging bij primipara (N=9 608), Brussels Gewest, 2011

Leeftijd (jaar)	Aantal	%
10-14 (n=7)	0	0,0
15-19 (n=395)	28	7,1
20-24 (n=1 955)	248	12,7
25-29 (n=3 215)	484	15,1
30-34 (n=2 653)	464	17,5
35-39 (n=1 094)	281	25,7
40-44 (n=272)	98	36,0
45-49 (n=16)	8	50,0
50 + (n=1)	1	100,0

Vergelijkende gegevens

Brussel 2010 (5) %
33,3
6,2
12,8
12,0
14,5
22,3
34,1
50,0
0,0

Tabel 30 toont aan dat het aantal keizersneden voor levende eenlingen in hoofdligging bij primipara stijgt met de leeftijd van de moeder.

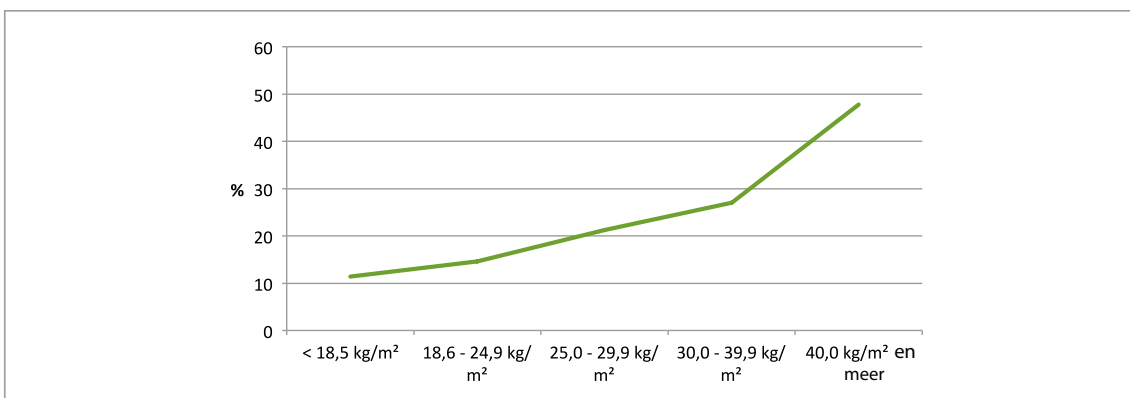
Tabel 31 : Verdeling keizersneden en oorspronkelijke nationaliteit voor levende eenlingen in hoofdligging bij primipare (N=9 602), Brussels Gewest, 2011

Nationaliteit	Aantal	%
België (n=3 630)	537	14,8
Europa zonder België (n= 2 159)	364	16,9
Turkije (n=253)	43	17,0
Maghreb en Egypte (n= 1 763)	284	16,1
Afrika Sub-Sahara (n=455)	126	27,7
Andere (n=1 342)	258	19,2

Vergelijkende gegevens

Brussel 2010 (5) %
12,3
13,0
13,1
15,5
29,0
15,5

Voor levende eenlingen in hoofdligging bij primipara ligt het aandeel keizersneden het hoogst bij moeders afkomstig uit Afrika sub-Sahara (27,7 %).



Figuur 7 : Aantal keizersneden naar BMI voor levende eenlingen in hoofdligging bij primipara van 18 jaar en ouder (N=8 287), Brussels Gewest, 2011

Deze figuur toont aan dat wanneer de BMI van de moeder stijgt, ook het aantal keizersneden stijgt: van **11,4 %** voor moeders met een BMI onder 18,5 kg/m² tot **47,8 %** voor moeders met een BMI van 40 kg/m² of meer.

5.4.3.4 INDICATIES VAN KEIZERSNEDE

Het totale aantal keizersneden bedraagt 4 850. 0,6 % van de oorzaken (27) werd niet verkregen, uitsluitend voor eenlingenzwangerschappen.

Voor 5 doodgeboren verklaarde eenlingen werd een keizersnede uitgevoerd: in 2 gevallen omwille van een pathologie van de placenta of van de moeder, in 1 geval omwille van foetaal lijden, in 1 geval omwille van een dwarsligging en in 1 geval omwille van een uterusruptuur.

De oorzaken van keizersneden bij meerlingenzwangerschappen staan apart vermeld (Tabel 33). De indicatie van de keizersnede bij 7-drievoudige zwangerschappen was bij elk geval de drievoudige zwangerschappen zelf.

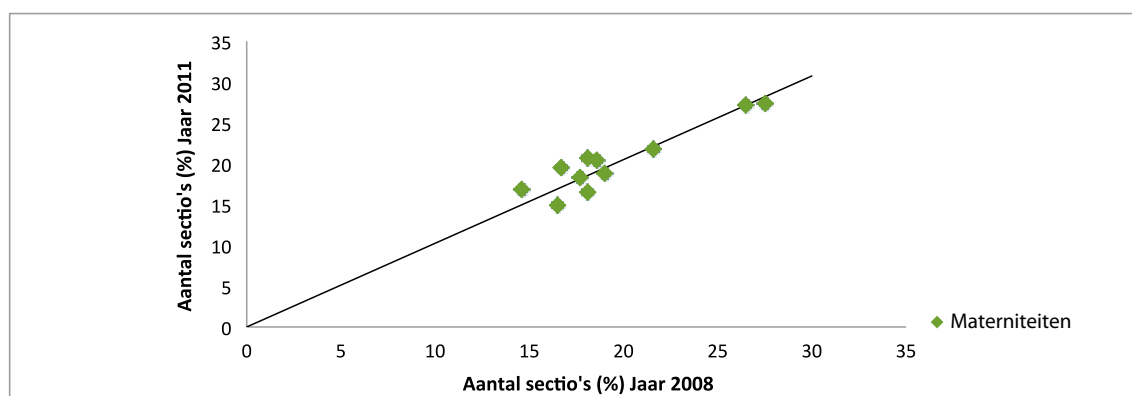
Tabel 32 : Indicaties van keizersnede voor levende eenlingen (N=4 513), Brussels Gewest, 2011		
	Aantal	%
Voorafgaande keizersnede en littekenuterus: TOTAAL	1201	26,6
Vorige keizersnede	1 061	23,5
Meervoudige littekenuterus	109	2,4
Voorgeschiedenis van hysterotomie/myomectomie (zonder keizersnede)	26	0,6
Vorige keizersnede en (vermoeden van) uterusruptuur	5	0,1
Liggingsafwijking: TOTAAL	809	17,9
Stuitligging	666	14,8
Dwarsligging	50	1,1
Aangezicht, voorhoofd en andere ligging	16	0,4
Liggingsafwijking en vorige keizersnede	77	1,7
Dysproportie, niet in arbeid : TOTAAL	192	4,3
Dysproportie, niet in arbeid	180	4,0
Falen van inductie/proef arbeid	12	0,3
Dysproportie niet vorderende ontsluiting : TOTAAL	450	10,0
Dysproportie niet vorderende ontsluiting	424	9,4
Dysproportie niet vorderende ontsluiting en vorige keizersnede	23	0,5
Dysproportie niet vorderende en stuitligging	3	0,1
Dysproportie niet vorderende op volledige ontsluiting : TOTAAL	165	3,7
Dysproportie niet vorderende ontsluiting op volledige ontsluiting	150	3,3
Falen van vacuümextractie/forceps	15	0,3
Ernstig foetaal lijden (EFL) : TOTAAL	1042	23,1
EFL	803	17,8
EFL en dysproportie en niet vorderende arbeid op volledige ontsluiting	37	0,8
EFL en dysproportie niet vorderende ontsluiting	160	3,5
EFL en maternale pathologie	34	0,8
Foetale pathologie	8	0,2
Maternale pathologie : TOTAAL	332	7,4
Hypertensie/Preeclampsie/Eclampsie	17	0,4
Maternale pathologie zonder nadere toelichting	242	5,4
Maternale pathologie zonder nadere toelichting en vorige keizersnede	67	1,5
Chorioamnionitis	6	0,1
Placentaire : TOTAAL	212	4,7
Placentaire zonder nadere toelichting	193	4,3
Placenta abruptio	10	0,2
Placenta praevia/vasa	9	0,2
Op vraag van patiënte : TOTAAL	59	1,3
Op vraag van patiënte bij stuitligging	8	0,2
Op vraag van patiënte en vorige keizersnede	27	0,6
Op vraag van patiënte zonder nadere toelichting	24	0,5
Andere : TOTAAL	51	1,1
Navelstrengprolaps	14	0,3
Intra-uteriene groei retardatie	11	0,2
Abdominale cerclage	8	0,2
Prematuriteit	5	0,1
Myoom praevia/ Fibroom	4	0,1
Uterusmisvorming	4	0,1
Maternale spina bifida	2	0,0
Voorgaande dood in utero	2	0,0
Verloskundige bloeding	1	0,0

Bij levend geboren eenlingen vormen de voorafgaande keizersnede of littekenuterus de indicatie van de keizersnede bij meer dan 1 keizersnede op 4, net zoals in de jaren 2009 en 2010.

Tabel 33 : Indicaties van keizersnede voor levend en doodgeboren meerlingen (N=298), Brussels Gewest, 2011		
	Aantal	%
Voorafgaande keizersnede en littekenuterus	32	10,7
Liggingsafwijking (stuitligging, dwarsligging)	90	30,2
Dysproportie, niet in arbeid	3	1,0
Dysproportie en niet vorderende ontsluiting	8	2,7
Dysproportie en niet vorderende op volledige ontsluiting	3	1,0
Ernstig foetaal lijden (EFL)	40	13,4
Maternale pathologie	23	7,7
Placentair	6	2,0
Op vraag van patiënte	1	0,3
Intra-uteriene groeiretardatie	5	1,7
Prematuriteit	1	0,3
Abdominale cerclage	1	0,3
Meerlingzwangerschap zonder nadere toelichting	66	22,1
Foetaal overlijden	4	1,3
1ste tweeling vaginaal bevallen, 2de tweeling via sectio voor liggingsafwijking of EFL	15	5,0

Bij meerlingenzwangerschappen vormen een liggingsafwijking (in bijna 1 op 3 gevallen) en de meervoudige zwangerschap zelf de twee voornaamste indicaties van keizersnede.

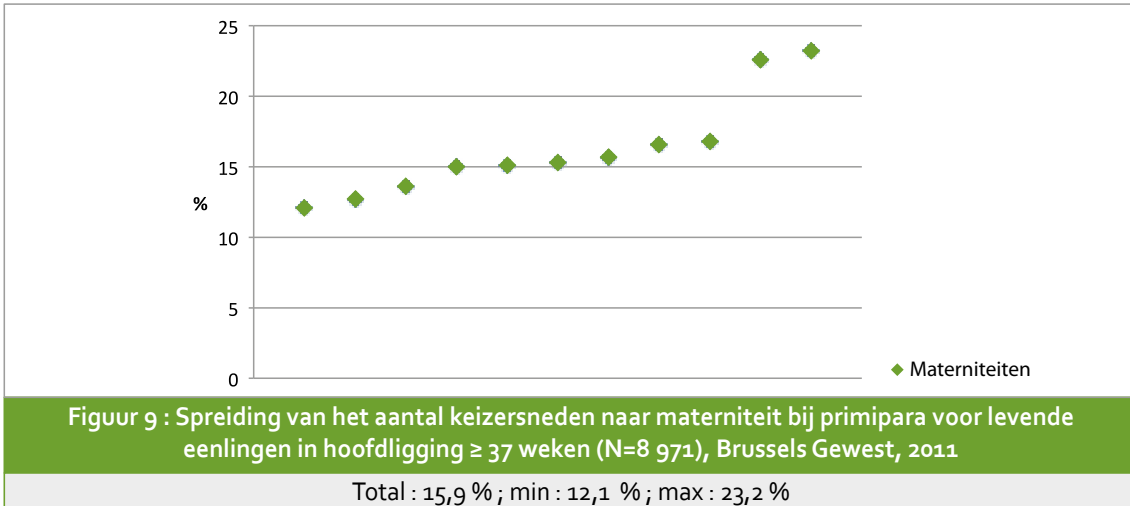
5.4.3.5 KEIZERSNEDEN EN MATERNITEITEN



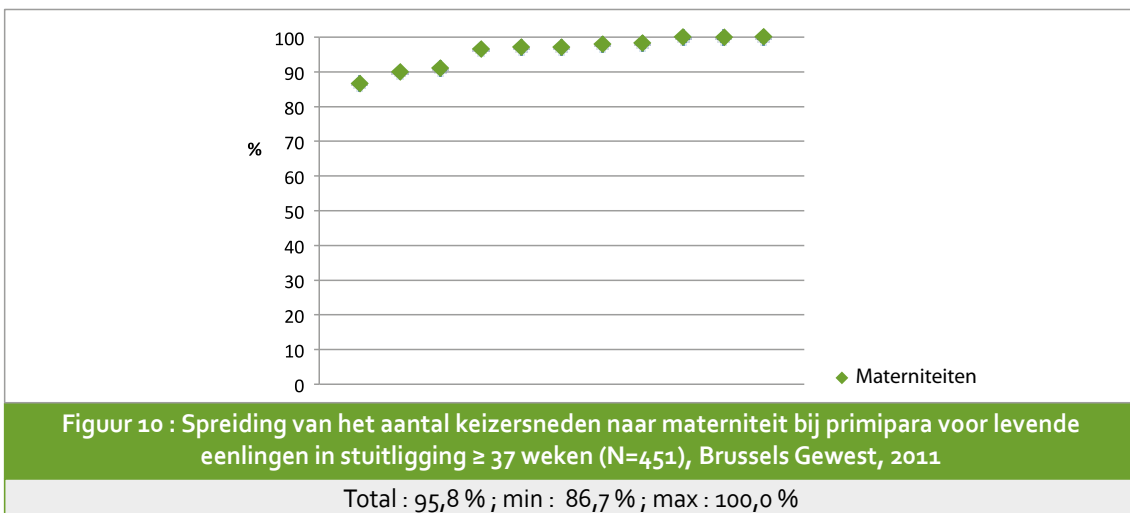
Figuur 8 : Evolutie van het aantal keizersneden naar materniteit, Brussels Gewest, 2008-2011

De bovenstaande figuur toont het aantal keizersneden voor de actieve materniteiten in 2008 en 2011. Bij vier materniteiten steeg het aandeel van de keizersneden en bij twee daalde het.

Om het risico te beperken van zeer heterogene populaties van verschillende materniteiten te vergelijken, werd beslist het aandeel keizersneden bij voldragen eenlingen primipara te vergelijken.



Voor de primipara die bevelen van een levende eenling in hoofdligging, verschilt het aandeel van de keizersneden sterk tussen de materniteiten onderling. In 2010 bedroeg de totale verhouding **13,7 %** met een minimum van **5,7 %** en een maximum van **24,2 %**.



Een derde van de materniteiten in het Brusselse Gewest passen automatisch een keizersnede toe bij primipara met een levende eenling in stuitligging met een zwangerschapsleeftijd van 37 weken of meer.

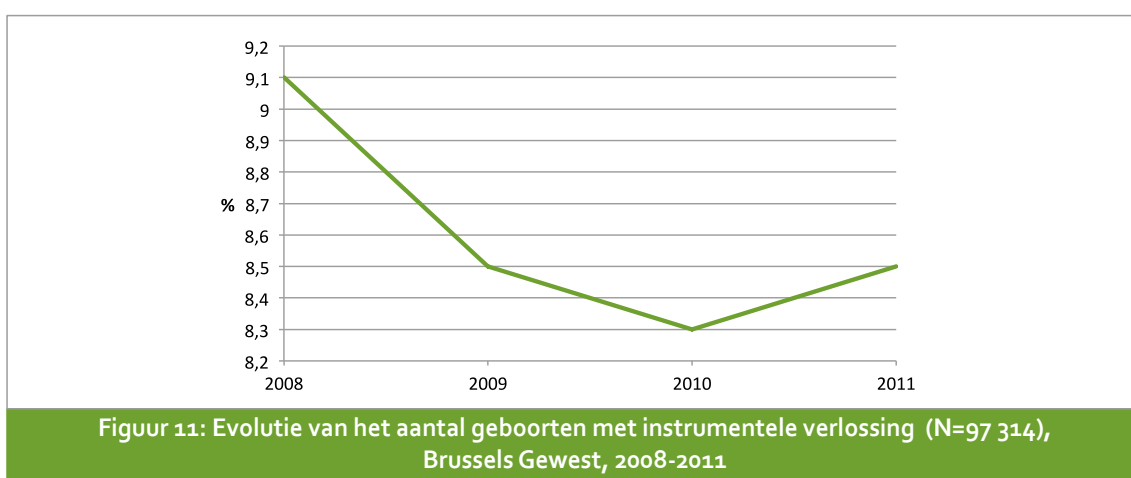
In 2010 bedroeg de totale verhouding **95,0 %** met een minimum van **83,7 %** en een maximum van **100 %**. Het verschil tussen de verschillende percentages daalde tussen 2010 en 2011.

5.4.4 INSTRUMENTELE VERLOSSING

Tabel 34 : Aantal vacuümextracties en forceps per geboorte (N=24 651), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens		
	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %	Wallonië 2011 (1) %	Vlaanderen 2011 (2) %
Vacuümextractie	1 800	7,3	7,0	4,6	9,4
Forceps	283	1,1	1,2	2,5	0,5
Totaal	2 083	8,4	8,3	7,6	10,0

Het soort bevalling is onbekend voor 49 geboorten (0,2 %).

Het aantal vacuümextracties (7,3 %) ligt bijna zevenmaal hoger dan het gebruik van de forceps (1,1 %).



Het aantal geboorten met instrumentele verlossing daalt duidelijk van 2008 tot 2010 (9,1 tot 8,3 %) en stijgt licht tussen 2010 en 2011.

5.4.5 INDUCTIE VAN DE BEVALLING

5.4.5.1 PREVALENTIE

- We stellen vast dat 28,7% van de bevallingen werd ingeleid, of:
- 28,9 % indien we enkel de vordragen levende eenlingen bekijken
 - 29,9% indien we enkel de vordragen levende eenlingen in hoofdligging bekijken
 - 34,6 % voor de vordragen levende eenlingen in hoofdligging bij primipara
 - 26,5 % voor de vordragen levende eenlingen in hoofdligging bij multipara
 - 31,8 % indien we de geplande keizersneden niet meerekenen

Vergelijkende gegevens

Inductie :

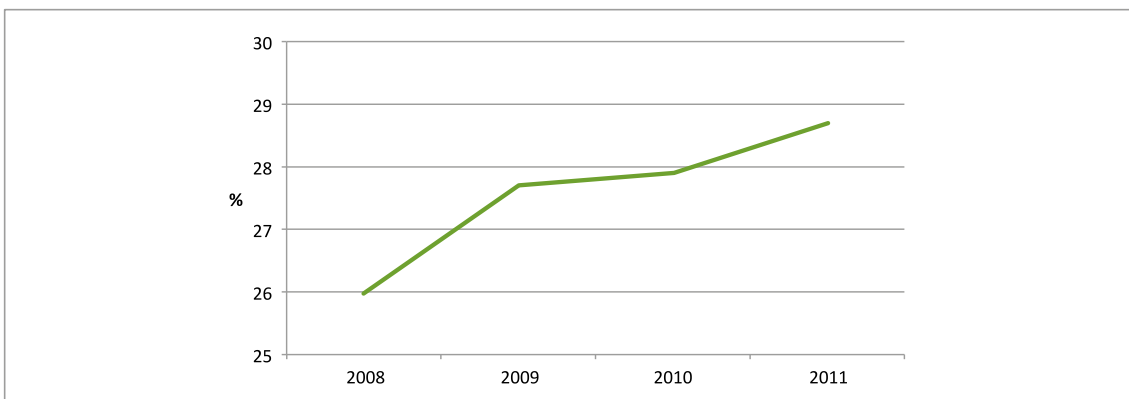
Vlaanderen 2011 (2) :	23,8 %
Wallonië 2011 (1) :	32,5 %
Brussel 2010 (5) :	27,9 %

De vermelding van inductie ontbreekt voor 51 bevallingen (0,2 %).

Het percentage bevallingen met inductie in het Brusselse Gewest (28,7 %) situeert zich tussen die van het Vlaamse Gewest (23,8 %) (2) en die van Wallonië (32,5 %) (1).

Het Euro-Peristat (7) 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 een inductiegraad van 28,7 %.

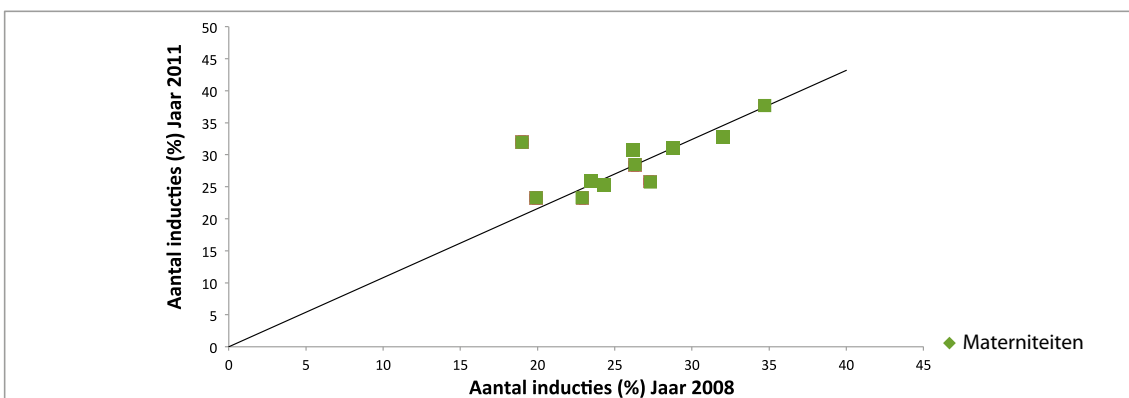
Van de Europese landen die over gegevens inzake inductie (2010) beschikken, vertoont het Brusselse Gewest het hoogste percentage bevallingen met inductie (27,9 %) (7).



Figuur 12: Evolutie van het aantal geboorten met inductie (N=95 479), Brussels Gewest, 2008-2011

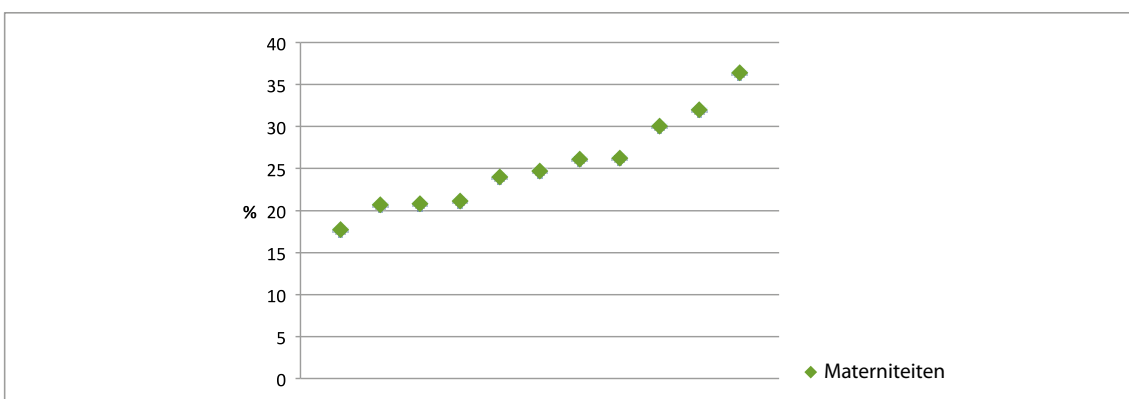
De inductiegraad stijgt tussen 2008 en 2011: van 26,0 % tot 28,7 %. Hij verschilt sterk tussen de materniteiten onderling: van 23,3 % tot 37,7 % naargelang de materniteit.

5.4.5.2 INDUCTIES EN MATERNITEITEN



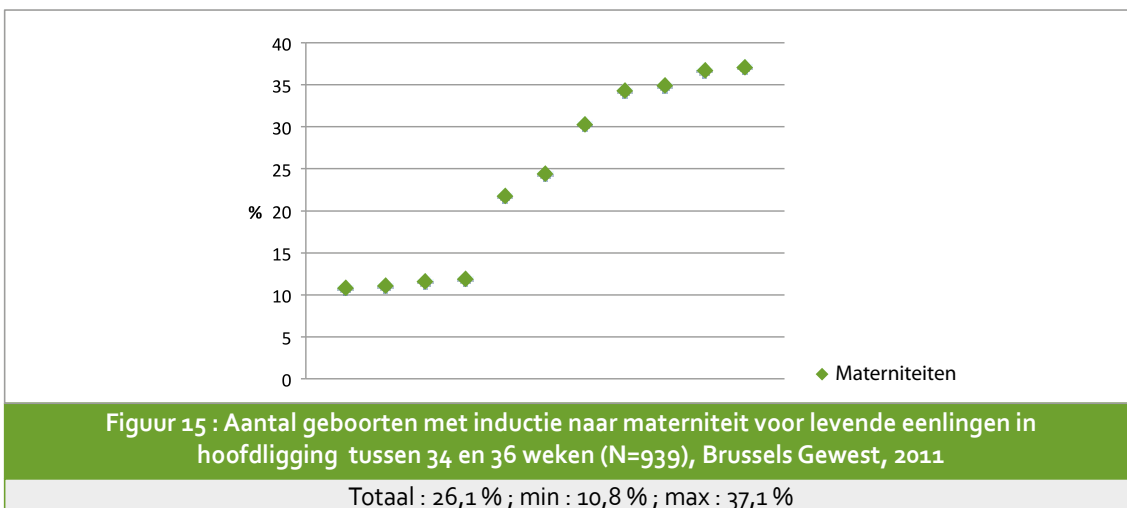
Figuur 13 : Evolutie van het aantal geboorten met inductie naar materniteit, Brussels Gewest 2008-2011

De bovenstaande figuur toont de inductiegraad voor de actieve materniteiten in 2008 en 2011. Bij meer dan tweederde van de materniteiten steeg de inductiegraad, bij slechts één daalde hij.

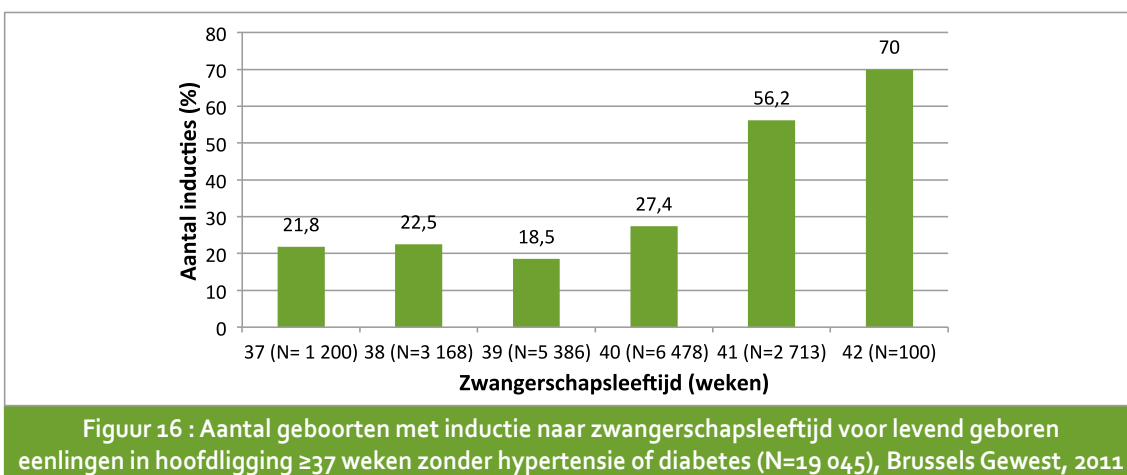


Figuur 14 : Aantal geboorten met inductie naar materniteit voor levende eenlingen in hoofdligging tussen 37 en 40 weken (41 weken niet inbegrepen) (N=18 021), Brussels Gewest, 2011

Totaal : 25,4 % ; min : 17,7 % ; max : 36,4 %



Zoals figuren 14 en 15 aantonen verschilt de inductiegraad sterk tussen de verschillende materniteiten.



5.4.5.3 INDUCTIE EN KEIZERSNEDE

Tabel 35 : Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging ≥ 37 weken bij primipara (N=8 979), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
Inductie	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Inductie (n=3 109)	675	21,7	18,8
Geen inductie (n=5 870)	752	12,8	11,2
Totaal (n=8 979)	1 427	15,9	13,6

De inductie is onbekend voor 1 keizersnede (0,1%).

Tabel 36 : Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken bij multipara zonder vorige keizersnede (N=9 851), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
Inductie	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Inductie (n= 2 947)	117	4,0	3,3
Geen inductie (n= 6 904)	206	3,0	2,8
<i>Waarvan : sectio primair</i>		1,2	1,1
<i>sectio secundair</i>		1,8	1,7
Totaal (n= 9 851)	323	3,3	3,0

Tabel 37: Verdeling keizersneden na inductie voor levende eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken bij multipara met vorige keizersnede (N=2 200), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
Inductie	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Inductie (n=249)	68	27,3	25,7
Geen inductie (n= 1 951)	1 330	68,2	63,0
<i>Waarvan : sectio primair</i>		55,5	50,3
<i>sectio secundair</i>		12,7	12,7
Totaal (n=2 200)	1 398	63,5	58,0

Voor primipara met een levend geboren eenling in hoofdligging met een zwangerschapsleeftijd van 37 weken of meer, ligt het aandeel van de keizersneden beduidend hoger bij moeders die een inductie ondergingen (**21,7 %**) dan bij moeders die spontaan bevielen (**12,8 %**). Hetzelfde stellen we vast bij multipara zonder voorgaande keizersnede, evenwel met een kleiner verschil tussen de twee aandelen van keizersneden. De waarden verschillen bijzonder sterk voor multipara met voorgaande keizersnede waar het aandeel keizersneden **27,3 %** van de bevallingen met inductie betreft en **68,2 %** van de spontane bevallingen.

5.4.6 EPIDURALE ANALGESIE

15 320 bevallingen gebeurden met een epidurale verdoving (70,3 %) (geplande keizersneden niet inbegrepen). Deze waarde bedraagt 80,9 % bij de primipara en 61,8 % bij de multipara. De informatie ontbreekt voor 105 bevallingen (0,4 %).

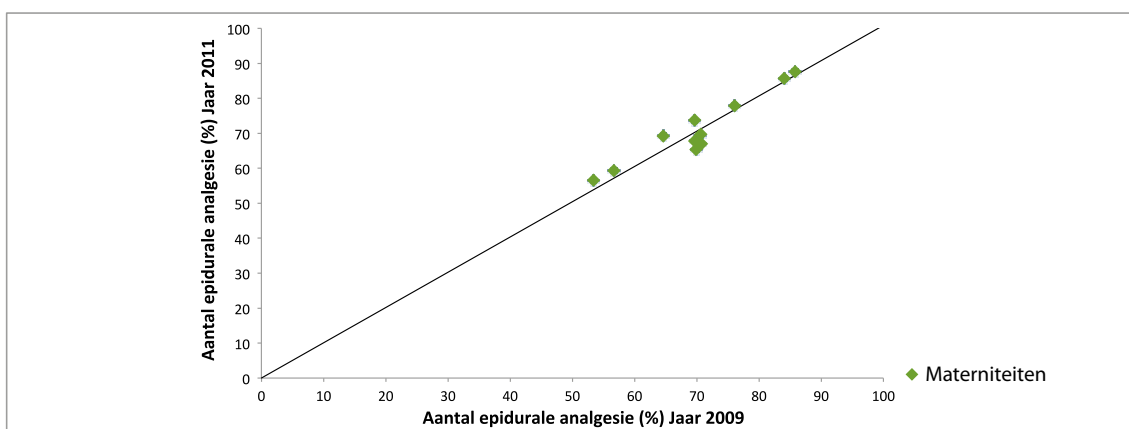
Indien we enkel de vaginale bevallingen beschouwen, stellen we 12 936 epidurale verdovingen vast (67,3 %), en 0,5 % ontbrekende gegevens voor vaginale bevallingen; deze waarde varieert van 53,3 % tot 86,1 % naargelang de materniteit.

Vergelijkende gegevens

Epidurale analgesie :

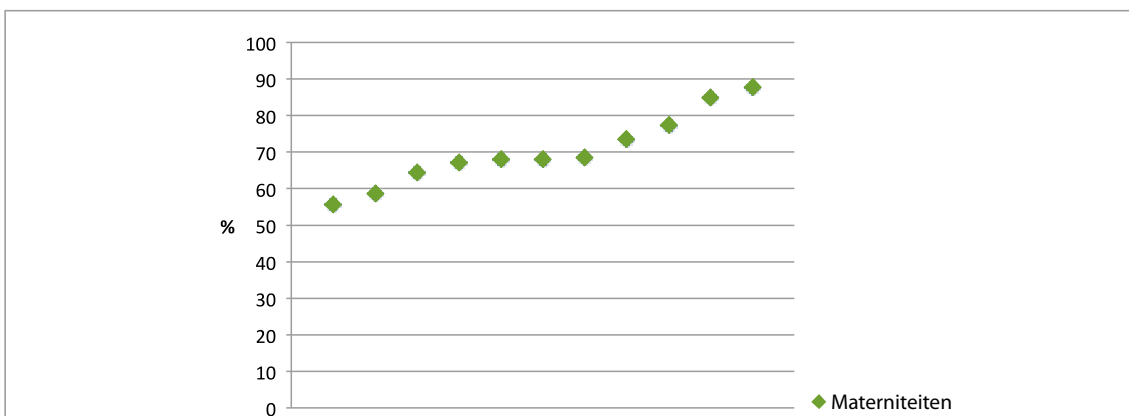
Vlaanderen 2011 (2)	: 68,6 %
Wallonië 2011 (1)	: 76,9 %
Brussel 2010 (5)	: 70,9 %

Het aantal epidurale verdovingen daalt zeer lichtjes, maar blijft stabiel in het Brusselse Gewest tussen 2009 en 2011 (70,0 %). Deze vaststelling wordt bevestigd door onderstaande figuur. Voor de meeste materniteiten steeg het percentage van de epidurale verdovingen niet in de periode 2009-2011. Enkel twee materniteiten vertonen een lichte stijging, twee andere een lichte daling.



Figuur 17 : Evolutie van het aantal gevallen van epidurale analgesie (behalve geplande keizersneden) naar materniteit (N=21 673), Brussels Gewest 2009-2011

De bovenstaande figuur geeft het aandeel gevallen van epidurale analgesie weer voor de actieve materniteiten in 2009 en 2011.



Figuur 18 : Aantal gevallen van epidurale analgesie naar materniteit voor levend geboren eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken, behalve geplande keizersneden (N=19 614), Brussels Gewest, 2011

Totaal : 69,6 % ; min : 55,6 % ; max : 87,7 %

Voor levend geboren eenlingen in hoofdligging bij een zwangerschapsleeftijd van 37 weken of meer, varieert het aandeel epidurale verdovingen van 56 % tot 88 % naargelang de materniteit.

5.4.7 EPISIOTOMIE

We tellen 6 655 episiotomieën voor 24 141 bevallingen (27,6 %) en 6 643 episiotomieën voor 19 312 vaginale bevallingen (34,4 %). Deze informatie ontbreekt voor 49 vaginale bevallingen (0,3 %).

We observeren 52,7 % episiotomieën bij primipara en 20,9 % bij multipara voor vaginale bevallingen.

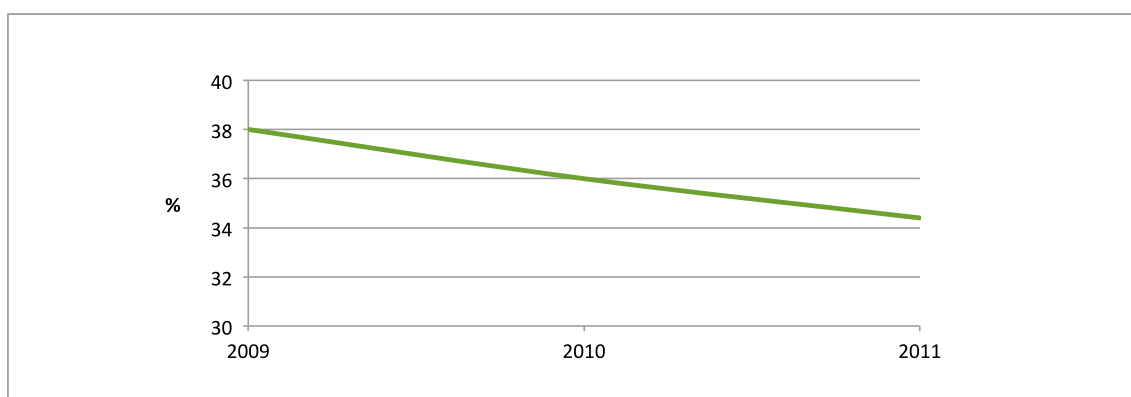
Deze waarde varieert van 12,2 % tot 46,8 % naargelang de materniteit, en van 15,3 % tot 64,4 % voor vaginale bevallingen.

Vergelijkende gegevens

Episiotomie :

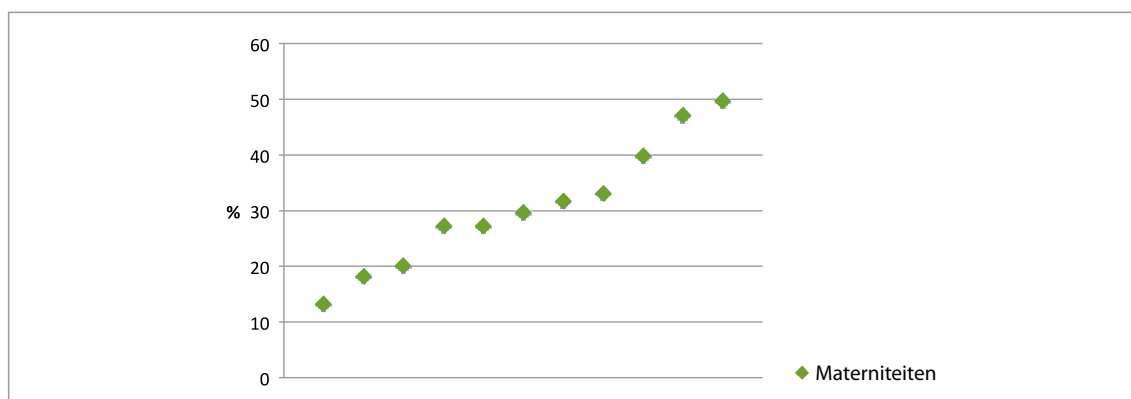
Vlaanderen 2011 (2) :	53,3 %
Wallonië 2011 (1) :	44,7 %
Brussel 2010 (5) :	36,1 %

Het percentage episiotomieën ligt in het Brusselse Gewest beduidend lager dan in Wallonië (1).



Figuur 19 : Evolutie van het aantal gevallen van episiotomie voor vaginale bevallingen (N=58 488), Brussels Gewest, 2009-2011

We stellen een vermindering van het percentage episiotomieën vast voor de vaginale bevallingen tussen 2009 en 2011: van 38,0 % tot 34,4 %.



Figuur 20 : Aantal gevallen van episiotomie naar materniteit voor levend geboren eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken (N=21 032), Brussels Gewest, 2011

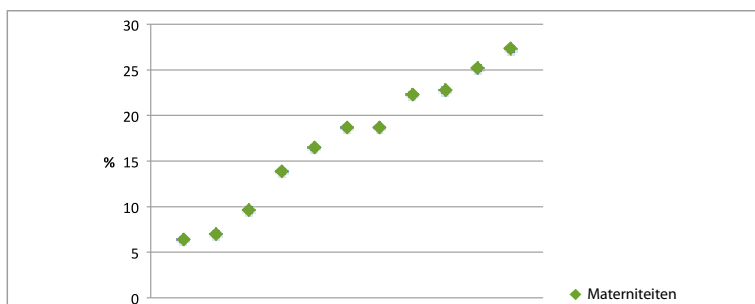
Totaal : 29,6 % ; min : 13,2 % ; max : 49,7 %

Voor levend geboren eenlingen in hoofdligging bij een zwangerschapsleeftijd van 37 weken of meer, varieert het aandeel episiotomieën van 13,0 % tot 50,0 % naargelang de materniteit.

5.4.8 BEVALLINGEN ZONDER VERLOSKUNDIGE TUSSENKOMST

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

We tellen **33,5 %** bevallingen zonder verloskundige tussenkomst en **15,6 %** bevallingen zonder verloskundige tussenkomst EN zonder epidurale analgesie.

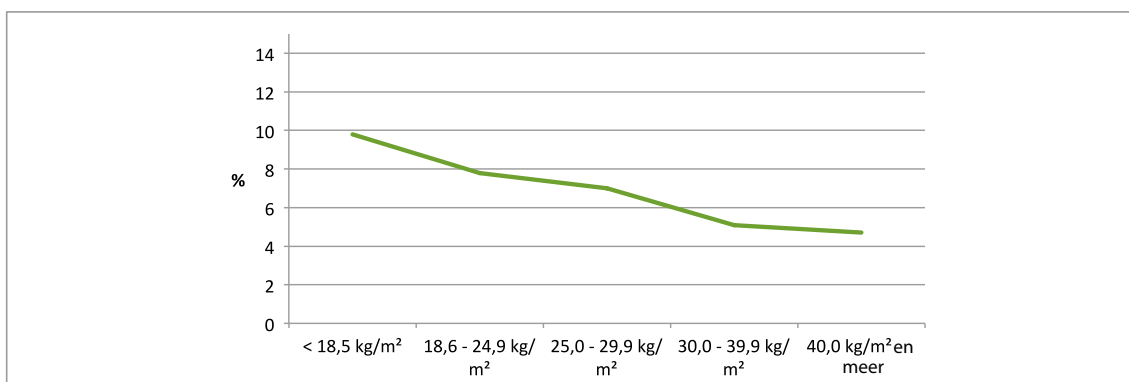


Figuur 21 : Aantal bevallingen zonder verloskundige tussenkomst EN zonder epidurale analgesie naar materniteit voor levend geboren eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken (N=21 057), Brussels Gewest, 2011

Totaal : 17,9 % ; min : 6,4 % ; max : 27,3 %

De figuur 21 toont aan dat het aantal bevallingen zonder verloskundige tussenkomst EN zonder epidurale analgesie voor levend geboren eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken zwangerschapsleeftijd sterk verschilt naargelang de materniteit (van 6,4 % tot 27,3 %).

Voor voldragen levend geboren eenlingen in hoofdligging bij primipara van 18 jaar of ouder daalt het aandeel bevallingen zonder verloskundige tussenkomst en zonder epidurale analgesie naargelang de leeftijd van de moeder stijgt: van 14,0 % voor moeders van 18-19 jaar tot 6,4 % voor moeders van 40-49 jaar.



Figuur 22 : Aantal bevallingen zonder verloskundige tussenkomst EN zonder epidurale analgesie naar materniteit voor levend geboren eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken bij primipara van 18 jaar en ouder naar BMI (N=7 814), Brussels Gewest, 2011

Deze vaststelling is identiek voor de BMI van de moeder: hoe hoger de BMI, hoe lager het aandeel bevallingen zonder verloskundige tussenkomst EN zonder epidurale analgesie: van 9,8 % voor moeders met een BMI lager dan 18,5 kg/m² tot 4,7 % voor moeders met een BMI van 40 kg/m² of hoger.

Tabel 38 : Verdeling bevallingen zonder verloskundige tussenkomst EN zonder epidurale voor levende eenlingen in hoofdligging \geq 37 weken bij primipara naar de oorspronkelijke nationaliteit (N=9 001), Brussels Gewest, 2011

Nationaliteit	Aantal	%
België (n=3 379)	280	8,3
Europa zonder België (n=2 014)	158	7,8
Turkije (n=229)	6	2,6
Maghreb en Egypte (n=1 682)	131	7,8
Afrika sub-Sahara (n=419)	49	11,7
Andere (n=1 278)	120	9,4

Voor voldragen levend geboren eenlingen bij primipara, ligt het aandeel bevallingen zonder verloskundige tussenkomst EN zonder epidurale analgesie hoger bij moeders afkomstig uit Afrika sub-Sahara (11,7 %).

5.5 MEERVOUDIGE BEVALLINGEN

Vergelijkende gegevens

Meervoudige bevallingen

Vlaanderen 2011 (2)	: 1,8 %
Wallonië 2011 (1)	: 1,6 %
Brussel 2010 (5)	: 2,3 %

Tabel 39 : Details van de meerlingzwangerschappen, Brussels Gewest, 2011

Tweelingzwangerschappen: 486 bevallingen	
	465 bevallingen van tweelingen met 2 levende kinderen
	13 bevallingen van tweelingen met 1 levend en 1 doodgeboren kind
	2 bevallingen van tweelingen met 1 levend kind en 1 foetus dood in utero voor 22 weken
	6 bevallingen van tweelingen met 2 doodgeboren kinderen
Drielingzwangerschappen: 8 bevallingen	
	8 bevallingen van drielingen met 3 levende kinderen

Euro-Peristat (7) 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 2011 **2,0 %**.

We stellen vast dat 8 drielingzwangerschappen (0,03 % van de zwangerschappen) leidden tot geboorten. Daarvan kwamen 3/4 tot stand door ICSI of IVF, 1 drielingzwangerschap kwam spontaan tot stand en 1 na een hormonale behandeling.

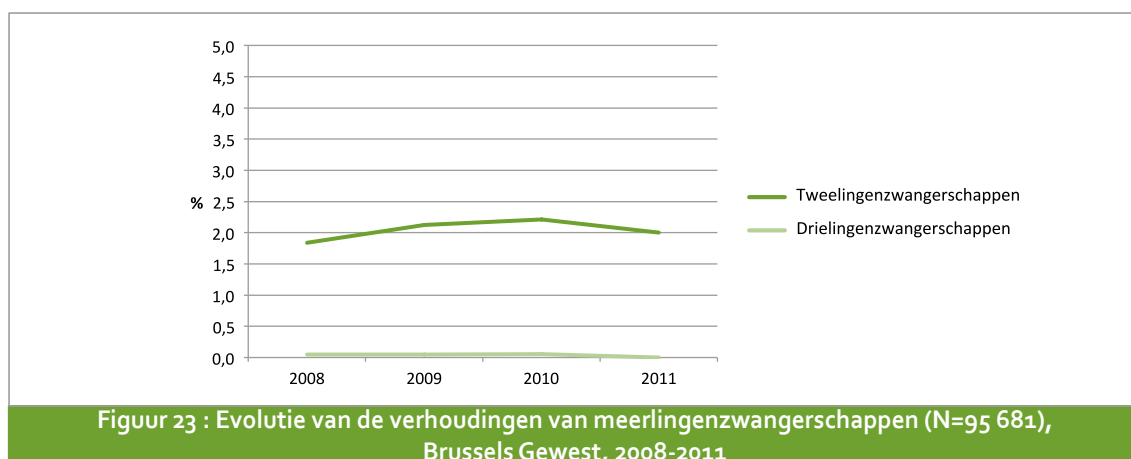
We tellen 4 tweelingzwangerschappen met tweelingtransfusiesyndroom (0,8 % van de meerlingen-zwangerschappen). Dit gegeven wordt wellicht onderschat, aangezien het tweelingtransfusiesyndroom volgens de literatuur voorkomt bij ongeveer 2,0 % van de tweelingzwangerschappen (10,0 % van de monochoriale zwangerschappen), of 0,04 % van alle geboorten (12). 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 40 : Meerlingzwangerschappen en leeftijd van de moeders naar ontstaan van de zwangerschap (N=23 134), Brussels Gewest, 2011

Soort bevruchting	Leeftijd (jaar)	Aantal	%
Spontaan (n=22 029)	< 20 (n=477)	4	0,8
	20-29 (n=9 224)	124	1,3
	30-39 (n=11 330)	185	1,6
	40-49 (n=997)	10	1,0
	50 + (n=1)	0	0,0
Medisch begeleid (n=1 105)	< 20 (n=0)	0	0,0
	20-29 (n=231)	18	7,8
	30-39 (n=694)	106	15,3
	40-49 (n=176)	29	16,5
	50 + (n=4)	0	0,0

Het soort ontstaan is onbekend of niet gevraagd voor 1 066 bevallingen (4,4 %).

De hoogste graad aan meervoudige bevallingen vinden we terug bij de zwangerschappen uit medische begeleiding ontstaan bij moeders van 40 tot 49 jaar (16,5 %).



De bovenstaande figuur toont aan dat de verhoudingen van meerlingzwangerschappen stabiel blijven voor de periode 2008-2011.

5.6 EIGENSCHAPPEN VAN HET KIND

5.6.1 GEBOORTEGEWICHT

5.6.1.1 GEMIDDELD GEWICHT VAN HET KIND

Het gemiddeld geboortegewicht bedraagt **3 274 g** (minimum : 110 g – maximum : 5 870 g).

Het gemiddeld geboortegewicht voor levend geboren kinderen bedraagt **3 291 g** (minimum : 470 g – maximum : 5 870 g).

Het gewicht kon niet verkregen worden voor 56 geboorten (**0,2 %**).

5.6.1.2 SPREIDING VAN HET GEBOORTEGEWICHT

Euro-Peristat (7) definieert deze indicator als het aantal geboorten per interval van 500 g van alle levend- en doodgeboren kinderen. Euro-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. Daarom toont de onderstaande tabel de geboortegewichtscategorieën voor eenlingen uit een meervoudige zwangerschap – levend of doodgeboren.

Tabel 41 : Spreiding van het geboortegewicht (N=24 644), Brussels Gewest, 2011								
	Levend geboren (n= 24 421)				Doodgeboren (n=223)			
	Eenlingen (n=23 455)		Meerlingen (n=966)		Eenlingen (n=199)		Meerlingen (n=24)	
Gewicht (g)	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
< 500	2	0,0	0	0,0	22	11,1	6	25,0
500-999	72	0,3	34	3,5	76	38,2	10	41,7
1 000-1 499	115	0,5	86	8,9	32	16,1	1	4,2
1 500-1 999	203	0,9	129	13,4	16	8,0	4	16,7
2 000-2 499	840	3,6	288	29,8	12	6,0	3	12,5
2 500-2 999	4 040	17,2	349	36,1	17	8,5	0	0,0
3 000-3 499	9 572	40,8	77	8,0	19	9,5	0	0,0
3 500-3 999	6 726	28,7	3	0,3	3	1,5	0	0,0
4 000-4 499	1 667	7,1	0	0,0	2	1,0	0	0,0
≥ 4 500	218	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Het geboortegewicht is onbekend voor 52 levend geboren kinderen (0,2 %) en 4 doodgeboren kinderen (1,8 %).

5.6.1.3 PREVALENTIE VAN LAAG GEBOORTEGEWICHT

Het aantal kinderen met een gewicht lager dan 2 500 g bedraagt 1 951 voor 24 644 geboorten (7,9 %) in totaal, en 1 769 voor 24 421 levend geboren (7,2 %). In de materniteiten met een centrum voor neonatale intensieve zorgen (NIC-dienst) bedraagt het aantal kinderen met een laag geboortegewicht 9,5 %, tegenover 5,0 % in de andere materniteiten.

Het aantal kinderen met een gewicht lager dan 1 500 g bedraagt 456 voor 24 644 geboorten (1,9 %) in totaal, en 309 voor 24 421 levend geboren (1,3 %). Het aantal kinderen met een gewicht lager dan 1 000 g bedraagt 222 voor 24 644 geboorten (0,9 %) in totaal, en 108 voor 24 421 levend geboren (0,4 %). Het aantal kinderen met een laag geboortegewicht (minder dan 2 500 g) en een zeer laag geboortegewicht (minder dan 1 500 g) verschilt niet in de periode 2008-2011.

Vergelijkende gegevens	
Geboortegewicht < 2 500 g :	
Vlaanderen 2011 (2) :	6,7 %
Wallonië 2011 (1) :	8,4 %
Brussel 2010 (5) :	7,9 %
Geboortegewicht < 1 500 g :	
Vlaanderen 2011 (2) :	1,2 %
Wallonië 2011 (1) :	1,3 %
Brussel 2010 (5) :	1,9 %

De Europese aanbevelingen (7) 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 (563/22 453) van 37 weken en meer, en 22,2 % voor 100 doodgeborenen van 37 weken en meer (8/36).

5.6.2 ZWANGERSCHAPSDUUR

5.6.2.1 GEMIDDELDE ZWANGERSCHAPSDUUR

De gemiddelde zwangerschapsduur bedraagt **38 weken** (minimum : 20 weken* – maximum : 43 weken). De gemiddelde zwangerschapsduur voor eenlingen bedraagt 38 weken (minimum : 20 weken* – maximum : 43 weken) en 35 weken (minimum : 22 weken – maximum : 41 weken) voor meerlingenzwangerschappen. *Deze geboorte betreft een kind van meer dan 500 g.

De zwangerschapsleeftijd kon niet verkregen worden voor 35 bevallingen (0,1 %).

5.6.2.2 SPREIDING VAN DE ZWANGERSCHAPSLEEFTIJD

Tabel 42 : Spreiding van de zwangerschapsleeftijd naar bevalling (N=24 165), Brussels Gewest, 2011					Vergelijkende gegevens			
Zwangerschapsleeftijd (weken)	Eenlingen (n= 23 671)		Meerlingen (n= 494)		Wallonië 2011 (1) %		Vlaanderen 2011 (2) %	
	Aantal	%	Aantal	%	Eenlingen	Meerlingen	Eenlingen	Meerlingen
≤ 23	46	0,2	4	0,8	0,1	0,5	0,4	3,3
24	28	0,1	2	0,4	0,1	0,7		
25	25	0,1	3	0,6	0,1	0,8		
26-27	64	0,3	8	1,6	0,2	1,3		
28-31	173	0,7	45	9,1	0,6	6,5	0,6	8,1
32-36	1 273	5,4	201	40,7	6,1	47,1	5,3	44,2
≥ 37	22 062	93,2	231	46,8	92,9	43,1	93,7	44,4

De zwangerschapsleeftijd is onbekend voor 35 bevallingen (0,1 %).

Minder dan 10,0 % van de eenlingen wordt vroegtijdig geboren. Voor meerlingen bedraagt dit **53,0 %**, waarvan **13,0 %** niet de 32 weken zwangerschap bereikt.

5.6.2.3 PREVALENTIE VAN PREMATURITEIT

Het totale aantal bevallingen met een zwangerschapsleeftijd van minder dan 37 weken bedraagt 1 872 voor een totaal van 24 164 bevallingen (7,8 %), 6,8 % voor bevallingen van eenlingen en 53,2 % voor bevallingen van meerlingen. In de materniteiten met een afdeling intensieve neonatale zorgen, bedraagt het aandeel kinderen geboren voor 37 weken 9,1 %, tegenover 5,2 % in de andere materniteiten.

Vergelijkende gegevens

Bevalling < 37 weken :

Vlaanderen 2011 (2):	7,1 %
Wallonië 2011 (1) :	7,9 %
Brussel 2010 (5) :	8,0 %

Euro-Peristat (7) definieert deze indicator als het aantal levend- en doodgeborenen tussen 22 en 37 weken zwangerschap voor alle levende en doodgeborenen. In het Brusselse Gewest verkrijgen we zo in 2011 8,7 % vroegtijdige geboorten.

De meeste van de in Europa verkrijgbare gegevens betreffen uitsluitend de vroegtijdige levende geboorten op het totaal van de levende geboorten. Met deze berekening verkrijgen we een resultaat van **8,0 %** in het Brusselse Gewest.

Variaties in de attitude tegenover moeilijke verloskundige situaties, bij vroegtijdige zwangerschapsleeftijden, kunnen leiden tot grote verschillen in de gevonden waarden. Sommige « levend geboren kinderen » zijn geboorten van kinderen « voorbestemd om te overlijden » ten gevolge van hun extreme prematuriteit (< 24 weken) of van een niet leefbare pathologie.

Tabel 43 : Aantal levend-, doodgeboren en vóór 7 dagen gestorven kinderen naar zwangerschapsleeftijd (N=24 665), Brussels Gewest, 2011

Zwangerschapsleeftijd (weken)	Levend geboren kind en nog in leven na 7 dagen (n=24 378)		Levend geboren kind en overleden vóór 7 levensdagen (n=61)		Doodgeboren kind (n=226)	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
≤ 23 (n=54)	1	1,9	5	9,3	48	88,9
24 (n=33)	2	6,1	10	30,3	21	63,6
25 (n=32)	11	34,4	8	25,0	13	40,6
26-27 (n=80)	45	56,3	7	8,8	28	35,0
28-31 (n=266)	225	84,6	7	2,6	34	12,8
32-36 (n=1 677)	1 623	96,8	8	0,5	46	2,7
≥ 37 (n=22 523)	22 471	99,8	16	0,1	36	0,2

De zwangerschapsleeftijd is onbekend voor 35 bevallingen (0,1 %).

Zoals te verwachten stijgt het aandeel levend geboren kinderen en nog in leven na 7 dagen stelselmatig naargelang de zwangerschapsleeftijd stijgt. Deze tendens wordt omgekeerd voor doodgeboren kinderen en levend geboren kinderen overleden vóór 7 levensdagen.

Tabel 44 : Spreiding van het soort begin van de arbeid naar zwangerschapsleeftijd, Brussels Gewest, 2011

Zwangerschapsleeftijd (weken)	Soort begin van de arbeid (N=24 121)					
	Spontaan arbeid (n=14 874)		Inductie (n=6 937)		Sectio primair (n=2 310)	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
≤ 23 (n=49)	19	38,8	30	61,2	0	0,0
24 (n=30)	10	33,3	19	63,3	1	3,3
25 (n=28)	16	57,1	11	39,3	1	3,6
26-27 (n=72)	34	47,2	29	40,3	9	12,5
28-31 (n=218)	122	56,0	50	22,9	46	21,1
32-36 (n=1 472)	943	64,1	331	22,5	198	13,5
≥ 37 (n=22 252)	13 730	61,7	6 467	29,1	2 055	9,2

De zwangerschapsleeftijd is onbekend voor 35 bevallingen (0,1 %) en het soort begin van de arbeid voor 44 bevallingen (0,2 %).

5.6.2.4 VROEGTIJDIGE BEVALLING EN RISICOFACTOREN

Tabel 45 : Bevalling < 37 weken en leeftijd van de moeder voor levende eenlingen bij primipara (N=10 188), Brussels Gewest, 2011

Leeftijd (jaar)	Aantal	%
10-14 (n=7)	1	14,3
15-19 (n=406)	32	7,9
20-24 (n=2 016)	126	6,3
25-29 (n=3 396)	211	6,2
30-34 (n=2 864)	214	7,5
35-39 (n=1 179)	88	7,5
40-44 (n=302)	28	9,3
45-49 (n=17)	2	11,8
50+ (n=1)	0	0,0

Het hoogste aandeel vroegtijdige bevallingen voor levende eenlingen bij primipara komt voor op de uiterste leeftijden.

Tabel 46 : Bevalling < 37 weken en nationaliteit van de moeder voor levende eenlingen bij primipara (N=10 188), Brussels Gewest, 2011

Nationaliteit	Aantal	%
België (n=3 885)	298	7,7
Europa zonder België (n=2 316)	155	6,7
Turkije (n=263)	25	9,5
Maghreb en Egypte (n=1 824)	82	4,5
Afrika sub-Sahara (n=463)	37	8,0
Andere (n=1 437)	93	6,5

Moeders met de oorspronkelijke Turkse nationaliteit vertegenwoordigen het hoogste aandeel vroegtijdige bevallingen met **9,5 %**.

Tabel 47 : Bevalling < 37 weken en BMI voor levende eenlingen bij primipara (N=8 850), Brussels Gewest, 2011

BMI (kg/m ²)	Aantal	%
< 18,5 (n=640)	50	7,8
18,5-24,9 (n=5 956)	344	5,8
25,0-29,9 (n=1 578)	108	6,8
30,0-39,9 (n=627)	41	6,5
40,0 en meer (n=49)	4	8,2

Moeders met een BMI lager dan 18,5 kg/m² en hoger of gelijk aan 40 kg/m² vertegenwoordigen het hoogste aandeel vroegtijdige bevallingen.

Tabel 48 : Bevalling < 37 weken en beroepssituatie van de moeder voor levende eenlingen bij primipara (N=9 947), Brussels Gewest, 2011

Beroepssituatie	Aantal	%
Actief (n=5 686)	397	7,0
Studente (n=291)	18	6,2
Zonder beroep (werkloos / invalide / OCMW / huisvrouw) (n=3 970)	258	6,5

Voor diezelfde subgroep van de populatie toont Tabel 48 aan dat het aandeel vroegtijdige bevallingen lichtjes hoger ligt bij actieve moeders (**7,0 %**).

Tabel 49 : Bevalling < 37 weken en opleidingsniveau van de moeder voor levende eenlingen bij primipara (N=9 106), Brussels Gewest, 2011		
Opleidingsniveau	Aantal	%
Geen opleiding (n=101)	7	6,9
Lager onderwijs (n=690)	45	6,5
Lager middelbaar (n=1 211)	73	6,0
Hoger middelbaar (n=3 301)	224	6,8
Hoger niet-universitair (n=1 509)	105	7,0
Hoger universitair (n=2 280)	125	5,5
Andere (speciaal, lopende studies, in het buitenland) (n=14)	2	14,3

Geen enkel opleidingsniveau springt er echt tussenuit. Moeders met een opleiding op « hoger universitair » niveau vertegenwoordigen het laagste aandeel vroegtijdige bevallingen (5,5 %).

5.6.3 GROEP-B-STREPTOKOKKEN

De waarden worden berekend voor de levend geboren kinderen, uitsluitend vanaf 35 weken, geplande keizersneden niet meegerekend.

Tabel 50 : GBS-status per bevalling (N=21 027), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
GBS-status	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
ja	4 277	20,3	20,7
nee	15 371	73,1	72,1
niet getest/niet gekend	1 379	6,6	7,2

Voor de bevallingen vanaf 35 weken is de GBS-status van de moeder onbekend voor 87 bevallingen (0,4 %).

Het aantal behandelingen met antibiotica bij een positieve GBS-test bedraagt **92,5 %** voor levend geboren kinderen vanaf 35 weken. 92 gegevens ontbreken (0,4 %).

5.6.4 APGAR-SCORE

5.6.4.1 APGAR-SCORE NA 1 MINUUT

Apgar-score lager dan 7 na 1 minuut : **6,9 %** van alle levende geboorten.
Apgar-score lager dan 4 na 1 minuut : **2,0 %** van alle levende geboorten.

De apgar-score na 1 minuut ontbreekt voor 82 geboorten (0,3 %).

Het aandeel apgar-scores lager dan 7 na 1 minuut bedraagt 12,2 % na gebruik van een STAN, en 6,2 % indien alleen monitoring nodig was (geplande keizersneden niet meegerekend).

5.6.4.2 APGAR-SCORE NA 5 MINUTEN

Apgar-score lager dan 7 na 5 minuten : **1,6 %** van alle levende geboorten.
Apgar-score lager dan 4 na 5 minuten : **0,3 %** van alle levende geboorten.

De apgar-score na 5 minuten ontbreekt voor 83 geboorten (0,3 %).

Het aandeel apgar-scores lager dan 7 na 5 minuten bedraagt 2,6 % na gebruik van een STAN, en 1,4 % indien alleen monitoring nodig was (geplande keizersneden niet meegerekend).

5.6.5 BEADEMING VAN DE PASGEBORENE

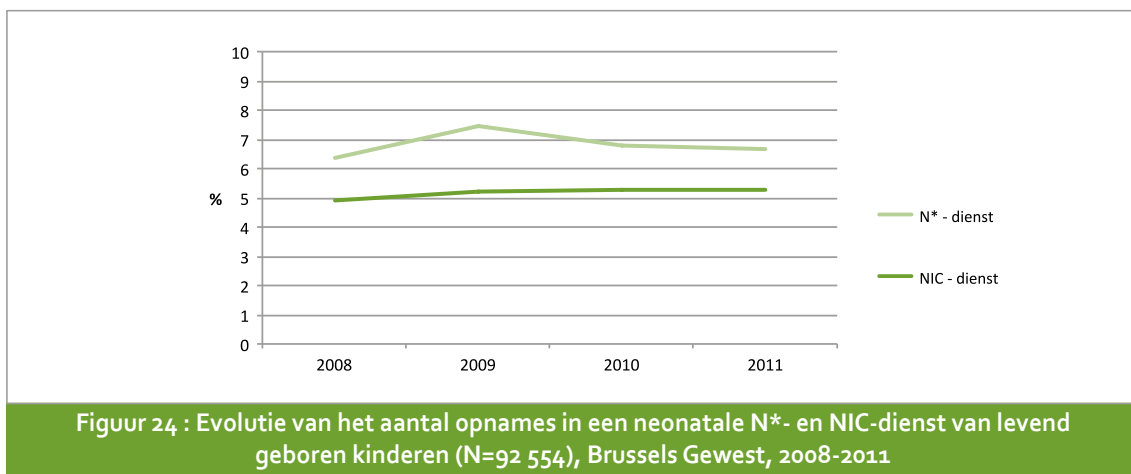
Tabel 51 : Beademing van de levende pasgeborene (N=24 412), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Beademing	1 532	6,3	6,7
<i>Waarvan: Intubatie</i>	201	13,1	12,8
<i>Ballon en masker</i>	1 330	86,8	85,2
De beademing van de levende pasgeborene is onbekend voor 61 levende geboorten (0,2 %) en het soort beademing voor 1 levende geboort (0,1 %).			

6,3 % van de levend geboren kinderen wordt beademd, waarvan 86,8 % met ballon en masker.

5.6.6 OPNAME IN EEN NEONATALE AFDELING

Tabel 52 : Opname van de pasgeborenen in een neonatale afdeling (N=24 399), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Transfer	2 913	11,9	12,1
<i>Waarvan : N*-dienst</i>	1 621	55,6	55,8
<i>NIC-dienst</i>	1 284	44,1	43,3
De opname van een levend pasgeborene is onbekend voor 74 levende geboorten (0,3 %) en het soort dienst voor 8 levende geboorten (0,3 %).			

11,9 % van de pasgeborenen werd opgenomen in een neonatale afdeling met meer dan de helft naar een N*-dienst.



Het aandeel opnames in een N*-dienst stijgt van 2008 tot 2009 met een lichte daling van 2009 tot 2011. Voor de opnames in een NIC-dienst blijft het aandeel relatief stabiel.

5.6.7 GESLACHT VAN HET KIND BIJ DE GEBOORTE

Tabel 53 : Geslacht van het kind (N=24 700), Brussels Gewest, 2011			Vergelijkende gegevens
Geslacht	Aantal	%	Brussel 2010 (5) %
Mannelijk	12 640	51,2	51,2
Vrouwelijk	12 058	48,8	48,8
Onbepaald*	2	0,0	0,0

* 2 doodgeborenen

De tabel toont een klein verschil tussen het aandeel meisjes (48,8 %) en jongens (51,2%), wat ook al de vorige drie jaren het geval was.

5.6.8 AFWIJKINGEN

329 afwijkingen werden geregistreerd in 2011. Het betreft wel degelijk afwijkingen, waarvan de diagnose werd gesteld tijdens de zwangerschap of bij de geboorte. Onderstaande tabel omvat alleen de 207 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.

Aangezien we systematisch slechts een beperkt aantal afwijkingen registreren en dat het om afwijkingen gaat die bij de geboorte worden aangegeven, doen we geen berekening van het globale aantal afwijkingen.

Tabel 54 : Soorten afwijkingen (N=207), Brussels Gewest, 2011		
Aantal	Afwijkingen	
30	Gespleten lip / verhemelte	waarvan 1 met hypospadias
15	Trisomie 21	
15	Ventrikelseptumdefect	
15	Transpositie grote vaten	waarvan 1 met ventrikelseptumdefect
14	Tetralogie Fallot	
13	Hypospadias	
12	Spina bifida	waarvan 2 met trisomie 21
10	Hydrocefalie	
10	Hernia diafragmatica	
10	Obstructieve defecten nierbekken en ureter	
8	Reductie ledematen	waarvan 1 met gespleten lip/verhemelte
7	Polykistische nierdysplasie	
6	Skeletdysplasie /dwerggroei	
5	Anale imperforatie	
5	Trisomie 18	
5	Gastroschisis	
5	Atresie dundarm	
4	Nier agenese	
4	Trisomie 13	
4	Afwijking long (CALM)	
4	Oesofagale atresie	waarvan 1 met atresie anus
3	Hydrops foetalis	
1	Atresie anus	
1	Craniosynostosis	
1	Omfalocele	
1	Turner syndroom	met hydrops foetalis

5.7 PLAATS VAN DE BEVALLING

5.7.1 BEVALLING IN DE MATERNITEIT

Tabel 55 : Aantal materniteiten naar aantal bevallingen (N=24 079), Brussels Gewest, 2011

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

5.7.2 BEVALLINGEN BUITEN DE MATERNITEIT

We tellen **121** geboorten buiten het ziekenhuismidden, dat is 4,9 % voor 1 000 geboorten.

Deze bevallingen zijn als volgt gespreid:

- 64 geplande thuisbevallingen in aanwezigheid van een professional (2,6 ‰ van de geboorten)
- 57 niet geplande bevallingen buiten de materniteit (waarvan 2 doodgeborenen), waarvan 12 kinderen geboren zonder aanwezigheid van een professional bij de bevalling en 2 doodgeborenen.

Vergelijkende gegevens

Wallonië 2011 (1) : 6,4 ‰
Brussel 2010 (5) : 5,0 ‰

In de meeste gevallen wanneer de parturiënte de arbeid thuis begint, maar om welke reden ook moet overgebracht worden naar een materniteit, wordt de bevalling ingeschreven in de betreffende materniteit.

Er is geen spoor van het begin van de arbeid thuis. Daarom worden vanaf januari 2012 nieuwe variabelen ingevoerd rond de transfer van parturiënten gericht tot de zelfstandige vroedvrouwen die bevallingen begeleiden buiten het ziekenhuismidden.

Bij de geplande thuisbevallingen bedraagt het aantal gevallen van episiotomie **1,6 %**.

Het aandeel bevallingen buiten de materniteit bleef stabiel van 2008 tot 2011 (ongeveer **5,0 ‰**).

Tabel 56 : Thuisbevalling en leeftijd van de moeder (N=121), Brussels Gewest, 2011

Leeftijd (jaar)	Ongeplande bevalling (n=57)	Geplande bevalling (n=64)
	Aantal	Aantal
<20 (n=3)	2	1
20-29 (n=50)	21	29
30-39 (n=61)	30	31
40-49 (n=7)	4	3

**Tabel 57 : Thuisbevalling en beroepssituatie van de moeder
(N=115), Brussels Gewest, 2011**

Beroepssituatie	Ongeplande bevalling (n=54)	Geplande bevalling (n=61)
	Aantal	Aantal
Actief (n=50)	14	36
Student (n=7)	3	4
Werkloos (n=7)	4	3
Zonder beroep (n=51)	33	18
De beroepssituatie van de moeder is onbekend voor 6 bevallingen (5,0 %).		

**Tabel 58 : Thuisbevalling en pariteit
(N=105), Brussels Gewest, 2011**

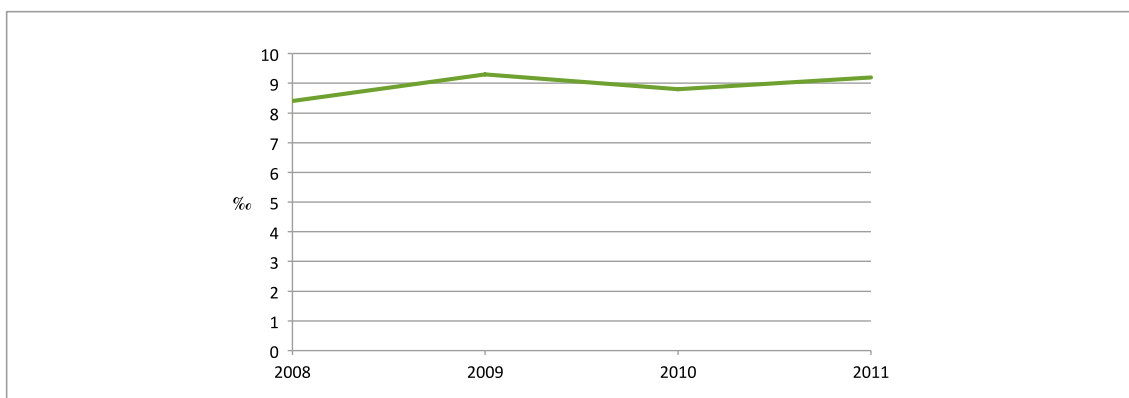
Pariteit	Ongeplande bevalling (n=44)	Geplande bevalling (n=61)
	Aantal	Aantal
Primipara (n=32)	12	20
2-3 (n=55)	20	35
4+ (n=18)	12	6
De pariteit is onbekend voor 16 bevallingen (13,2 %).		

5.8 MORTINATALITEIT

5.8.1 CIJFERS

Euro-Peristat (4) definieert het aandeel mortinataliteit als het aantal doodgeboren kinderen op het totale aantal levend- en doodgeborenen. We tellen 227 doodgeborenen van minstens 500 g of 22 weken (9,2 ‰ geboorten), waarvan 25 doodgeboren kinderen van meerlingzwangerschappen. Het aantal doodgeborenen ligt respectievelijk op 8,5 en 25,2 voor 1 000 geboorten op het totaal eenling- en meerlingzwangerschappen.

Het aandeel doodgeborenen voor de doodgeborenen met een geboortegewicht van 500 g of hoger bedraagt 7,9 ‰. In Vlaanderen is dat 4,7 ‰ en in Wallonië 4,9 ‰. De WGO beveelt aan om de geboorten van minstens 28 weken te vergelijken. Dan bedraagt het aandeel doodgeborenen 4,8 ‰ (4,2 ‰ voor eenlingen en 17,7 ‰ voor meerlingenzwangerschappen \geq 28 weken).



Figuur 25 : Evolutie van het aantal doodgeborenen (N=97 748), Brussels Gewest, 2008-2011

De mortinataliteitsgraad steeg licht van 2008 tot 2009 en bleef stabiel van 2009 tot 2011. De stijging betreft hoofdzakelijk extreem premature doodgeborenen (22-23 weken zwangerschapsleeftijd). Deze toename lijkt vooral te wijten aan de sensibilisering van de materniteiten door het CEpiP om het Koninklijk Besluit van 17 juni 1999⁴ toe te passen, waardoor het aantal ingevulde aangiften van doodgeborenen steeg. Overigens kan de hogere concentratie van materniteiten met een universitair karakter in het Brusselse Gewest het hogere aantal doodgeborenen in Brussel in vergelijking met Wallonië uitleggen

⁴ Het Koninklijk Besluit van 17 juni 1999 schrijft het opstellen voor van een jaarlijkse statistiek van alle overlijdens. Het definieert de mortinataliteit als « elke foetale dood bij een geboortegewicht van 500 gram of hoger of, indien het geboortegewicht niet bekend is voor een overeenstemmende zwangerschapsleeftijd (22 weken) of lengte (25 centimeter van kruin tot hiel) ». Een omzendbrief van de Minister van Justitie van 10 juni 1999 in verband met de aangifte van een levenloos kind stelt dat een dergelijke aangifte enkel wordt opgesteld indien de geboorte meer dan 6 maanden na de bevruchting plaatsvond (dit noemt men gemeenzaam de « regel van de 180 dagen»). Andere regelgevingen bepalen eveneens de grens op 180 dagen zwangerschap (ofwel 26 weken) : in de RIZIV-nomenclatuur is een bevalling bijvoorbeeld tussenkomst uitgevoerd vanaf de 180ste dag zwangerschap. Een omzendbrief van de Minister van Sociale Zaken, Gezondheid en Milieu van 27 maart 2000 stelt dat de geboortepremie slechts kan worden toegekend voor een doodgeboren kind wanneer de zwangerschapsleeftijd minstens 180 dagen bedraagt. Zie ook de gebruikte definitie in de inleiding van deze nota.

5.8.2 VERDELING VAN DE DOODGEBORENEN NAAR ZWANGERSCHAPSLEEF TIJD

Tabel 59 : Verdeling doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd (N=24 665), Brussels Gewest, 2011				
Zwangerschapsleeftijd (weken)	Aantal doodgeborenen eenlingen		Aantal doodgeborenen meerlingen*	
	n	%	n	%
≤ 23 (n=54)	42	77,8	6	11,1
24 (n=33)	21	63,6	0	0,0
25 (n=32)	11	34,4	2	6,3
26-27 (n=80)	28	35,0	0	0,0
28-31 (n=266)	32	12,0	2	0,8
32-36 (n=1 677)	36	2,1	10	0,6
≥ 37 (n=22 523)	31	0,1	5	0,0

De zwangerschapsleeftijd is onbekend voor 35 geboorten (0,1 %) waarvan 1 doodgeborenen eenling (2,9 %) en 34 levende eenlingen (97,1 %).

*De kinderen van 8 drielingzwangerschappen werden allemaal levend geboren.

Het aandeel doodgeborenen eenlingen daalt wanneer de zwangerschapsleeftijd stijgt met minimum **0,1 %** onder de doodgeborenen eenlingen met een zwangerschapsleeftijd van 37 weken of meer en maximum **77,8 %** onder de doodgeborenen eenlingen met een zwangerschapsleeftijd van 23 weken of minder.

Tabel 60 : Verdeling doodgeborenen naar zwangerschapsleeftijd voor kinderen met een geboortegewicht hoger of gelijk aan 500g (N=24 594), Brussels Gewest, 2011		
Zwangerschapsleeftijd (weken)	Aantal doodgeborenen kinderen	
	n	%
≤ 23 (n=35)	29	82,9
24 (n=32)	20	62,5
25 (n=28)	9	32,1
26-27 (n=78)	27	34,6
28-31 (n=264)	33	12,5
32-36 (n=1 672)	44	2,6
≥ 37 (n=22 485)	32	0,1

Vergelijkende gegevens		
Brussel 2010 (5) %	Wallonië 2011 (1) %	Vlaanderen 2011 (2) %
%	%	%
91,7	83,9	34,7
59,1	43,8	
37,9	27,3	
27,2	25,0	
10,2	14,9	11,3
2,1	1,4	1,8
0,2	0,1	0,1

5.8.3 OORZAKEN VAN DE FOETALE MORTALITEIT

Tabel 61 : Foetale doodsoorzaken volgens het geboortecertificaat (N=227), Brussels Gewest, 2011

		Aantal	%
Afwijkingen: TOTAAL		86	37,9
	Chromosomale defecten	29 ¹	12,8
	Zenuwstelsel	27 ²	11,9
	Spier- en skeletstelsel en bindweefselanomalie	7	3,1
	Hart	6 ³	2,6
	Afwijking van de ledematen	4	1,8
	Faciale afwijking / Gespleten lip/verhemelte	3	1,3
	Syndromale afwijkingen / Genetisch syndroom	2	0,9
	Spijverteringsstelsel	1	0,4
	Meervoudige afwijkingen zonder nadere toelichting	6	2,6
	Afwijking zonder nadere toelichting	1	0,4
Foetaal overlijden zonder zichtbare oorzaak : TOTAAL		36	15,9
Diagnose na autopsie:	Autopsie niet uitgevoerd of niet verduidelijkend	24	10,6
	Afgeknepen navelstreng	8	3,5
	Oorzaak bij de placenta zonder nadere toelichting	4	1,8
Ernstige maternale pathologie (hypertensie, diabetes, enz.)		18	7,9
Foetaal overlijden, oorzaak niet doorgegeven		15	6,6
Onbepaalde doodsoorzaak bij een extreme vroeggeboorte		12	5,3
Maternale CMV-infectie		10	4,4
Chorioamnionitis		8	3,5
Loslating placenta		7	3,1
Foetaal overlijden met verduidelijkte waarschijnlijke doodsoorzaak – groeiretardatie		6	2,6
Foetoplacentaire hydrops		3	1,3
Meerlingenzwangerschappen: TOTAAL		20	8,8
	Foetaal overlijden, oorzaak niet doorgegeven of autopsie niet verduidelijken	6	2,6
	Tweelingtransfusiesyndroom	5	2,2
	Chorioamnionitis	4	1,8
	Loslating placenta	2	0,9
	Extreme vroeggeboorte	2	0,9
	Intra-uteriene groeiretardatie	1	0,4
Andere: TOTAAL		6	2,6
	Foetale hersenbloeding	2	0,9
	Tumor	1	0,4
	Foeto-maternale bloeding	1	0,4
	Mucoviscidose	1	0,4
	Asfyxie / Ernstig foetaal lijden	1	0,4

^{1,2,3} in de drie gevallen : met 1 kind uit een meerlingzwangerschap

6. Besluit

Ter herinnering, het CEpiP (Centre d'Epidémiologie Périnatale) stelt zich tot doel de gegevens in verband met perinatale en maternale mortaliteit en morbiditeit te verzamelen aan de hand van een permanent en exhaustief register van de perinatale gegevens (geboorten en perinatale sterfgevallen). Na het verzamelen en analyseren van de deze gegevens stellen wij een beschrijvende analyse voor van de medische en sociaal-demografische variabelen, verkregen via de statistische geboorte- en overlijdensaangifteformulieren in het Brusselse Gewest (feitelijke gegevens).

Dankzij dit vierde publicatiejaar kon het CEpiP de evolutie van sommige indicatoren van de perinatale gezondheid in het Brusselse Gewest analyseren. Deze evolutie over drie of vier jaar betreft een te korte tijdsperiode om de werkelijke evolutie van de prevalentie te valideren, maar toont voor sommige variabelen evenwel interessante tendensen aan.

Zo stellen we voor het eerst in bijna 10 jaar een lichte daling vast van het aantal geboorten in het Brusselse Gewest (25 095 geboorten in 2010 en 24 700 in 2011).

KWALITEIT VAN DE GEGEVENS

Naar aanleiding van de analyse van de gegevens voor 2011 stellen we vast dat sommige variabelen van het sociaal-demografische luik minder goed werden ingevuld dan de vorige jaren. De variabelen die problemen stellen zijn het opleidingsniveau en de beroepssituatie van de ouders.

Voor het opleidingsniveau van de moeder ontbreekt 11,3 %, terwijl we een constante stijging van het aantal ontbrekende gegevens opmerken van 2009 tot 2011 (7,0 % tot 11,3 %). De waarden verschillen vrij sterk tussen de gemeenten onderling (0,1 % tot 57,5 %). Deze verschillen kunnen deels verklaard worden door de gevoeligheid van de medewerkers van de gemeentebesturen om de geboorteaangiften in te vullen en deels door het feit dat het registreren van het opleidingsniveau van ouders met een andere oorspronkelijke nationaliteit en die hun kindertijd – of minstens een deel daarvan – in het buitenland doorbrachten, soms moeilijkheden oplevert voor de gemeentelijke medewerkers. Dit gegeven wordt nog minder goed verzameld bij een doodgeboren kind, waar 81,4 % van de gegevens dit jaar ontbreekt. Dit kan dan weer verklaard worden door ofwel de moeilijkheid om gevoelige gegevens op te vragen bij een sterfgeval, ofwel omdat voor een overleden foetus van minder dan 26 weken geen nummer van een overlijdensakte toegekend wordt. Niet alle ouders melden zich dan aan bij de burgerlijke stand en de ambtenaar moet zelf de sociaal-demografische gegevens invullen. Aangezien het opleidingsniveau vaak niet geregistreerd wordt in het Rijksregister, kan dit gegeven niet ingevuld worden wanneer de ouders niet aanwezig zijn.

Deze situatie staat in contrast met de uitstekende prestaties van de gemeentebesturen wanneer het om de oorspronkelijke en huidige nationaliteit, de verblijfplaats, de burgerlijke staat en de gezinstoestand gaat. Daar ontbreken minder dan 0,5 % van de gegevens. Dit verschil in variabelen heeft te maken met het feit dat de gemeenten deze informatie (die niet werd ingevuld op het oorspronkelijke luik) kunnen opvragen (ze is beschikbaar in het Rijksregister).

Wat de medische gegevens betreft worden sommige gegevens nog onvoldoende ingezameld. Toch noteren we sinds 2009 een verbetering van de kwaliteit van de gegevens inzake de BMI en het ontstaan van de zwangerschap: van 17,9 % tot 14,2 % voor de BMI en van 10,2 % tot 4,4 % voor het ontstaan van de zwangerschap. Dit is wellicht het gevolg van de contacten met en de feedback aan de materniteiten, maar ook van hun stelselmatige aanpassing aan de variabelen van het CEpiP-luik. Sommige materniteiten namen namelijk de variabelen over van de « patiëntendossiers » in het CEpiP-luik.

Bij de analyse van de gegevens blijft de problematiek van het verzamelen van sommige medische en sociaal-demografische gegevens essentieel voor het opmaken van valide en betrouwbare studies. De inspanningen, van het CEpiP en van het Observatorium, om de medewerkers van de materniteiten en het personeel van de gemeentebesturen te sensibiliseren moeten aangehouden worden, om over zo objectief en volledig mogelijke informatie te beschikken omtrent de geboorten in Brussel.

EIGENSCHAPPEN VAN DE MOEDER

Bij de sociaaldemografische gegevens van de moeder blijft de gemiddelde leeftijd (30,9 jaar) stabiel sinds 2008. Het aandeel moeders van 35 jaar en ouder blijft hoog (23,5 %) tegenover Wallonië (16,2 %) (1). Anderzijds ligt het aandeel moeders jonger dan 20 jaar lager in het Brusselse Gewest (2,1 %) (1). Een studie over de uiterste leeftijden van de toekomstige moeders wordt momenteel geanalyseerd. Wat de oorspronkelijke nationaliteit betreft zijn 2/3 van de moeders niet-Belgisch bij de bevalling.

Bij de analyse van de biomedische gegevens moeten we drie belangrijke vaststellingen benadrukken: een daling van de hypertensie bij de moeders, een aanzienlijke stijging van het aantal gevallen van diabetes en een stabilisering van het aandeel moeders met overgewicht en obesitas blijkt wanneer we de gegevens van dit rapport vergelijken met die van de vorige jaren.

De gegevens over diabetes en hypertensie stonden reeds vermeld op luik C vóór de invoering van het CEpiP-luik. De vraag op het oorspronkelijke luik C in verband met deze risicofactoren was evenwel een multiple choice vraag, terwijl dat bij het CEpiP-luik een ja/nee vraag is. Tussen 2008 en 2009 kon de stijging van het aandeel gevallen van diabetes en hypertensie verklaard worden door de wijziging van het geboorteaangifte-formulier. Dat is evenwel niet langer het geval tussen 2009 en 2011.

De stijging van het aandeel gevallen van diabetes kent wellicht verschillende oorzaken en kan te maken hebben met meer systematische opsporingsonderzoeken tijdens de zwangerschap en ook met een reële stijging van de prevalentie. Dit wijst reeds gedeeltelijk op een nieuwe opsporingspolitiek van diabetes in het kader van een zwangerschap (daling van de glycemiedrempel voor het opsporen van zwangerschapsdiabetes), die de komende jaren algemeen zal worden. De zwangerschap is een sleutelperiode, zowel voor de incidentie als voor het opsporen van diabetes. Het beter opsporen van moeders met diabetes kan de bijbehorende – niet onbelangrijke – risico's beperken. Zo leidde de HAPO-studie "Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes study" tot de lagere diagnosedrempel voor de diagnose van zwangerschapsdiabetes. De auteurs toonden een beter verband aan tussen deze lagere drempel en een geboortegewicht hoger dan percentiel 90 %, bevalling met keizersnede, neonatale hypoglycemie en foetaal hyperinsulinisme. De studie toonde tevens een beter verband aan tussen de nieuwe normen voor afwijkende maternale glycemieën en vijf foeto-maternale complicaties: premature bevalling, risico op preeclampsie, schouderdystocie, hyperbilirubinemie en intensieve neonatale zorgen (13). Het opsporen van diabetes en het opvangen van de moeders met diabetes en hun kind(eren) is van groot belang om de complicaties te beperken.

Ten slotte is het stabiliseren van het aandeel moeders met overgewicht (32,7 %) en obesitas (10,7 %) van 2009 tot 2011 bemoedigend, deze waarden behoren tot de laagste van Europa. Tegelijk toont de vergelijking met de resultaten van de nationale gezondheidsonderzoek door het Instituut Volksgezondheid van 2008 (14) (27,9 % van de vrouwen met een BMI ≥ 25 en 11,9 % met een BMI ≥ 30 kg/m²) een groter aandeel vrouwen met overgewicht aan bij de toekomstige moeders dan bij de algemene populatie. We moeten dus waakzaam blijven, want een recente studie van het CEpiP toont aan dat opname in een dienst voor intensieve neonatale zorgen en lage apgar-scores vaker voorkomen bij kinderen met obese moeders na een spontane of ingeleide arbeid (15). Bovendien vormt overgewicht een risicofactor voor zwangerschapsdiabetes, zoals duidelijk blijkt uit dit rapport.

EIGENSCHAPPEN VAN DE BEVALLING

Het aandeel keizersneden blijft stabiel van 2008 tot 2011 (20,0 %) voor alle bevallingen, met een stijging voor meerlingenzwangerschappen (52,0 % tot 59,0 %). Deze waarde ligt hoger bij oudere vrouwen en met overgewicht/obesitas. Ze ligt eveneens hoger bij vrouwen van Afrikaanse sub-Sahara afkomst met 27,7 %. Een recente studie van het CEpiP toont trouwens aan dat bij primipara en multipara moeders met Afrikaanse sub-Sahara afkomst zonder voorgaande keizersnede, die bevallen van een voldragen kind in hoofdligging, het aandeel keizersneden het hoogst ligt, zelfs aanpassing voor de sociaaleconomische en medische eigenschappen van de moeder en van de materniteit (16).

Het aandeel bevallingen met inductie steeg van 2008 tot 2011 (26,0 % tot 28,7 %) en situeert zich tussen de hoogste van Europa. Bij tweederde van de brusselse materniteiten steeg deze waarde. Het sensibiliseren van de professionals uit de gezondheidszorg en van de bevolking voor het hoge aandeel bevallingen met

inductie en keizersnede en de bijbehorende complicaties blijkt zeer belangrijk. In tegenstelling tot de cijfers voor inductie en keizersnede, daalde de waarde voor episiotomie de voorbije vier jaar van 38,0 % tot 34,4 %, wat bemoedigend is.

Het aandeel bevallingen zonder verloskundige tussenkomst (vanaf 37 weken, zonder instrumentatie, zonder inductie en zonder episiotomie) is het hoogste voor moeders zonder overgewicht of obesitas. Deze analyse versterkt het idee dat waakzaamheid geboden is voor de evolutie van het gewicht van de moeders voor hun zwangerschap.

MORTINATALITEIT

In het Brusselse Gewest bedraagt de mortinataliteitsgraad 9,2 ‰. Dit lijkt veel te zijn, maar we herinneren eraan dat dit verslag de feitelijke gegevens analyseert en dat veel Brusselse materniteiten een universitair karakter hebben, wat een impact kan hebben op het soort patiënte dat ze opvangen. De waarde omvat alle doodgeborenen met een zwangerschapsleeftijd van 22 weken of een geboortegewicht van 500 g, wat een brede verzameling van gegevens weerspiegelt. Indien we enkel rekening houden met doodgeborenen vanaf 28 weken zwangerschapsleeftijd, zoals aanbevolen door de WGO om landen en regio's te kunnen vergelijken, verkrijgen we een waarde van 4,8 ‰. En indien we enkel rekening houden met kinderen met een geboortegewicht van 500 g of hoger in overeenstemming met het Koninklijk Besluit van 17 juni 1999, bedraagt de mortinataliteitsgraad 7,9 ‰.

Deze berekeningen van de mortinataliteitsgraad in functie van verschillende criteria tonen duidelijk aan dat het interpreteren en vergelijken van de analyses delicaat is, wat ook al werd aangetoond door het Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad in zijn nota over de evolutie van de foetale en kindermortaliteit van 2000 tot 2010 (6).

Deze waarde houdt overigens ook rekening met sommige medische zwangerschapsonderbrekingen. In België wordt namelijk geen enkel systematisch onderscheid gemaakt tussen spontane en geprovoceerde overlijdens.

Wij danken hartelijk de medewerkers van de materniteiten, de zelfstandige vroedvrouwen en de medewerkers van de burgerlijke stand, die zich dagelijks inspannen om de certificaten in te vullen en ook het Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad, zonder wie dit rapport niet zou kunnen gepubliceerd worden.

7. Referenties

- (1) Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.
- (2) Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2011. Studie centrum voor perinatale Epidemiologie 2011.
- (3) Minsart AF, Wilen G, De Spiegelaere M, Van de Putte S, Verdoot C, Englert Y. Perinatale Gegevens in het Brusselse Gewest – Jaar 2008. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2010.
- (4) Minsart AF, Van Leeuw V, Van de Putte S, De Spiegelaere M, Englert Y. Perinatale Gegevens in het Brusselse Gewest – Jaar 2009. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2011.
- (5) Leroy Ch, Van Leeuw V, Minsart A-F, Englert Y. Perinatale Gegevens in het Brusselse Gewest – Jaar 2010. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2012.
- (6) Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad, Evolution de la mortalité fœto-infantile en Région bruxelloise, 2000 – 2010, Les notes de l'Observatoire – 2013/01. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2013
- (7) EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013.
- (8) Rapport 2010 de la Banque de Données Médico-Sociales, Office de la Naissance et de l'Enfance, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2012.
- (9) IOM (Institute of Medicine). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.
- (10) 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.
- (11) 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 2010; 38, 367-376.
- (12) 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.
- (13) HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008; 358: 1991-2002.
- (14) Van der Heyden J, Gisle L, Demarest S, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport I - État de santé. Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, 2011 ; Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, ISSN: 2032-9180 – Numéro de dépôt. D/2011/2505/07 – IPH/EPI REPORTS N° 2011/005
- (15) Minsart et al.: Neonatal outcomes in obese mothers: a population-based analysis. BMC Pregnancy and Childbirth 2013 13:36.
- (16) Minsart A-F, De Spiegelaere M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013; 92 :204-209.

8. Bijlagen

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

Model I 0102040311 2089055 60

STROOK C **GEBORTE VAN EEN LEVEND KIND**

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

1. Vorige geboorten

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

2. Vermoedelijke duur (in weken) van de zwangerschap

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

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

4. Transfer tijdens de zwangerschap

- ja • neen

5. Ligging van het kind vóór de geboorte

- achterhoofdligging
- andere hoofdligging
- andere, preciezer
- stuit
- dwars/schuine ligging

6. De bevalling

6.1 Inductie van de baring vóór het begin van arbeid

- ja • neen

6.2 Bevalling met assistentie

- ja • neen

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

6.3 Aard van assistentie (maximum 3)

- forceps
- vacuüm-extractie
- keizersnede
- andere, preciezer
- stilligging met extractie (exclusief Bracht)
- versie met extractie
- externe versie

6.4 Maternale indicaties die het type van bevalling rechtvaardigen

- voorgeschiedte keizersnede
- dystocie
- andere, preciezer
- geen maternale indicatie
- afwijking van placenta

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

- foetale lijd
- andere, preciezer
- geen foetale indicatie
- abnormale ligging

7. Toestand van het kind bij de geboorte

7.1 Obstetrisch trauma

- ja • neen
- indien ja, preciezer

7.2 Ademnood

- ja • neen
- indien ja, preciezer

7.3 Infectieziekten

- ja • neen
- indien ja, preciezer

7.4 Congenitale afwijkingen

- anencefalie
- spina bifida
- hydrocefalie
- gespleten lip/verhemelte
- andere, preciezer
- anale imperforatie
- reductie van de ledematen
- hernia diaphragmatica
- omphalocoele-gastroscisis
- geen congenitale afwijkingen

8. Geboortegewicht van het kind (in gram)

(vervolg verso)

Model I 0102040312 2089055 61
GEBORTE VAN EEN LEVEND KIND (vervolg)

STROOK C
(vervolg)

9. Apgarscore na:

• 1 minuut • 10 minuten
 • 5 minuten

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

- ventilatie zonder intubatie
 - intubatie
 - overplaatsing naar n-dienst (binnen de eerste 12 uren)
 - overplaatsing naar N-dienst (binnen de eerste 12 uren)
 - andere, preciezer
-

Nr. medisch dossier van de Moeder

Identificatie van de geneesheer of de vroedvrouw

• RIZIV nummer

• datum (DDMMJJJJ) / /

naam, voornaam
handtekening
stempel

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

Naam en voornaam van het kind

Naam en voornaam van de moeder

Gewone verblijfplaats van de moeder : gemeente

straat, nr.

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

Adres van de geboorte : gemeente

straat, nr.

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

Geslacht van het kind

• mannelijk • vrouwelijk • onbepaald (1)

Handtekening en stempel van de geneesheer of van de vroedvrouw

(1) Bij de wet van 30 maart 1984 werd de 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) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> • uur (UUMM) <input type="text"/> u <input type="text"/> m	4. Kind geboren uit een meervoudige zwangerschap <input type="checkbox"/> • ja <input type="checkbox"/> • neen
2. Plaats van de geboorte <input type="checkbox"/> • ziekenhuis <input type="checkbox"/> • thuis <input type="checkbox"/> • andere, preciezer	In geval van meervoudige geboorte :
3. Geslacht van het kind <input type="checkbox"/> • mannelijk <input type="checkbox"/> • vrouwelijk <input type="checkbox"/> • onbepaald	• totaal aantal geboorten, doodgeborenen inbegrepen <input type="text"/> • rangnummer van het aangegeven kind <input type="text"/> • aantal en geslacht van de kinderen geboren tijdens dezelfde bevalling (het aangegeven kind inbegrepen) => aantal levend geboren <input type="checkbox"/> • mannelijk <input type="checkbox"/> • vrouwelijk <input type="checkbox"/> • onbepaald => aantal doodgeborenen <input type="checkbox"/> • mannelijk <input type="checkbox"/> • vrouwelijk <input type="checkbox"/> • onbepaald

MEDISCH GEHEIM

MAG NIET GEBRUIKT WORDEN VOOR GERECHTELIJKE DOELEINDEN

AKTENUMMER BIJ DE BURGERLIJKE STAND:

Aan de verantwoordelijke arts-ambtenaar

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

Bijlage 2. Statistisch formulier voor de aangifte van het overlijden van een kind jonger dan 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**
(Strook in te vullen en onder gesloten omslag te plaatsen door de geneesheer)

A. Inlichtingen met betrekking tot de geboorte

1. Vorige geboorten

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

2. Vermoedelijke duur (in weken) van de zwangerschap

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

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

4. Transfer tijdens de zwangerschap

• ja • neen • onbekend

5. Ligging van het kind vóór de geboorte

- achterhoofdligging • stuit
- andere hoofdligging • dwars/schuine ligging
- andere, preciezer

6. De bevalling

6.1 Inductie van de baring vóór het begin van arbeid

• ja • neen • onbekend

6.2 Bevalling met assistentie

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

6.3 Aard van assistentie (maximum 3)

- forceps • stultiging met extractie (exclusief Bracht)
- vacuüm-extractie • versie met extractie
- keizersnede • externe versie
- andere, preciezer

6.4 Maternale indicaties die het type van bevalling rechtvaardigen

- voorsgaande keizersnede • afwijking van placenta
- dystocie
- andere, preciezer
-
 • geen maternale indicatie

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

- foetaal lijden • abnormale ligging
- andere, preciezer
-
 • geen foetale indicatie

7. Toestand van het kind bij de geboorte

7.1 Obstetrisch trauma

• ja • neen • onbekend
Indien ja, preciezer

7.2 Ademnood

• ja • neen • onbekend • niet van toepassing
Indien ja, preciezer

7.3 Infectieziekten

• ja • neen • onbekend
Indien ja, preciezer

7.4 Congenitale afwijkingen

- anencetale • anale imperforatie
- spina bifida • reductie van de ledematen
- hydrocefale • hernia diaphragmatica
- gespleten lip/verhemelte • omphalocoele-gastroscisis
- andere, preciezer
-
 • geen congenitale afwijkingen

8. Geboortegewicht van het kind (in gram)

9. Apgarscore na:

• 1 minuut • 10 minuten

• 5 minuten

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

- ventilatie zonder intubatie • niet van toepassing
- intubatie • geen ingreep
- overplaatsing naar n-dienst (binnen de eerste 12 uren)
- overplaatsing naar NI-dienst (binnen de eerste 12 uren)
- andere, preciezer

(vervolg verso)

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

Adres van overlijden : gemeente

straat, nr.

Nummer van de overlijdensakte

Geslacht van het kind
 • mannelijk • vrouwelijk • onbepaald

Het kind is
 • doodgeboren • levend geboren

Gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie (1)	<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 kistging	
• in een hermatische 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
Fisico 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 de _____ om _____ uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer

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

<p>1. Datum en uur van het overlijden</p> <p>• datum (DDMMJJJJ) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>• uur (UUMM) <input type="text"/> u <input type="text"/> m</p> <hr/> <p>2. Datum en uur van de geboorte</p> <p>• datum (DDMMJJJJ) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>• uur (UUMM) <input type="text"/> u <input type="text"/> m</p> <hr/> <p>3. Het kind is</p> <p><input type="checkbox"/> • doodgeboren <input type="checkbox"/> • levend geboren</p> <hr/> <p>4. Plaats van de geboorte</p> <p><input type="checkbox"/> • ziekenhuis <input type="checkbox"/> • thuis</p> <p><input type="checkbox"/> • anders, preciezer</p> <hr/> <p>5. Plaats van het overlijden</p> <p><input type="checkbox"/> • ziekenhuis <input type="checkbox"/> • thuis</p> <p><input type="checkbox"/> • anders, preciezer</p>	<p>6. Geslacht van het kind</p> <p><input type="checkbox"/> • mannelijk</p> <p><input type="checkbox"/> • vrouwelijk</p> <p><input type="checkbox"/> • onbepaald</p> <hr/> <p>7. Kind geboren uit een meervoudige zwangerschap</p> <p><input type="checkbox"/> • ja <input type="checkbox"/> • neen</p> <hr/> <p>In geval van meervoudige geboorte :</p> <p>• totaal aantal geboorten, doodgeborenen inbegrepen <input type="text"/></p> <p>• rangnummer van het aangegeven kind <input type="text"/></p> <p>• aantal en geslacht van de kinderen geboren tijdens dezelfde bevalling (het aangegeven kind inbegrepen)</p> <p>⇒ aantal levend geboren</p> <p><input type="checkbox"/> • mannelijk <input type="checkbox"/> • vrouwelijk <input type="checkbox"/> • onbepaald</p> <p>⇒ aantal doodgeborenen</p> <p><input type="checkbox"/> • mannelijk <input type="checkbox"/> • vrouwelijk <input type="checkbox"/> • onbepaald</p>
---	--

MEDISCH GEHEIM

MAG NIET GEBRUIKT WORDEN VOOR GERECHTELIJKE DOELEINDEN

AKTENUMMER BIJ DE BURGERLIJKE STAND:

Aan de verantwoordelijke arts-ambtenaar

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

Bijlage 3. CEpiP-luik

CEpiP Dossier - 02											
vzw Centre d'Epidémiologie Périnatale - Lenniksebaan 808 PB597 - 1070 Brussel - 02/5556030 - info@cepip.be - www.cepip.be											
IDENTIFICATIE VAN HET DOSSIER											
Ziekenhuiscode of plaats van de bevalling <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
<small>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</small>											
Partusnummer (jaar, volgnummer, meerlingcode) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
IDENTIFICATIE VAN DE BEVALLING											
Geboortedatum van de moeder (dag/maand/jaar) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Postcode woonplaats van de moeder (4 cijfers, 9999 indien buitenland) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	Geboortedatum van het laatste levendgeboren kind? <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Onbekend (geen antwoord op de vorige)										
	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 <small>(Aantal bevallingen met inbegrip van de huidige bevalling - alle levend- en doodgeborenen ≥ 500g of ≥ 22 weken of ≥ 25 cm - meerlingzwangerschap heeft GEEN invloed op pariteit)</small> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Gewicht van de moeder vóór de zwangerschap (of vóór 15 weken) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Onbekend (geen antwoord van de patiënte)											
Gewicht van de moeder bij aankomst in het verloskwartier <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="checkbox"/> Onbekend (geen antwoord van de patiënte)											
Lengte van de moeder <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/> Onbekend (geen antwoord van de patiënte)											
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) <input type="text"/>											
BEVALLING											
Duur zwangerschap bij bevalling (in voleindigde weken) <input type="text"/> <input type="text"/>											
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 weëlnactiviteit) 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 (specificeer)											

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 ^o - dienst <input type="checkbox"/> NIC - dienst <input type="checkbox"/>	

PERINATALE STERFTE

Doodgeboren (≥ 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"/>	Loslatting 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"/>	

Bijlage 4. E-birth variabelen

FEDICT
EBIRTH PROJECT - ELECTRONIC BIRTH NOTIFICATION
EXPORT TO COMMUNITIES
 Definition CSV export files
 Version 0.10

E-BIRTH - MEDICAL FORM		
Data Element	Description	Possible values
TRACKING & STATUS INFORMATION		
Version		
Identification number	Identification number of the socio-economic form (link to the medical form). The contents of this field is anonymized to comply with specific privacy regulations.	
Submission timestamp	Date and time of submission of the medical form	
Status		SUBMITTED CLOSED
BIRTH NOTIFICATION (information as provided by the hospital / medical practitioner)		
City of Birth		
City of Birth - NIS code	NIS code of the city of birth	List of NIS code for Belgian cities available in annex.
Identification of the Parents		
Mother - Zipcode	Postal code of the address where the mother lives. Information provided by the medical practitioner and/or hospital.	
Mother - Birth date	Birth date of the mother. Information provided by the medical practitioner and/or hospital.	
Identification of the baby		
Gender	Gender of the baby	1 Male
		2 Female
		3 Undetermined
Date of birth	Baby's date of birth	
Time of birth	Baby's time of birth	
Information related to the Birth		
Pregnancy and delivery data		
Baby's resulting from a multiple pregnancy	To identify if the baby is part of a multiple birth	1 Yes
		2 No
Rank number of the concerned child	Rank of the baby in question regard to the other baby's coming from the same delivery	
MEDICAL FORM		
Partus number		
Partus Number - Year	Identification number attributed by the hospital to every birth of a baby.	
Partus Number - Sequence number	Identification number attributed by the hospital to every birth of a baby.	
Partus Number - Rank	Identification number attributed by the hospital to every birth of a baby.	

Mother's data		
Weight Mother Before	Weight of the mother before the current pregnancy in kg.	
Weight Mother At Entry	Weight of the mother at her entrance in the delivery room in kg.	
Height Mother	Height of the mother in cm.	

Previous childbirths			
Previous Childbirth	Question to know if the mother has already given birth to a baby (born-alive or stillborn).	1	Yes
		2	No
Babies Born Alive	Total number of born-alive baby(s) from all previous pregnancies		
Birth Date Last Born Alive	Date of birth of the last baby born alive?		
Previous Stillborn Delivery	Has the mother given birth to a stillborn baby (500 g and/or 22 weeks) since the delivery of this last born alive baby.	1	Yes
		2	No
Previous Caesarian Section	Did a previous delivery happened by a caesarian sectio?	1	Yes
		2	No

Current pregnancy			
Parity	Parity This delivery included - all alive or still born babies Definition to be used to consider a delivery of a stillborn baby : 1) > 500 gr 2) > 22 weeks 3) > 25 cm Multiple pregnancies do not impact the parity		
Pregnancy Origin	The origin of this pregnancy.	1	Spontaneous
		2	Hormonal
		3	IVF
		4	ICSI
		9	Not asked
Hypertension	To know if hypertension ($\geq 140 / \geq 90$ mm Hg) was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
Diabetes	To know if diabetes was diagnosed	1	Yes
		2	No
		9	Unknown
HIV	To know if HIV was diagnosed or tested	1	Positive
		2	Negative
		3	Not tested
		9	Unknown

Delivery			
Pregnancy Duration	The lenght of the pregnancy in full weeks		
Duration Confidence	The confidence with the provided pregnancy duration.	1	Sure
		2	Estimation
Postion At Birth	The position of the child at time of birth	1	Head-down position
		2	Other head presentation
		3	Breech presentation
		4	Transverse (oblique) presentation
		9	Unknown
Induction Delivery	To determine whether the delivery process was started in an artificial way (use of medicines or by breaking the membranes).	1	Yes
		2	No
Epidural Analgesia Rachi	To determine if Epidural analgesia and/or Rachi was observed.	1	Yes
		2	No
Foetal Monitoring CTG	Monitoring (control) foetal - CTG	1	Yes
		2	No
Foetal Monitoring STAN-Monitor	Monitoring (control) foetal - STAN-Monitor	1	Yes
		2	No

Foetal Monitoring MBO	Monitoring (control) foetal - MBO (micro blood examination)	1	Yes
		2	No
Foetal Monitoring Intermittent	Monitoring (control) foetal - Intermittent auscultation	1	Yes
		2	No
Colonization Streptococcus B	To determine if Colonization Streptococcus of B group was observed.	1	Positive
		2	Negative
		3	Not tested
Intrapartal Operation SBG Prophylaxis	To determine if Intrapartal operation of SBG prophylaxis (peni, ampi) was the case or not observed or not.	1	Yes
		2	No
Delivery Way	To determine how the delivery happened.	1	Spontaneous (head)
		2	Vacuum extraction
		3	Forceps
		4	Primary caesarian
		5	Secondary caesarian
		6	Vaginal breech
Episiotomy	To determine if it was the case or not	1	Yes
		2	No
Previous Caesarean Section	Indication(s) for caesarean section - previous caesarean section	1	Yes
		2	No
Breech Presentation	Indication(s) for caesarean section - position deviation	1	Yes
		2	No
Transverse Presentation	Indication(s) for caesarean section - position deviation	1	Yes
		2	No
Foetal Distress	Indication(s) for caesarean section - foetal distress	1	Yes
		2	No
Dystocie Not In Labour	Indication(s) for caesarean section - dysproportion (foeto-pelvic), not in labour	1	Yes
		2	No
Dystocie In Labour Insufficient Dilatation	Indication(s) for caesarean section - dystocie, in labour	1	Yes
		2	No
Dystocie In Labour Insufficient Expulsion	Indication(s) for caesarean section - dystocie, in labour	1	Yes
		2	No
Maternal Indication	Indication(s) for caesarean section - maternal indication	1	Yes
		2	No
Abruptio Placentae	Indication(s) for caesarean section - abruptio placentae, placenta praevia	1	Yes
		2	No
Requested By Patient	Indication(s) for caesarean section - requested by patient without medical indication	1	Yes
		2	No
Multiple Pregnancy	Indication(s) for caesarean section - multiple pregnancy	1	Yes
		2	No
Other	Indication(s) for caesarean section - other (to be specified)	1	Yes
		2	No
Other Description	Description of the other indication(s) for caesarean section		
Breast Feeding	Question to know if the mother thinks to breast-feed her baby (babies).	1	Yes
		2	No

State at birth			
Weight At Birth	The weight of the baby at birth in grams		
Apgar 1	Apgar score after 1 minute		
Apgar 5	Apgar score after 5 minutes		
Artificial Respiration	Has artificial respiration has been given to the newborn baby?	1	Yes
		2	No
Artificial Respiration Type	The kind of artificial respiration given to the newborn baby	1	Artificial respiration with balloon and mask
		2	Artificial respiration with intubation
Transfer Neonatal	Inform if the baby has been transferred to a neonatal department within the 7 days following the birth.	1	Yes
		2	No
Transfer Neonatal Type	Here the type of neonatal department has to be chosen.	1	N*-department
		2	NIC.department
Congenital Malformation	Identify if the baby suffers of congenital malformation (detected at birth)	1	Yes
		2	No

Anencephalia	Congenital Malformation - Anencephalia	1	Yes
		2	No
Spina bifida	Congenital Malformation - Spina bifida	1	Yes
		2	No
Hydrocephalia	Congenital Malformation - Hydrocephalia	1	Yes
		2	No
Split Lip Palate	Congenital Malformation - split lip/palate	1	Yes
		2	No
Anal Atresia	Congenital Malformation - anal atresia	1	Yes
		2	No
Members Reduction	Congenital Malformation - members reduction	1	Yes
		2	No
Diaphragmatic Hernia	Congenital Malformation - diaphragmatic hernia	1	Yes
		2	No
Omphalocele	Congenital Malformation - omphalocele	1	Yes
		2	No
Gastroschisis	Congenital Malformation - gastroschisis	1	Yes
		2	No
Transpositie Grote Vaten	Congenital Malformation - transpositie grote vaten	1	Yes
		2	No
Afwijking Long	Congenital Malformation - afwijking long (CALM)	1	Yes
		2	No
Atresie Dundarm	Congenital Malformation - atresie dundarm	1	Yes
		2	No
Nier Agenese	Congenital Malformation - nier agenese	1	Yes
		2	No
Craniosynostosis	Congenital Malformation - craniosynostosis	1	Yes
		2	No
Turner syndrom (XO)	Congenital Malformation - turner syndrom (XO)	1	Yes
		2	No
Obstructieve Defecten Nierbekken Ureter	Congenital Malformation - obstructieve defecten nierbekken en ureter	1	Yes
		2	No
Tetralogie Fallot	Congenital Malformation - tetralogie Fallot	1	Yes
		2	No
Oesofagale Atresie	Congenital Malformation - oesofagale atresie	1	Yes
		2	No
Atresie Anus	Congenital Malformation - atresie anus	1	Yes
		2	No
Twin To Twin Transfusiesyndroom	Congenital Malformation - twin-to-twin transfusiesyndroom	1	Yes
		2	No
Skeletdysplasie Dwerggroei	Congenital Malformation - skeletdysplasie/dwerggroei	1	Yes
		2	No
Hydrops Foetalis	Congenital Malformation - hydrops foetalis	1	Yes
		2	No
Poly Multikystische Nierdysplasie	Congenital Malformation - poly/multikystische nierdysplasie	1	Yes
		2	No
VSD	Congenital Malformation - VSD	1	Yes
		2	No
Atresie Galwegen	Congenital Malformation - atresie galwegen	1	Yes
		2	No
Hypospadias	Congenital Malformation - hypospadias	1	Yes
		2	No
Cystisch Hygroma	Congenital Malformation - cystisch hygroma	1	Yes
		2	No
Trisomie 21	Congenital Malformation - trisomie 21	1	Yes
		2	No
Trisomie 18	Congenital Malformation - trisomie 18	1	Yes
		2	No
Trisomie 13	Congenital Malformation - trisomie 13	1	Yes
		2	No

hospital & Medical Practitioner		
Medical Practitioner - Name	Name of the medical profile who provided the medical information	
Medical Practitioner - First Name	Firstname of the medical profile who provided the medical information	
Medical Practitioner - RIZIV number	RIZIV/INAMI number of medical profile who provided the medical information	
Hospital code	RIZIV/INAMI number of the hospital where the baby is born	
Campus code	Unique number of the hospital campus where the baby is born	

E-BIRTH - SOCIO-ECONOMIC FORM

Data Element	Description	Possible values
--------------	-------------	-----------------

TRACKING & STATUS INFORMATION

Version		
Identification number	Identification number of the socio-economic form (link to the medical form). The contents of this field is anonymized to comply with specific privacy regulations.	
Submission timestamp	Date and time of submission of the socio-economic form	
Status		SUBMITTED CANCELLED
Origin	Is this birth file initially created by a hospital / medical practitioner or by a city?	1 Hospital or medical practitioner 2 City

BIRTH NOTIFICATION (information as provided by the hospital / medical practitioner)

City of Birth		
City of Birth - NIS code	NIS code of the city of birth	List if NIS code for Belgian cities available in annex.
City of Birth - District code	District code of the city of birth (only applicable for Antwerpen, Tournai).	List of district codes for Antwerpen and Tournai available in annex.

Identification of the Parents		
Mother - Zipcode	Postal code of the address where the mother lives. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat Civil.	
Mother - Country	Country where the mother lives. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat Civil.	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.
Mother - Nationality	Current nationality of the mother. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat Civil.	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.
Mother - Birth date	Birth date of the mother. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat Civil.	
Father - Nationality	Current nationality of the father. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat Civil.	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.
Father - Birth date	Birth date of the father. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat Civil.	

Identification of the baby		
Gender	Gender of the baby	1 Male 2 Female 3 Undetermined
Date of birth	Baby's date of birth	
Time of birth	Baby's time of birth	

Information related to the Birth			
Birth Place Type	Type of place where the baby is born	1	Hospital
		2	Other
		3	Home
Birth Place Type Other	Explication where the baby is born if it is not in a hospital or at home		
City of Birth - Postal Code	Postal code of the city where the baby is born		

Pregnancy and delivery data			
Baby's resulting from a multiple pregnancy	To identify if the baby is part of a multiple birth	1	Yes
		2	No
Total babies born, stillborn included	Total of baby's born in this delivery, stillborn included		
Rank number of the concerned child	Rank of the baby in question regard to the other baby's coming from the same delivery		
Structure by sex	Structure by sex of the multiple pregnancy	1	Same genders
		2	Different genders
Number of stillborn children	Number of stillborn children in this multiple pregnancy		

SOCIO-ECONOMIC FORM

birth Certificate number	
Number birth	Number of the birth act completed by the Burgerlijke Stand/Etat Civil agent.

Information related to the Mother			
Mother Previous Nationality	Previous nationality of the mother. Country / nationality code.		
Information validated by Burgerlijke Stand / Etat Civil	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.		
Mother Education Level	Highest education level achieved or highest education diploma for the mother.	1	Pas d'instruction ou primaire non achevé
		2	Enseignement primaire
		3	Enseignement secondaire inférieur
		4	Enseignement secondaire supérieur
		5	Enseignement supérieur non universitaire
		6	Enseignement universitaire
		8	Autre
		9	Inconnu
		Mother Professional Situation	Current professional situation of the mother.
2	Femme/Homme au foyer		
3	Etudiant(e)		
4	Chômeur(se)		
5	pensionné(e)		
6	Incapacité de travail		
7	Autre, précisez		
9	Inconnu ou non déclarée		
Mother Other Professional Situation	If option other is chosen for the current professional situation, a description must be provided.		
Mother Social State	Social state in the mother's current profession or for retired or unemployed worker in the last profession.	1	Indépendant(e)
		2	Employé(e)
		3	Ouvrier(ère)
		4	Aidant(e)
		5	Sans statut
		6	Autre, précisez
9	Inconnu ou non déclarée		

Mother Other Social State	If option other is chosen for the social state in the current profession, a description must be	
Mother Current profession	Current profession of the mother.	Note : if the web application is used, a profession is proposed based on the initial characters entered by the user.
Mother Usual Place Of Living - Municipality code	Usual place of living of the mother. NIS-code of the municipality (only if country is Belgium, without district code).	List if NIS code for Belgian cities available in annex.
Mother Usual Place Of Living - Country	Usual place of living of the mother. Country / nationality code.	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.
Mother Usual Place Of Living - Description	Usual place of living of the mother. Free text description.	
Mother Civil Status	Civil status of the mother.	1 Céliataire
		2 Mariée
		3 Veuve
		4 Divorcée
		5 Légalement séparée de corps
		9 Inconnu
Mother Cohabitation	Does the mother live with her partner?	1 Oui, cohabitation légale
		2 Oui, en union (mariage)
		3 Oui, cohabitation de fait
		4 Non
Mother Cohabitation Date	Date of the current wedding or of the (cohabitation légale/ wettelijke samenwoning)	

Information related to the Father		
Father Previous Nationality	Previous nationality of the father. Country / nationality code. Information validated by Burgerlijke Stand / Etat Civil.	List if Geobel codes used to identify countries and territories available in annex.
Father Education Level	Highest education level achieved or highest education diploma for the father.	1 Pas d'instruction ou primaire non
		2 Enseignement primaire
		3 Enseignement secondaire inférieur
		4 Enseignement secondaire supérieur
		5 Enseignement supérieur
		6 Enseignement universitaire
		8 Autre
		9 Inconnu
		Father Professional Situation
2 Femme/Homme au foyer		
3 Etudiant(e)		
4 Chômeur(se)		
5 Pensionné(e)		
6 Incapacité de travail		
7 Autre, précisez		
9 Inconnu ou non déclarée		
Father Other Professional Situation	If option other is chosen for the current professional situation, a description must be provided.	
Father Social State	Social state in the father's current profession or for retired or unemployed worker in the last profession.	1 Indépendant(e)
		2 Employé(e)
		3 Ouvrier(ère)
		4 Aidant(e)
		5 Sans statut
		6 Autre, précisez
9 Inconnu ou non déclarée		
Father Other Social State	If option other is chosen for the social state in the current profession, a description must be provided.	
Father Current profession	Current profession of the father.	Note : if the web application is used, a profession is proposed based on the initial characters entered by the user.

