

“Geboren worden als Brusselaar - Perinatale gezondheidsindicatoren van de Brusselaars 2000-2012”

Samenvatting

Het dossier « Geboren worden als Brusselaar », gepubliceerd door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel richt de schijnwerpers op de gezondheidstoestand van de pasgeborenen en hun moeders tot en met 2012. Waar mogelijk worden de evoluties beschreven sinds 2000 en de verschillen met Vlaanderen en Wallonië onderstreept. Hieronder harnemen wij de belangrijkste vaststellingen. Er wordt hoofdzakelijk gebruik gemaakt van de gegevens voortkomende uit de statistische formulieren voor geboorte en overlijden die door de kraamklinieken en de administratieve diensten van de gemeenten worden ingezameld bij alle geboorten en overlijdens die zich in België voordoen.

Beoordeeld naar de foeto-infantiele sterfte, blijft de gezondheid van de pasgeborenen en hun moeders verbeteren in de loop van het afgelopen decennium. Desalniettemin getuigen bepaalde indicatoren zoals de prematuriteit, de ongelijkheden tussen verschillende socio-economische groepen, en de verschillen in de risico's verbonden aan medische kenmerken van de moeder zoals hypertensie of obesitas, dat er nog vooruitgang mogelijk is.

De Brusselse regionale geboortecijfers

In 2012 werden er 19 500 Brusselse geboorten geregistreerd¹. Dit betekent een toename van 31,5% ten opzichte van het jaar 2000. Het bruto geboortecijfer bedraagt 16,2 geboorten per 1 000 inwoners. Sinds 2010 zien we een lichte daling, maar het blijft beduidend hoger dan de geboortecijfers van Vlaanderen en Wallonië, respectievelijk 10,8 en 11,2 geboorten per 1 000 inwoners.

In 2010 waren er ongeveer 800 pasgeborenen wiens gewone verblijfplaats een van de Brusselse gemeenten betrof en die niet in het Rijksregister zijn opgenomen, waarvan 230 woonachtig in de gemeente Brussel en 112 in Anderlecht.

Ongeveer 10 % van de moeders die in 2010 bevallen zijn waren niet verzekerd door het Belgische sociale zekerheidsstelsel. Een groot deel van deze vrouwen beschikt waarschijnlijk over een andere vorm van verzekering maar een aantal van de Brusselse inwoners beschikt over geen enkele dekking van ziektekosten. Hun verzorgingskosten worden dan ten laste genomen door een OCMW of, in laatste instantie, door het ziekenhuis zelf.

Socio-demografische kenmerken van de geboorten

De gemiddelde leeftijd van de moeders op het moment van de bevalling is met 1 jaar toegenomen tussen 2000 en 2012, van 29,2 naar 30,2 jaar. Meer dan een kwart (23,9 %) van de moeders die in 2012 zijn bevallen waren 35 jaar of ouder. Het aandeel moeders ouder dan 40 neemt eveneens almaar toe om in 2012 op 4,9 % uit te komen. Elk jaar bevallen er een honderdtal jonge meisjes voor de leeftijd van 18 jaar.

¹ Het gaat hier wel degelijk om de Brusselse inwoners, dit in tegenstelling tot de 25 019 geboorten op het grondgebied van het Brussels gewest die beschreven worden in de rapporten van CEpiP.

In de periode 2008-2011, kwamen 24,9 % van de geboorten voor in een huishouden zonder arbeidsinkomen en 39,3 % van de geboorten in een huishouden met 2 inkomens uit arbeid. Dit cijfer is in vergelijking met het begin van de jaren 2000 maar weinig geëvolueerd². Meer dan de helft van de moeders met een Subsahara Afrikaanse nationaliteit leven in een huishouden zonder inkomen uit werk tegenover 10 % van de moeders met een nationaliteit uit een land van de EU15.

Zestien procent van de geboorten kwamen voor in een eenoudergezin en 63,8 % van de alleenstaande moeders beschikt niet over een arbeidsinkomen. Onder de moeders jonger dan 20 jaar leeft 45,6 % alleen maar is de socio-economische situatie nog minder aanbevelenswaardig met meer dan negen op tien onder hen die geen inkomen uit werk hebben.

De helft van de in 2012 geboren kinderen hebben een moeder die niet de Belgische nationaliteit had op het moment van de bevalling en driekwart heeft een moeder die niet als Belgische geboren is.

Biomedische kenmerken van de moeder, de zwangerschap en de bevalling

Elf procent van de moeders lijden aan obesitas voor de aanvang van hun zwangerschap, 7,6 % rapporteren diabetes en 4,1 % vertonen hypertensie op het moment van de geboorte. De moeders met een Subsahara Afrikaanse nationaliteit worden meer getroffen door 1 of meer van deze aandoeningen. De Marokkaanse moeders lijden vaker aan diabetes. Niet-Belgische moeders met een nationaliteit uit een van de landen van de Europese Unie zijn over het algemeen in betere gezondheid dan de Belgische.

Sinds 1996 is het aandeel meerlinggeboorten relatief stabiel gebleven. Het bedroeg 3,8 % in 2012.

In 2012 volgde 3,3 % van de bevallingen op een in vitro fertilisatie (IVF) (n=609). Bij moeders boven de 35 jaar is 7 % van de bevallingen voorafgegaan door een IVF.

Een kwart van de bevallingen werd ingeleid voor het natuurlijke begin van de weeën. Dit aandeel is sinds 10 jaar stabiel (26,7 %). In 2012 werd 20,2 procent van de geboorten door middel van een keizersnede voltrokken. Dit aandeel is regelmatig toegenomen sinds 2000 toen het 16,1 % bedroeg. In de periode 2008-2011 neemt de kans op een keizersnede bij primiparen (de vrouwen bij wie het om een eerste bevalling gaat) toe met de leeftijd, bij een ongunstige socio-economische situatie en bij een minder goede gezondheidstoestand.

Ongeveer 7,3 % van de levend geboren kwam vroegtijdig ter wereld (voor het begin van de 37^{ste} zwangerschapsweek). Het merendeel wordt geboren na 32 tot 36 zwangerschapsweken. Slechts 1,1 % van de levend geboren baby's wordt voor de 32^{ste} zwangerschapsweek geboren. De helft van de meerlingzwangerschappen eindigt in een vroeggeboorte. De jongste en oudste moeders, de moeders met medische risicofactoren

² Meer bepaald is het aantal gezinnen zonder inkomen 2 % afgenomen in het voordeel van gezinnen met 2 inkomens maar methodologische wijzigingen doen vermoeden dat de reële evolutie kleiner is.

en/of een minder gunstige socio-economische situatie lopen meer risico op een vroegtijdige bevalling.

Foeto-infantiele sterfte

Tussen 2008 en 2011 eindigen bijna tien geboorten op duizend met het overlijden van de nieuwgeborene voor zijn eerste verjaardag (9,7 ‰)³. Van deze 10 zijn er 6 doodgeboorten (6,4 ‰ en 2 sterfgevallen binnen de eerste week na de bevalling (1,6 ‰). De 2 overige overlijdens gebeuren tussen de 7 en 365 levensdagen (1,6 ‰).

De foetale sterfte blijft tussen 2000 en 2012 stabiel en schommelt tussen 3,3 en 4,2 foetale overlijdens per 1 000 levend of dood geboren na een zwangerschapsduur van minstens 28 weken. De infantiele sterfte heeft haar dalende trend voortgezet, van 5,1 naar 3,4 overlijdens per 1 000 levendgeborenen.

Tussen 2008 en 2011, zoals sinds het begin van de jaren 2000, waren de belangrijkste infantiele doodsoorzaken congenitale afwijkingen (1,1 ‰), aandoeningen verbonden aan de perinatale periode (0,7 ‰) en foetale onrijpheid (0,6 ‰). Minder dan de helft van de nieuwgeborenen die geboren worden voor de 26^{ste} zwangerschapsweek zijn na een jaar nog in leven.

De kinderen van de jongste (jonger dan 20 jaar) en oudste (35 jaar en ouder) bevallende moeders hebben een verhoogd risico om te overlijden voor hun eerste verjaardag. Vanaf 35 jaar stijgen de foetale en neonatale sterftecijfers met de leeftijd van de moeder.

De infantiele sterfte verdubbelt in het geval van arteriële hypertensie (6,6 ‰ tegenover 2,9 ‰ bij moeder zonder hypertensie). De infantiele sterfte stijgt eveneens gradueel met de BMI van de moeder. De infantiele sterfte ligt op 2,3 ‰ voor moeders met een BMI tussen 18,5 en 24,9 kg/m² en op 3,5 ‰ voor moeders met een BMI gelijk aan of groter dan 30 kg/m² (obesitas).

Er zijn beduidende socio-economische ongelijkheden met betrekking tot de foeto-infantiele sterfte. In vergelijking met een gezin dat over 2 inkomens uit werk beschikt is de kans op een foeto-infantiel overlijden in een gezin zonder inkomen uit arbeid bijna dubbel zo groot: 10,7 tegen 5,7 overlijdens per duizend geboortes. In vergelijking met de periode 2000-2003 zijn de verschillen in sterfte tussen gezinnen zonder arbeidsinkomen en gezinnen met twee inkomens uit werk evenwel kleiner geworden.

Besluit

Dit rapport biedt een gedetailleerde kijk op de Brusselse geboorten. Ook al is er een positieve evolutie, er blijven belangrijke gezondheidsproblemen en sociale ongelijkheden bestaan. Deze kunnen beter worden voorkomen en verdienen de aandacht van de betrokken actoren.

³ De gegevens worden gepresenteerd voor de hele periode 2008-2011 om de jaarlijkse schommelingen op te vangen die verbonden zijn aan het kleine aantal overlijdens dat jaarlijks in het Brussels gewest voorkomt.