

PERINATALE ACTIVITEITEN IN VLAANDEREN 2017

Redactie

R. Devlieger, E. Martens, R. Goemaes, H. Cammu



Vzw Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE)

Het verzamelen, het verwerken en het publiceren door het SPE werd uitgevoerd met de steun van Zorg en Gezondheid, in opdracht van de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid.



www.zorg-en-gezondheid.be
www.vvog.be

Gegevens uit het jaarboek zijn vrij te gebruiken door derden mits correcte referentie.

Referentie:

Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2017
R. Devlieger, E. Martens, R. Goemaes, H. Cammu
SPE, Brussel, 2018

INHOUD

Woord vooraf	1
Organogram.....	1
Gegevens	2
Definities: laten we elkaar goed begrijpen	4
1 Het jaar 2017 in cijfers	5
2 Aantal geboorten in Vlaanderen	7
3 Pariteit	9
4 Leeftijd van de moeder bij de verlossing.....	10
5 Hoe ontstaat de zwangerschap ?	12
6 Evolutie van het aantal meerlingzwangerschappen.....	13
7 Duur van de zwangerschap	15
8 Geboortegewicht.....	16
9 Geslacht.....	17
10 Ligging van het kind.....	18
11 Inleiding van de baring.....	21
12 Epidurale analgesie	22
13 Wijze van verlossing	24
14 Episiotomie	31
15 Aangeboren majeure misvormingen	32
16 Perinatale sterfte.....	34
17 Neonatale morbiditeit.....	42
18 Maternale sterfte.....	50
Blikvangers 2017	52
Aanvraag studies	54
Colofon	56

WOORD VOORAF

Voor u ligt, met enkele maanden vertraging, het SPE Jaarrapport van 2017. Verder in dit rapport zal professor Roland Devlieger u de meest in het oog springende resultaten, de blikvangers zeg maar, mededelen.

2018 zou je, de woorden van de Britse Queen indachtig, gerust een “annus horribilis” kunnen noemen. Onze geliefde oud-directeur en medeoprichter van het Studiecentrum in 1986, Guy Martens overleed op maandag 6 augustus 2018 thuis in intieme kring. Guy werd 73 jaar.

Guy's “legacy” oogt indrukwekkend. Guy was de behoeder van de SPE databank, hij zorgde ervoor dat de SPE gegevens betrouwbaar waren, regelmatig ging hij op pad naar de kraamafdelingen om data te checken en personeel aldaar op te leiden in het correct registreren. Als de Vlaamse materniteiten over betrouwbare perinatale gegevens beschikten, dan was dat Guy's verdienste. Als studenten, assistenten, residenten, vroedvrouwen et cetera over bruikbare gegevens konden beschikken voor eindwerken, publicaties, voordrachten en dies meer, dan was dat Guy's verdienste. Als Vlaanderen op de Europese kaart meespeelde als actor in internationale studies zoals EPICE, PERISTAT e.a., dan was dat Guy's verdienste. Als de overheid, de pers, de media informatie nodig hadden met betrekking tot relevante vragen over moeder-kind, dan leverde Guy die af. Na zijn pensioen werd zijn directeurstaak overgenomen door zijn dochter Evelyne. Ook zij stopt er nu mee. Ik wil haar hier bedanken voor de ijver die ze al die jaren aan de dag heeft gelegd. Het SPE was onder de “Martensen” een baken van vertrouwen.

Ook veel vertrouwen heb ik in onze nieuwe directeur, Régine Goemaes, haar CV met onder meer de voorbereiding van een doctoraat, is uitstekend. Mijn eerste indruk is dat Régine een goede organisator is en iemand die problemen direct aanpakt.

Ook nieuw is de zetel van het SPE, die staat sinds september niet meer in de lokalen van Kind & Gezin maar wel in het glazen gebouw van het Agentschap Zorg & Gezondheid. Ook voor Kind & Gezin zeg ik, via dit voorwoord, welgemeend: “dank u wel, voor al die jaren”. Tot slot wil ik ook het secretariaat, Vanessa en Ann, bedanken. Secretariaatswerk wordt steevast onderschat, maar hun inzet en ijver bepaalden mee het succes van het SPE.

Prof. dr. Hendrik Cammu
Voorzitter SPE

ORGANOGRAM

Raad van Bestuur

Gynaecologen

Prof. dr. H. Cammu (v)
Prof. dr. R. Devlieger (o)
Prof. dr. Y. Jacquemyn
Dr. M. Laubach
Dr. A. Loccufier
Prof. dr. K. Roelens (p)

Dagelijks Bestuur

Prof. dr. H. Cammu
Prof. dr. R. Devlieger
Prof. dr. K. Roelens
Prof. dr. P. Van Reempts

Wetenschappelijke Commissie

Gynaecologen

Dr. R. Breugelmans
Prof. dr. H. Cammu
Prof. dr. L. De Catte
Dr. B. De Keersmaecker
Prof. dr. P. Defoort
Prof. dr. R. Devlieger (v)
Prof. dr. Y. Jacquemyn
Dr. M. Laubach
Dr. A. Loccufier
Prof. dr. K. Roelens
Dr. E. Roets
Dr. E. Sleurs

Pediaters

Dr. K. De Coen
Dr. A. De Guchtenaere
Prof. dr. G. Naulaers
Dr. C. Van Mol
Prof. dr. P. Van Reempts (s)

Verwerkingscentrum

Mevr. R. Goemaes (d)
Mevr. V. De Bolle
Mej. A. Testelmans

Pediaters

Dr. F. Camfferman
Dr. K. De Coen
Dr. A. De Guchtenaere
Dr. Ph. Jeannin
Prof. dr. G. Naulaers
Dr. D. Van Laere
Dr. C. Van Mol
Prof. dr. P. Van Reempts

Informatici

Dhr. G. Ruyssinck
Prof. G. Van Maele

Vroedvrouwen

Dr. A. Bogaerts
Dr. I. Delbaere
Dr. M. Embo
Mevr. M. Reyens
Mevr. S. Van de Vijver

Zorg en Gezondheid

Dr. E. Hendrickx

v= voorzitter
o= ondervoorzitter
p= penningmeester
s= secretaris
d= directeur

GEGEVENS

Het SPE gebruikt twee dossiers: het **obstetrisch en perinataal dossier** en het **neonataal dossier**. In geval van een transfer van de baby naar een neonatale afdeling, worden beide dossiers aan elkaar gekoppeld.

Het **obstetrisch en perinataal dossier** bevat 35 items:

1. partusnummer
2. geboortedatum van de moeder
3. postcode
4. geboorten voor deze zwangerschap (aantal en datum laatste bevalling)
5. keizersnede bij een vorige zwangerschap
6. pariteit
7. ontstaan van de zwangerschap (spontaan of medisch begeleide voortplanting)
8. hypertensie in deze zwangerschap
9. diabetes
10. lengte moeder
11. gewicht voor de zwangerschap
12. gewicht bij de bevalling
13. meerlingzwangerschap (zo ja, het aantal kinderen)
14. duur zwangerschap bij bevalling (zeker of schatting)
15. ligging van het kind
16. inductie van de baring
17. epidurale analgesie en/of rachi
18. foetale bewaking (CTG, STAN, MBO, auscultatie)
19. groep B streptococci kolonisatie
20. intrapartale toediening van GBS profylaxe
21. geboortedatum
22. geboortetijdstip
23. wijze van verlossing
24. episiotomie
25. hoofdindicatie sectio
26. geboortegewicht
27. geslacht
28. apgar na 1 en 5 minuten
29. beademing van de pasgeborene
30. aangeboren majeure misvormingen
31. transfer naar N*- en/of NIC- dienst
32. doodgeboren (indien doodgeboren: overleden vóór of tijdens partus)
33. vroeg-neonatale sterfte (zo ja, datum en uur overlijden)
34. classificatie doodsoorzaak
35. maternale sterfte

Het neonataal dossier bevat 19 items:

1. NIC-code
2. ziekenhuiscode
3. partusnummer
4. geboortedatum van het kind
5. geboortedatum van de moeder
6. transfer
7. opnamedatum
8. reden(en) van opname
9. endotracheale beademing
10. intracraniële bloeding
11. convulsies
12. ernstige infecties
13. acute longziekten
14. aangeboren majeure misvormingen
15. ontslagdatum kind
16. bestemming van het kind
17. toestand bij ontslag
18. gegevens bij overlijden kind
19. classificatie doodsoorzaak

Bij het opstellen van deze lijst van items werd rekening gehouden met

1. de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en van de Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO).
2. het KB van 14.06.1999 dat de registratie van de geboorte bepaalt.
3. het KB van 17.06.1999 dat de registratie van de doodgeborene bepaalt.

DEFINITIES: laten we elkaar goed begrijpen

- **Verlossing**
Geboorte van één of meer kinderen met een gewicht van ≥ 500 gram uit één moeder.
- **Geboorte**
Geboorte van één kind, levend of dood, van ≥ 500 gram of van ≥ 22 weken bij onbekend geboortegewicht. Indien beiden onbekend, dan geldt een lengte van ≥ 25 cm als criterium.
- **Pariteit**
Het aantal verlossingen dat een vrouw heeft doorgemaakt.
- **Vroeggeboorte**
Bevalling vóór de 37^{ste} zwangerschapsweek.
- **Laag geboortegewicht**
Een geboortegewicht $< 2\ 500$ gram.
- **Sectio caesarea, primair**
Een sectio uitgevoerd op een gepland tijdstip, bij een zwangere met intacte vliezen en niet in arbeid.
- **Sectio caesarea, secundair**
Een keizersnede waartoe pas beslist werd tijdens de arbeid of de bevalling.
- **Foetale sterfte**
Ieder doodgeboren kind van ≥ 500 gram.
- **Vroeg-neonatale sterfte**
Overlijden van een levend geboren kind van ≥ 500 gram, vóór de 8^{ste} dag na de geboorte.
- **Perinatale sterfte**
De som van de foetale sterfte en de vroeg-neonatale sterfte.
- **Neonatale sterfte**
Overlijden van een levend geboren kind van ≥ 500 gram tot en met de 28^{ste} dag na de geboorte.
- **Post-neonatale sterfte**
Overlijden van een levend geboren kind van ≥ 500 gram, vanaf de 29^{ste} dag tot en met de 365^{ste} dag na de geboorte.
- **Zuigelingensterfte**
Overlijden van een levend geboren kind van ≥ 500 gram binnen het 1^{ste} levensjaar.
- **Foeto-infantiele sterfte**
De som van de foetale sterfte en de zuigelingensterfte.
- **Maternale sterfte**
Iedere maternale sterfte naar aanleiding van de beschreven partus, los van de oorzaak en het tijdstip van het overlijden (per of post partum) wordt geregistreerd.

1 HET JAAR 2017 IN CIJFERS

In 2017 hebben opnieuw alle 63 kraamklinieken uit het Vlaamse Gewest alsook het UZ Brussel aan de registratie deelgenomen. Het SPE beschikt eveneens over gegevens van **399** thuisbevallingen. Het SPE registreert de plaats van geboorte en niet de woonplaats van de moeder.

Tabel 1.1: Verlossingen \geq 500 g (vrouwen)

Karakteristieken van de MOEDER	%	Totaal aantal MOEDERS (N= 62 772)
eenling	98,3	61 711
tweeling	1,7	1 042
drieling	-	19
pariteit		
primi	44,6	27 995
multi	55,4	34 777
ontstaan zwangerschap		
spontaan	90,4	56 765
medisch begeleide voortplanting niet gevraagd	7,5	4 688
	2,1	1 319
hypertensie		
ja	5,4	3 405
diabetes		
ja	4,4	2 781
duur zwangerschap		
\leq 31weken	1,2	738
32 – 36 weken	6,6	4 113
\geq 37 weken	92,3	57 921
inleiding baring	24,6	15 433
epidurale analgesie	69,9	43 881
wijze van verlossing		
vaginaal	79,1	49 645
sectio caesarea	20,9	13 127

Tabel 1.2: Geboorten ≥ 500 g (pasgeborenen)

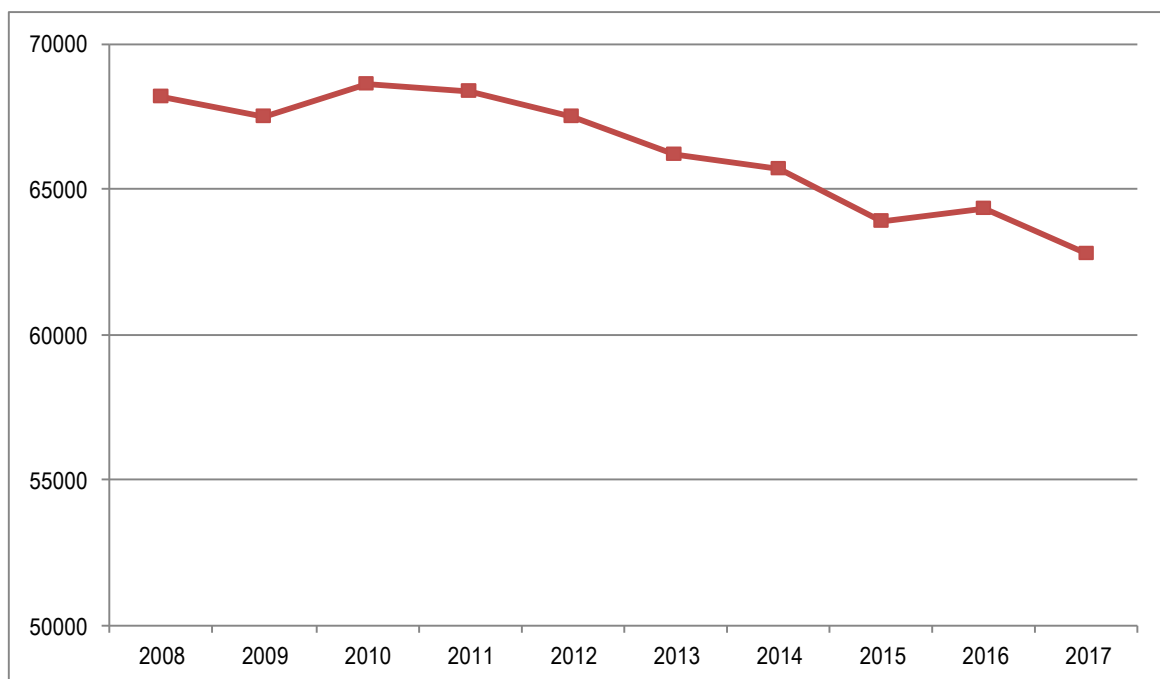
Karakteristieken van de BABY	%	Totaal aantal BABY'S (N = 63 838)
eenling	96,7	61 711
tweeling	3,2	2 072
drieling	0,1	55
ligging baby		
hoofd	94,3	60 176
stuit	4,8	3 071
dwars	0,5	340
onbekend	0,4	250
wijze van geboorte		
spontaan	68,4	43 639
vacuümextractie	9,5	6 096
forceps	0,3	200
sectio	21,6	13 760
stuit vaginaal	0,2	143
geboortegewicht		
500 – 1 499 gram	1,2	768
1 500 – 2 499 gram	5,6	3 600
$\geq 2 500$ gram	93,2	59 470
geslacht		
mannelijk	51,2	32 710
vrouwelijk	48,8	31 128
majeure misvorming		
ja	0,9	575
transfer neonatologie		
N*	10,8	6 875
NIC	4,4	2 766
perinatale sterfte		
foetale sterfte	0,51	326
vroeg-neonatale sterfte	0,12	79
perinatale sterfte	0,63	405

2 AANTAL GEBOORTEN IN VLAANDEREN

In 2017 daalt het aantal geboorten in Vlaanderen opnieuw na een lichte stijging in 2016. Voor de 21^{ste} keer op rij is er een 100 % ziekenhuisregistratie.

Tabel 2.1: Evolutie van het aantal geboorten en verlossingen in Vlaanderen en UZ Brussel

	geboorten BABY'S	verlossingen MOEDERS	% registratie
1991	67 143	66 082	95,5
2008	69 470	68 199	100
2009	68 774	67 534	100
2010	69 924	68 606	100
2011	69 605	68 352	100
2012	68 709	67 494	100
2013	67 424	66 197	100
2014	66 955	65 729	100
2015	65 052	63 877	100
2016	65 440	64 323	100
2017	63 838	62 772	100



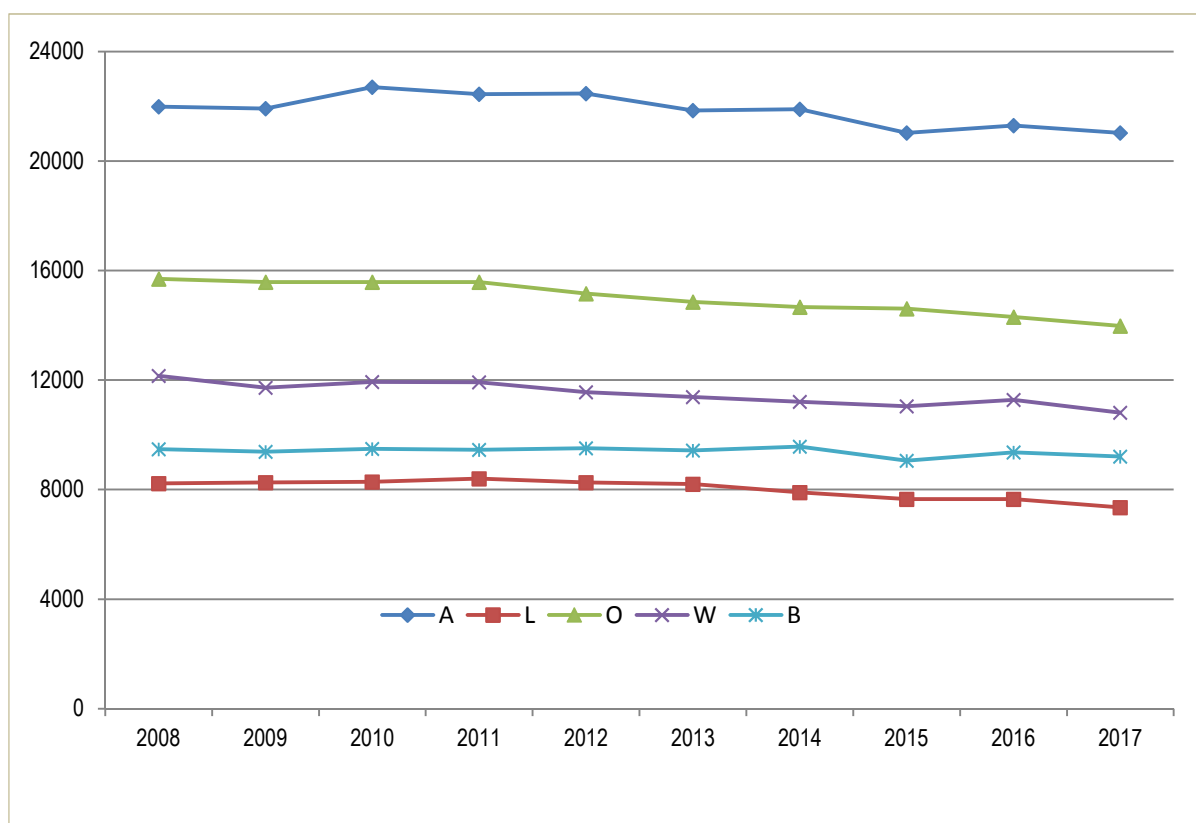
Figuur: Evolutie van het aantal verlossingen in Vlaanderen en UZ Brussel

De daling in het aantal verlossingen in 2017 situeert zich in alle provincies, en is het grootst in West-Vlaanderen.

Tabel 2.2: Evolutie van het aantal verlossingen per provincie

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
A	21 985	21 910	22 692	22 443	22 468	21 840	21 892	21 031	21 297	21 030
L	8 231	8 259	8 286	8 398	8 260	8 198	7 899	7 653	7 655	7 348
O	15 700	15 583	15 582	15 584	15 160	14 857	14 672	14 609	14 303	13 983
W	12 151	11 727	11 927	11 926	11 564	11 381	11 202	11 043	11 281	10 807
B	9 475	9 382	9 487	9 452	9 513	9 431	9 571	9 058	9 363	9 205

A= Antwerpen L= Limburg O= Oost-Vlaanderen W= West-Vlaanderen B= Vlaams-Brabant



Figuur: Evolutie van het aantal verlossingen per provincie

3 PARITEIT

Het percentage eerst barenden vrouwen bedraagt 44,6 %. Dit is een daling ten opzichte van vorig jaar. Dit kan zijn weerslag hebben op het aantal bevallingen in de volgende jaren.

Tabel 3.1: Pariteit (2017)

	%	Aantal (N = 62 772)
1	44,6	27 995
2	35,4	22 204
3	12,8	8 035
4	4,6	2 864
5	1,6	1 020
≥ 6	1,0	654

Tabel 3.2: Evolutie van de pariteit (%)

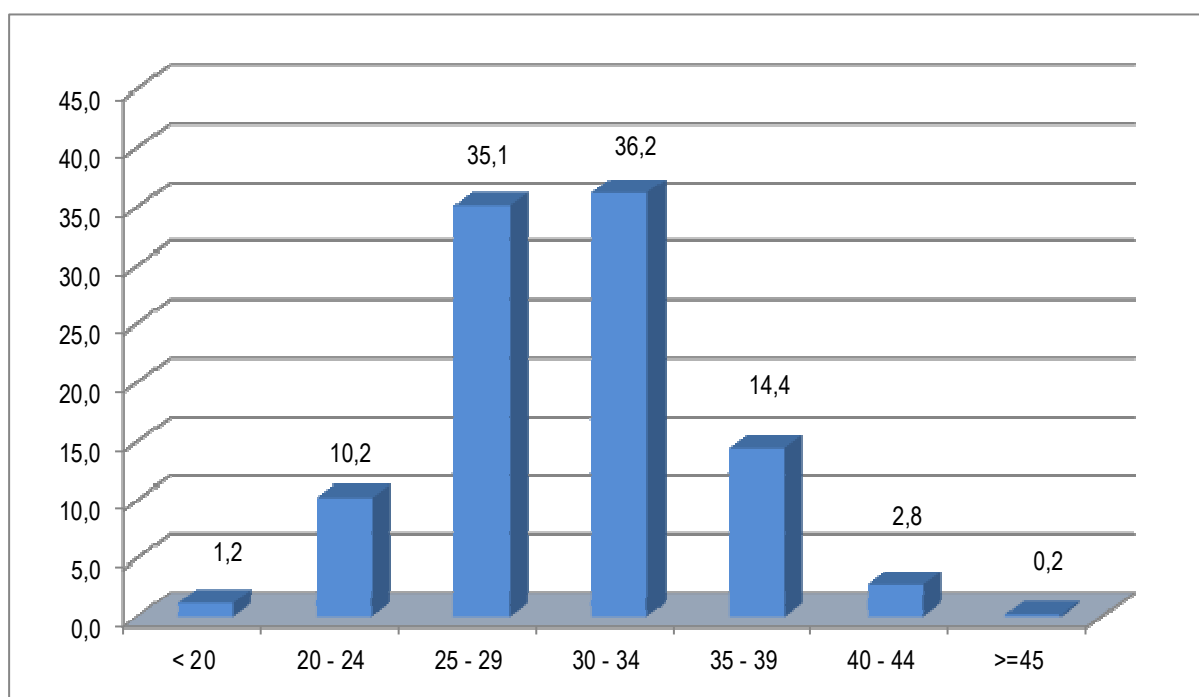
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Primipare (Po)	46,9	47,0	45,9	45,8	45,2	44,8	44,2	44,4	45,1	44,6
Multipare (Pn)	53,1	53,0	54,1	54,2	54,8	55,2	55,8	55,6	54,9	55,4

4 LEEFTIJD VAN DE MOEDER BIJ DE VERLOSSING

Meer dan zeven op tien vrouwen zijn bij hun bevalling tussen 25 en 34 jaar oud. Eén op 85 vrouwen (N=742) is een tiener, wat een daling is. Eén op 351 vrouwen is jonger dan 18 jaar (N=179). Eén op 34 is veertig jaar of ouder op het moment van de partus, het gaat om 1 847 vrouwen (2,9 %), wat een lichte stijging is ten opzichte van het voorbije jaar. Ter vergelijking, in 1991 bevielen 0,8 % vrouwen op of na hun veertigste.

Tabel 4.1: Indeling volgens leeftijd van de moeder bij de verlossing (2017)

	%	aantal (N = 62 772)
< 20	1,2	742
20 – 24	10,2	6 380
25 – 29	35,1	22 011
30 – 34	36,2	22 752
35 – 39	14,4	9 040
40 – 44	2,8	1 748
≥ 45	0,2	99



Figuur: Indeling volgens leeftijd van de moeder (%)

De gemiddelde leeftijd van zowel de primipare als de multipare vrouw stijgt licht ten opzichte van het voorbije jaar. Eén vrouw op 45 is een tiener als ze voor de eerste maal bevalt. Eén vrouw op 10 is vijftig of meer bij haar eerste bevalling en één op 64 is veertig of meer.

Tabel 4.2: Evolutie van de leeftijdsspreiding bij de primipare vrouw (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
< 20	3,7	3,7	3,5	3,4	3,0	2,6	2,6	2,5	2,3	2,2
20 – 24	20,2	19,5	19,4	19,0	18,6	17,9	17,6	17,1	16,4	15,1
25 – 29	44,8	44,3	43,9	43,9	43,7	43,3	43,1	43,5	43,7	43,6
30 – 34	23,6	24,6	24,9	25,4	26,0	26,9	27,4	26,9	27,5	28,9
35 – 39	6,5	6,7	7,1	7,0	7,4	7,8	7,7	8,5	8,5	8,6
≥ 40	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	1,6	1,5	1,6	1,6
gemiddelde	28,1	28,2	28,3	28,3	28,5	28,6	28,7	28,8	28,9	29,0

In 1987 was de gemiddelde leeftijd bij de primipare vrouw 25,7 jaar, in 1991: 26,3 jaar en in 2017: 29,0 jaar.

Tabel 4.3: Evolutie van de leeftijdsspreiding bij de multipare vrouw (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
< 20	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
20 – 24	8,4	8,3	8,1	8,0	7,7	7,4	6,7	6,5	6,5	6,2
25 – 29	31,8	31,9	31,6	30,9	30,1	30,2	29,4	29,2	28,7	28,2
30 – 34	39,3	39,7	40,5	41,2	41,6	41,7	42,3	41,9	42,1	42,2
35 – 39	17,0	16,4	16,1	16,2	16,7	16,9	17,8	18,4	18,6	19,0
≥ 40	3,1	3,1	3,2	3,2	3,4	3,4	3,6	3,7	3,8	4,1
gemiddelde	31,1	31,1	31,1	31,2	31,3	31,3	31,5	31,6	31,6	31,7

In 1987 was de gemiddelde leeftijd bij de multipare vrouw 28,8 jaar, in 1991: 29,4 jaar en in 2017: 31,7 jaar.

5 HOE ONTSTAAT DE ZWANGERSCHAP

Bij minstens 4 688 vrouwen, één op dertien (7,5 %), trad de zwangerschap op na een behandeling voor onvruchtbaarheid. Dat leidde bij 339 vrouwen (7,2 % uit deze groep) tot de geboorte van een meerling: 32 % van de meerlingen is een gevolg van artificiële reproductietechnieken.

Tabel 5.1: Ontstaan van de zwangerschap (2017)

	eenlingzwangerschap		meerlingzwangerschap		totaal
	(N= 61 711) %	aantal	(N= 1 061) %	aantal	zwangerschappen (N= 62 772) %
spontaan	90,8	56 061	66,4	704	90,4
hormonaal	2,5	1 516	9,4	100	2,6
IVF	2,4	1 485	12,4	132	2,6
ICSI	2,2	1 348	10,1	107	2,3
niet bevraagd	2,1	1 301	1,7	18	2,1

Tabel 5.2: Evolutie van de medisch begeleide voortplanting (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
%	5,4	5,4	5,7	5,8	6,2	6,6	6,9	7,0	7,3	7,5

In 1991 betekende medisch begeleide voortplanting (2,1 %) nog voornamelijk 70 % hormonale stimulatie en 30% IVF. In 2017 is IVF/ICSI verantwoordelijk voor 65,5 % van de kunstmatig tot stand gebrachte zwangerschappen.

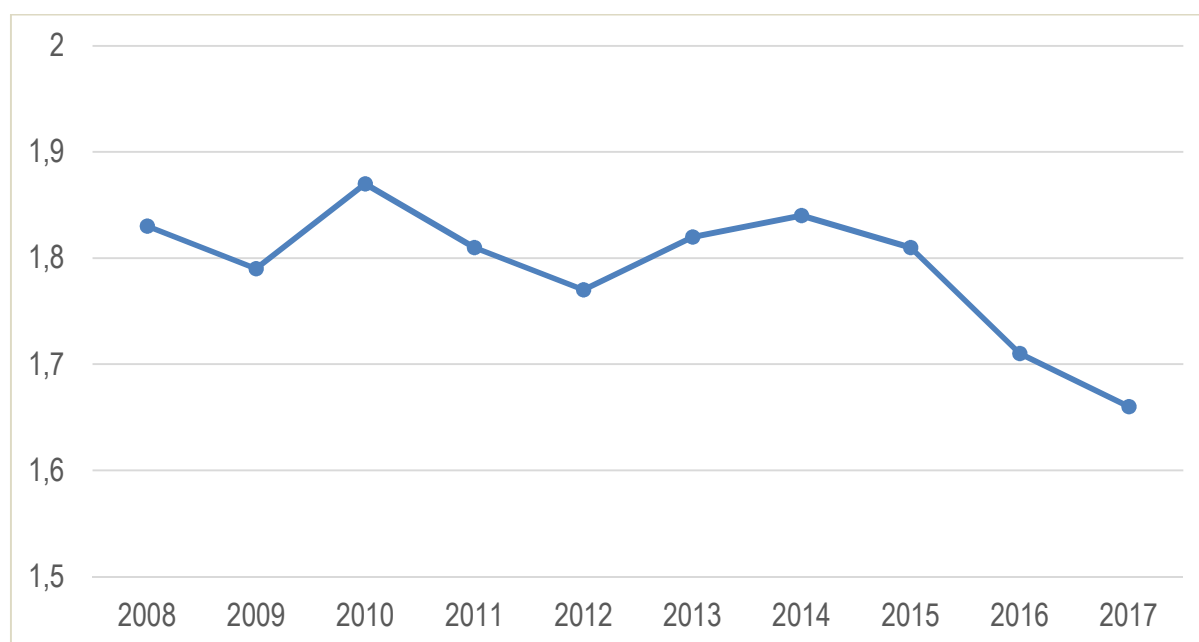
6 EVOLUTIE VAN HET AANTAL MEERLINGZWANGERSCHAPPEN

Het percentage tweelingen schommelde de voorbije tien jaar rond de 1,8 %. Voor het tweede jaar op rij is er een daling. In 2017 bedraagt het percentage tweelingen 1,66 %. Het aantal drielingen is echter toegenomen in 2017.

Tabel 6.1: Evolutie van het aantal meerlingzwangerschappen

	tweeling		drieling	
	%	aantal	%	aantal
1991	1,40	955	0,10	53
2008	1,83	1 251	0,02	13
2009	1,79	1 209	0,03	17
2010	1,87	1 289	0,03	18
2011	1,81	1 241	0,02	13
2012	1,77	1 194	0,02	13
2013	1,82	1 202	0,03	17
2014	1,84	1 211	0,02	13
2015	1,81	1 153	0,03	16
2016	1,71	1 100	0,02	12
2017	1,66	1 042	0,03	19

Het hoogste aantal meerlingen van hogere orde werd opgetekend in 1996 met 54 drielingen en één vierling.

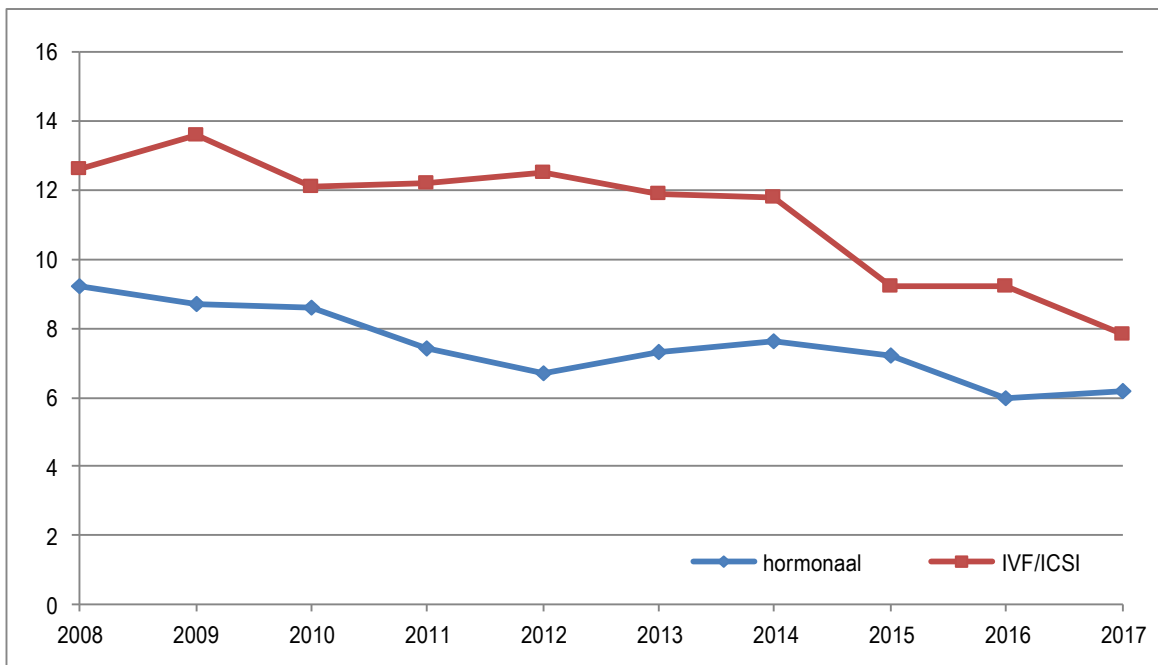


Figuur: Evolutie van het aantal tweelingzwangerschappen (%)

Tabel 6.2: Evolutie van het % meerlingzwangerschappen naargelang de wijze waarop de zwangerschap ontstond (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
spontaan	1,3	1,2	1,4	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
hormonaal	9,2	8,7	8,6	7,4	6,7	7,3	7,6	7,2	6,0	6,2
IVF/ICSI	12,6	13,6	12,1	12,2	12,5	11,9	11,8	9,2	9,2	7,8

Het percentage meerlingen na IVF/ICSI is gedaald ten opzichte van 2016 en bedraagt 7,8 %. Het percentage meerlingzwangerschappen na hormonale behandelingen is licht gestegen naar 6,2 %.



Figuur: Evolutie van het % meerlingzwangerschappen naargelang de wijze van totstandkoming

7 DUUR VAN DE ZWANGERSCHAP

De globale frequentie van vroeggeboorte (< 37 weken) bedraagt 7,7 %. Dat is 6,8 % bij de eenling en 62,8 % bij de meerling.

Tabel 7.1: Zwangerschapsduur (2017)

	eenlingbevalling (N= 61 711)		meerlingbevalling (N= 1 061)	
	%	aantal	%	aantal
< 28w	0,4	262	3,5	37
28 – 31 ^{6/7} w	0,6	365	7,0	74
32 – 36 ^{6/7} w	5,8	3 557	52,3	555
≥ 37w	93,2	57 527	37,1	394

Tabel 7.2: Evolutie van de zwangerschapsduur (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
< 28 w	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
28 – 31 ^{6/7} w	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
32 – 36 ^{6/7} w	6,3	6,2	6,2	6,0	6,4	6,2	6,2	6,3	6,5	6,6
≥ 37 w	92,6	92,7	92,8	92,8	92,4	92,6	92,6	92,5	92,4	92,3

In 1991 beviel 94,7 % op of na 37 weken. Sinds 2008 schommelt het percentage à terme bevallingen tussen 92,3 % en 92,8 %.

8 GEBOORTEGEWICHT

Kinderen met een laag geboortegewicht (< 2 500 gram) vertegenwoordigen 6,8 % van alle pasgeboren baby's. Eén eenling op 108 en één meerling op 11 wegen bij de geboorte minder dan 1 500 gram.

Tabel 8.1: Geboortegewicht (2017)

	eenlingen (N= 61 711)		meerlingen (N= 2 127)	
	%	aantal	%	aantal
500 – 999 g	0,4	264	3,2	69
1 000 – 1 499 g	0,5	308	6,0	127
1 500 – 1 999 g	0,8	521	15,8	336
2 000 – 2 499 g	3,3	2 060	32,1	683
2 500 – 2 999 g	16,2	9 999	33,7	716
3 000 – 3 499 g	39,1	24 107	8,6	182
3 500 – 3 999 g	30,4	18 733	0,7	14
4 000 – 4 499 g	8,2	5 047	-	0
≥ 4 500 g	1,1	672	-	0

Het geboortegewicht volgt de evolutie van de zwangerschapsduur. Er lijkt amper iets veranderd de voorbije tien jaar.

Tabel 8.2: Evolutie van het geboortegewicht (%)

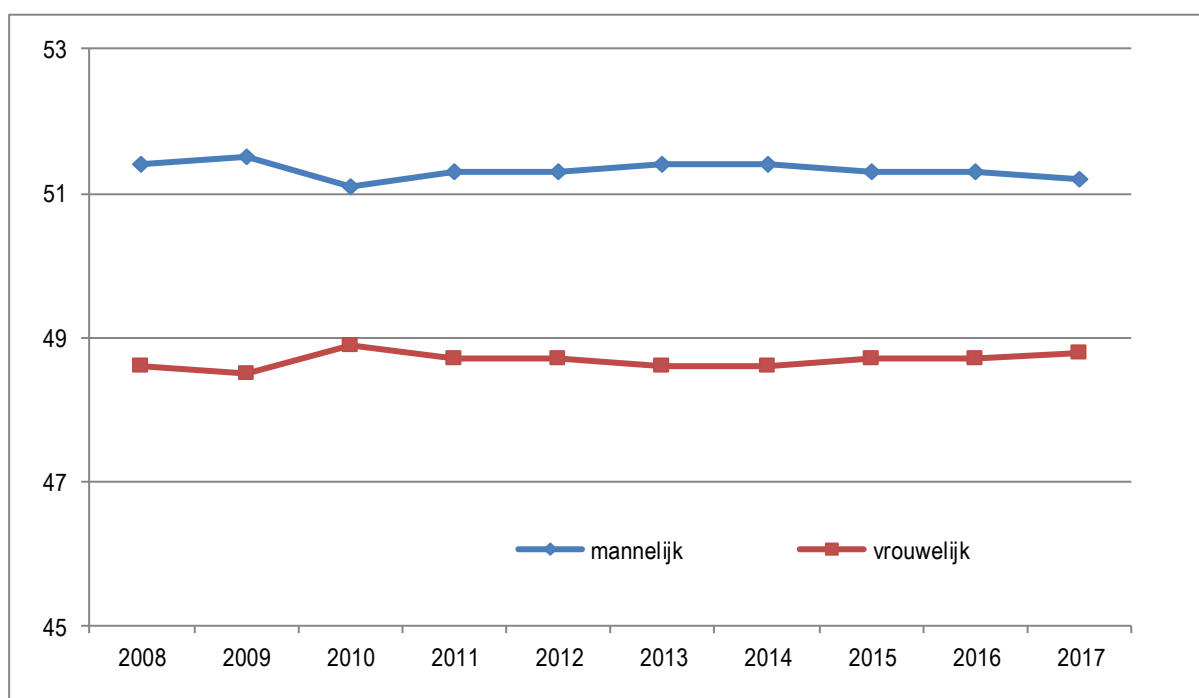
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
500 – 1 499 g	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2
1 500 – 2 499 g	5,8	5,7	5,6	5,5	5,6	5,6	5,6	5,7	5,7	5,6
≥ 2 500 g	93,1	93,2	93,2	93,3	93,2	93,2	93,1	93,2	93,1	93,2

9 GESLACHT

De verhouding pasgeboren jongens versus meisjes blijft vast op 51,... % en 48,... %. Enkel het cijfer na de komma varieert.

Tabel 9.1: 10 jaar overzicht van het geslacht van de pasgeborene (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
♂	51,4	51,5	51,1	51,3	51,3	51,4	51,4	51,3	51,3	51,2
♀	48,6	48,5	48,9	48,7	48,7	48,6	48,6	48,7	48,7	48,8



Figuur: 10 jaar overzicht van het geslacht van de pasgeborene (%)

10 LIGGING VAN HET KIND

10.1 Ligging van de eenling

Tabel 10.1: Ligging van de eenling (2017)

	%	aantal (N = 61 711)
hoofd	95,2	58 762
stuit	4,1	2 518
dwars	0,3	196
onbekend	0,4	234

10.2 Ligging van de tweelingen

Tabel 10.2: Ligging van de tweelingen (2017)

kind I	kind II	N	%
hoofd	hoofd	515	49,6
hoofd	stuit	227	21,9
hoofd	dwars	55	5,3
stuit	hoofd	85	8,2
stuit	stuit	89	8,6
stuit	dwars	47	4,5
dwars	hoofd	3	0,3
dwars	stuit	4	0,4
dwars	dwars	13	1,3

10.3 Stuitligging

In 2017 werden in Vlaanderen 2 518 eenlingen in stuitligging geboren, waarvan 92,8 % via een keizersnede. Voor de meerlingen stopt de teller aan 553, waarvan 78,8 % via keizersnede.

Tabel 10.3: Wijze van geboorte bij stuitligging (2017) (%)

	eenlingen (N = 2 518)	meerlingen (N = 553)
vaginaal	7,2	21,2
sectio	92,8	78,8

Tabel 10.4: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij stuitligging (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
primair	70,0	70,5	67,7	68,4	67,8	69,5	70,7	65,7	67,6	67,3
secundair	19,4	19,3	22,3	22,0	23,0	21,5	20,8	23,7	22,7	23,0
totaal	89,3	89,8	90,1	90,4	90,8	90,9	91,5	89,4	90,3	90,3

Er was de spectaculaire sectio stijging vanaf 2001. Door een publicatie van Hannah et al (Lancet 2000), die aantoonde dat de neonatale morbiditeit lager was bij primaire sectio, steeg deze laatste fors. De daling die we in 2015 meemaakten, heeft zich nadien niet voortgezet. In 2017 is er een ex aequo met vorig jaar, namelijk 90,3 %.

Tabel 10.5: Perinatale sterfte bij stuitligging (2017)

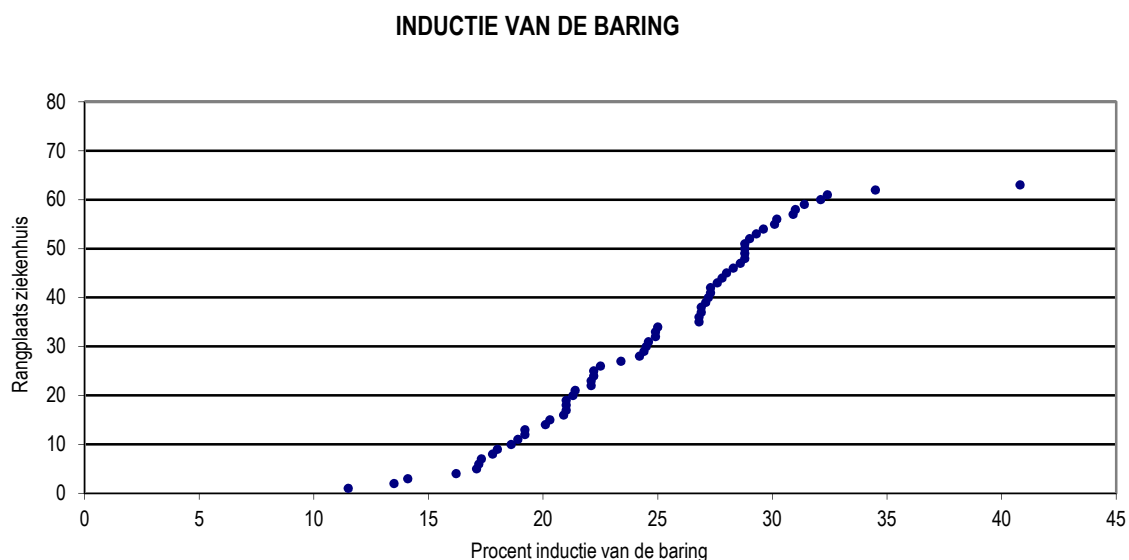
	eenlingen (N = 2 518)		meerlingen (N = 553)	
	%	aantal	%	aantal
foetaal	2,6	65	0,4	2
vroeg-neonataal	0,3	7	1,4	8

Tabel 10.6: Geslachtsverdeling bij stuitligging (2017)

	%	aantal (N = 3 071)
♂	46,6	1 432
♀	53,4	1 639

11 INLEIDING VAN DE BARING

Bij 24,6 % van de zwangerschappen wordt de baring ingeleid, wat een stijging is ten opzichte van de voorbije jaren. De spreiding van de inductie van de baring varieert naargelang de kraamkliniek van 11,5 % tot 40,8 %.



Figuur: Spreiding van de inductie in 2017 (%)

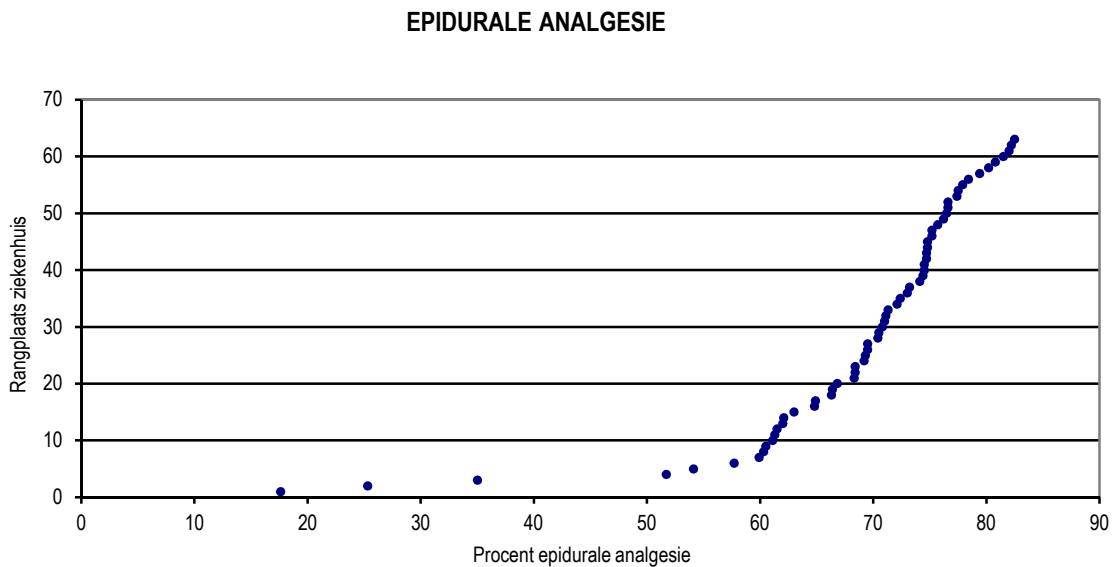
De inductiepercentages zijn redelijk stabiel en schommelen sinds 2009 rond de 24 %. Het percentage inducties stijgt wel ten opzichte van vorig jaar naar 24,6 %.

Tabel 11.1: Evolutie van de frequentie van de inleiding van de baring (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
inductie	25,3	24,2	23,8	23,8	23,5	23,9	23,4	23,9	23,5	24,6
laagst	13,3	13,1	12,9	11,4	10,8	11,4	11,4	10,4	8,8	11,5
hoogst	40,7	38,3	38,5	36,1	36,9	35,4	36,7	37,9	35,2	40,8

12 EPIDURALE ANALGESIE

De epidurale verdoving is niet meer weg te denken uit de verloskamer. Bijna zeven vrouwen op tien maken er gebruik van. Epidurale analgesie is verkrijgbaar in alle Vlaamse kraamklinieken. Er is een ruime spreiding van 17,6 % tot 82,5 %.



Figuur: Spreiding van de epidurale analgesie in 2017 (%)

Vanaf begin jaren 90 kende de epidurale pijnstilling een opmars van 32 % (1991) naar 70,3 % in 2016. Dit jaar hebben 69,9 % van de vrouwen een epidurale pijnstilling gekregen.

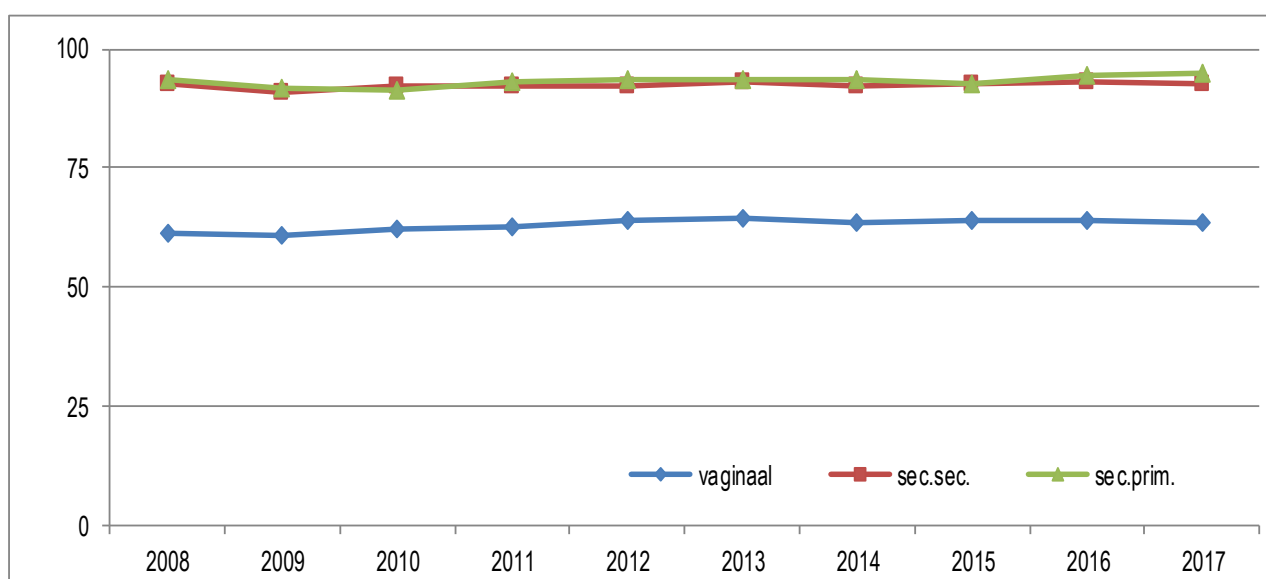
Tabel 12.1: Evolutie van de frequentie van de epidurale analgesie (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
epidurale	67,4	66,5	67,7	68,6	68,9	70,3	69,6	69,7	70,3	69,9
laagst	22,6	16,5	25,2	22,4	17,9	19,5	18,9	19,5	24,5	17,6
hoogst	82,2	82,6	84,0	86,5	84,8	83,0	83,5	84,0	83,7	82,5

De globale toename van het aantal epidurale analgesieën is zowel te wijten aan de toepassing ervan bij de sectio caesarea als bij de vaginale partus.

Tabel 12.2: Evolutie van de frequentie van de epidurale analgesie naargelang de wijze van verlossing (%)

	vaginaal (primi's)	vaginaal (multi's)	secundaire sectio	primaire sectio
2008	71,5	52,6	92,5	93,5
2009	71,0	51,7	90,7	91,8
2010	73,0	52,8	92,0	91,5
2011	74,1	53,5	92,1	93,0
2012	75,0	53,6	92,1	93,4
2013	75,7	55,5	93,0	93,6
2014	74,6	55,1	92,4	93,6
2015	75,0	55,2	92,7	92,6
2016	75,4	55,1	92,9	94,6
2017	74,4	55,1	92,6	95,1



Figuur: Evolutie van de frequentie van epidurale analgesie naargelang de wijze van verlossing (%)

13 WIJZE VAN VERLOSSING

13.1 Algemeen

Na een eenlingzwangerschap bevallen bijna zeven op de tien vrouwen op eigen kracht. Eén op tien wordt instrumenteel verlost en 20,3 % ondergaat een keizersnede.

Na een meerlingzwangerschap bevalt net iets meer dan een derde op eigen kracht. Eén op 13 wordt instrumenteel verlost en in meer dan de helft van de gevallen (57,6 %) wordt een sectio verricht.

Tabel 13.1: Wijze van geboorte (2017)

	eenlingen (N= 61 711)		meerlingen (N = 2 127)	
	%	N	%	N
spontaan	69,5	42 898	34,8	741
vacuümextractie	9,7	6 008	4,1	88
forceps	0,3	191	0,4	9
geassisteerde stuit	0,1	80	3,0	63
sectio primair	11,1	6 870	35,8	762
sectio secundair	9,2	5 664	21,8	464

13.2 Instrumentele verlossing: vacuümextractie + forceps

In 1995 (100 % registratie) bedroeg het percentage kunstverlossingen 14,2 %. Beetje bij beetje daalde dit percentage tot 9,9 % in 2006. Sinds 2007 is het percentage instrumentale verlossing zo goed als gestagneerd.

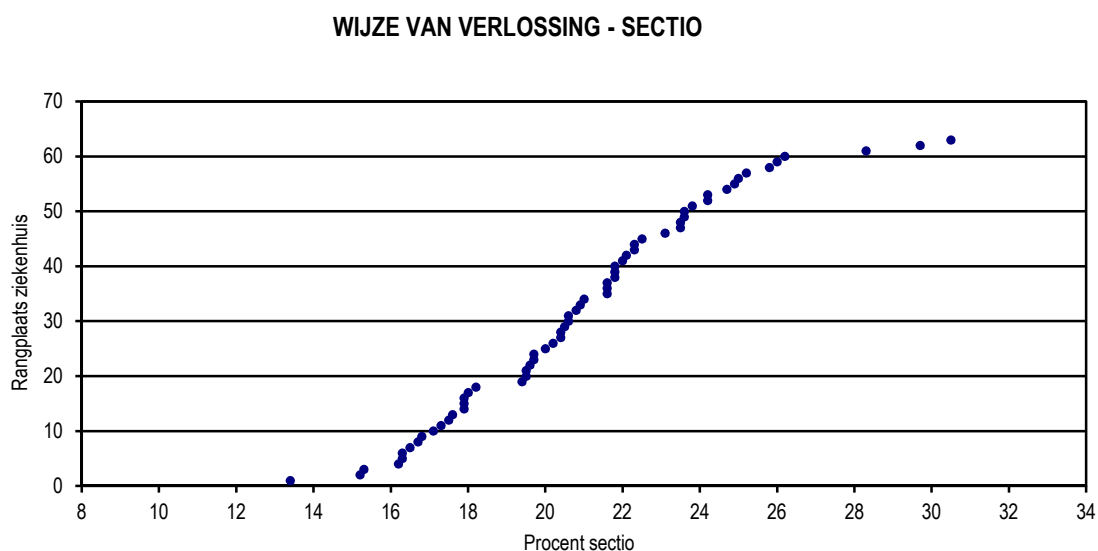
Tabel 13.2: Evolutie van de frequentie van vacuümextractie / forceps bij alle geboorten (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
vacuümextractie	9,5	9,5	9,5	9,4	9,5	9,3	9,4	9,5	9,4	9,5
forceps	0,8	0,7	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3
totaal	10,3	10,2	10,1	10,0	10,1	9,9	9,9	9,9	9,7	9,9

13.3 Sectio caesarea

Het sectiopercentage bedraagt 20,9 % in 2017. In de kraamklinieken varieert het sectiopercentage van 13,4 % tot 30,5 %.

a. Sectio caesarea



Figuur: Spreiding van het sectiopercentage in 2017

Repeat sectio blijkt de belangrijkste reden om tot een sectio over te gaan, gevolgd door dystocie en liggingsafwijking.

Tabel 13.3: Indicatie voor sectio bij alle verlossingen (2017)

	%	aantal
repeat-sectio	29,5	3 871
foeto-pelviene disproportie (dystocie)	20,7	2 713
liggingsafwijking	19,3	2534
foetaal lijden	15,4	2 015
maternaal + placentair + andere	15,2	1 994

b. Sectio caesarea naargelang de aard van de zwangerschap

Een nullipare vrouw loopt de hoogste kans om door middel van een sectio verlost te worden wanneer haar baby in stuit ligt en voldragen is (98,1 %). Terwijl een multipare vrouw met een voldragen baby die voordien enkel vaginaal werd verlost, slechts 5,5 % kans heeft op een sectio.

Tabel 13.4: Sectio % naargelang de aard van de zwangerschap

Algemeen					
Totaal sectio in Vlaanderen 2017		20,9 %			
Totaal sectio in Vlaanderen, eenling, hoofd		16,8 %			
Totaal sectio in Vlaanderen, eenling, stuit		92,8 %			
Totaal sectio in Vlaanderen, meerling		57,6 %			
Totaal sectio bij ♀ met vorige sectio		69,6 %			
Eenling / Hoofdligging					
Po (primi's)	16,7 %	Pn (multi's)	16,8 %		
Po < 37w	25,0 %	Pn < 37w zonder vorige sectio	18,5 %		
Po ≥ 37w	16,1 %	Pn ≥ 37w met vorige sectio	66,7 %		
Po ≥ 37w en primaire sectio	2,9 %	Pn ≥ 37w zonder vorige sectio	5,5 %		
Eenling / Stuitligging					
Po (primi's)	95,2 %	Pn (multi's)	89,1 %		
Po < 37w	82,6 %	Pn zonder vorige sectio	86,5 %		
Po ≥ 37w	98,1 %	Pn met vorige sectio	95,9 %		
Meerling					
Po	62,2 %	Pn	54,0 %	Pn met vorige sectio	91,7 %

Tabel 13.5: Sectiofrequentie naargelang de zwangerschapsduur (2017) (%)

	eenlingen	meerlingen
< 28w	35,5	45,5
28 – 31^{6/7} w	58,4	69,9
32 – 36 ^{6/7} w	33,0	60,3
≥ 37 w	19,2	52,5

Tabel 13.6: Sectiofrequentie naargelang geboortegewichtsklassen (2017) (%)

	eenlingen	meerlingen
500 – 999 g	43,6	52,2
1 000 – 1 499 g	60,4	71,7
1 500 – 2 499 g	36,9	59,0
≥ 2 500 g	19,3	54,6

Baby's tussen 28 – 32 w en tussen 1 en 1,5 kg worden door onze gynaecologen als het meest kwetsbaar maar met een potentieel goede prognose beschouwd. Vandaar de hoge bereidheid om in deze groep een keizersnede te verrichten.

c. Hoe bevallen vrouwen met een sectio caesarea in de voorgeschiedenis?

Iets meer dan 30 % van de vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis bevalt deze keer vaginaal. Dat was ook de vorige jaren zo. Krijgt een zwangere met een littekenbaarmoeder de toelating voor een "trial of labour", dan zal ze in 67,8 % daadwerkelijk vaginaal worden verlost.

Tabel 13.7: Wijze van verlossing van multipare vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis (%)

	2013	2014	2015	2016	2017
aantallen	6 958	6 917	6 608	6 256	6 260
primaire sectio	56,5	55,3	55,2	54,3	54,6
secundaire sectio	13,5	13,8	14,0	14,8	14,6
spontaan	25,1	26,3	25,8	26,2	25,8
vacuümextr./forceps	4,9	4,6	4,9	4,6	4,9

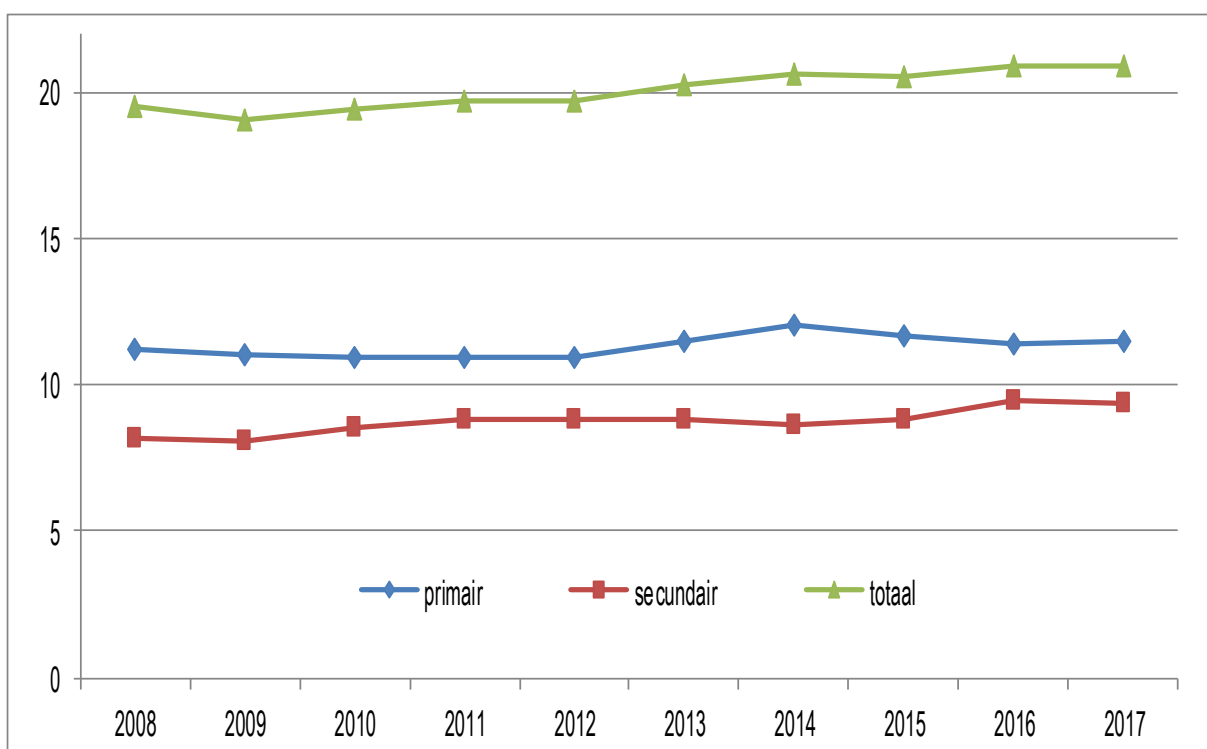
d. Evolutie van de sectiopercentages in het voorbije decennium

Het sectiopercentage in 2017 is gestagneerd ten opzichte van 2016, maar blijft het hoogste dat ooit geregistreerd werd, namelijk 20,9 %. Dit jaar stijgen de primaire sectio's licht en dalen de secundaire sectio's.

Tabel 13.8: Evolutie van de sectio caesarea bij alle verlossingen (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
primair	11,2	11,0	10,9	10,9	10,9	11,5	12,0	11,7	11,4	11,5
secundair	8,2	8,1	8,5	8,8	8,8	8,8	8,6	8,8	9,5	9,4
totaal	19,5	19,1	19,4	19,7	19,7	20,3	20,6	20,5	20,9	20,9

In 1987, bij de start van de SPE – registratie bedroeg het percentage sectio's 9,0 %, in 1991: 10,9 % en in 2017: 20,9 %.



Figuur: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij alle verlossingen (%)

Het verschil in sectiopercentage tussen de kraamkliniek met de hoogste en de laagste waarde is zeer aanzienlijk.

Tabel 13.9: Evolutie van de spreiding van sectio caesarea in verschillende kraamklinieken (%)

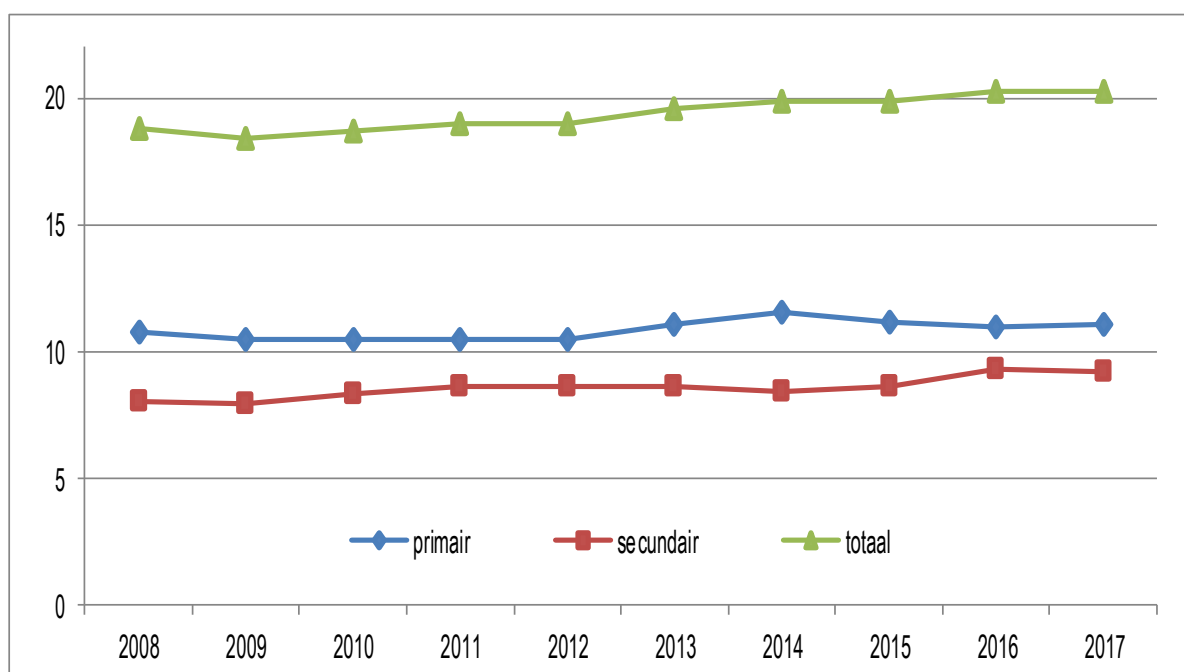
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
laagste %	10,3	12,0	12,6	13,0	11,7	12,2	11,8	13,2	13,8	13,4
hoogste %	31,1	29,0	28,3	28,4	30,1	29,0	29,0	31,1	30,8	30,5

e. Evolutie van de sectiofrequentie

Bij eenlingen: in het voorbije decennium is de sectiofrequentie bij eenlingen met 8,0 % gestegen.

Tabel 13.10: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij eenlingen (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
primair	10,8	10,5	10,5	10,5	10,5	11,1	11,5	11,2	11,0	11,1
secundair	8,0	7,9	8,3	8,6	8,6	8,6	8,4	8,6	9,3	9,2
totaal	18,8	18,4	18,7	19,0	19,0	19,6	19,9	19,9	20,3	20,3

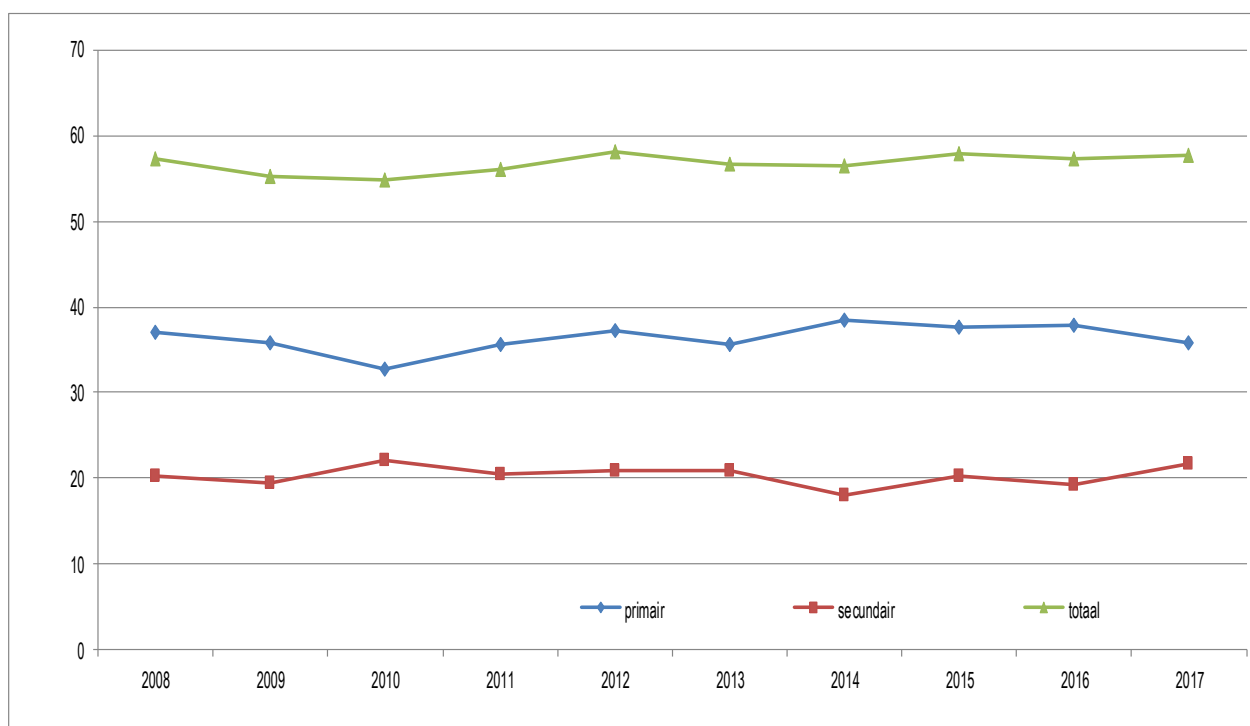


Figuur: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij eenlingen (%)

Bij meerlingen: in het afgelopen decennium is het sectiepercentage bij meerlingen met 0,7 % toegenomen.

Tabel 13.11: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij meerlingen (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
primair	37,0	35,9	32,7	35,6	37,2	35,7	38,4	37,7	37,9	35,8
secundair	20,2	19,4	22,1	20,4	20,8	21,0	18,0	20,2	19,3	21,8
totaal	57,2	55,3	54,8	56,0	58,0	56,7	56,4	57,9	57,2	57,6



Figuur: Evolutie van de frequentie van sectio caesarea bij meerlingen (%)

14 EPISIOTOMIE

Het percentage episiotomie daalt jaar na jaar. Deze trend zet zich door. In 2001, het eerste jaar waarin episiotomie werd bevestigd, beviel 68,2 % met een knip. In 2017 is het percentage gedaald tot 42,3 %. Sinds 2003 bevallen er meer multipare vrouwen zonder dan met een knip en sinds 2010 geldt dit ook voor alle vrouwen die spontaan worden verlost.

Tabel 14.1: Episiotomie (2017)

	%	aantal
ja	42,3	21 016
primipare vrouw	62,4	13 635
multipare vrouw	26,5	7 381
neen	57,7	28 629

Tabel 14.2: Evolutie episiotomie (%)

	2013	2014	2015	2016	2017
primipare vrouw	72,6	71,2	68,1	65,1	62,4
multipare vrouw	34,7	33,9	31,0	28,2	26,5
totaal	51,9	50,5	47,2	44,5	42,3
inductie arbeid	53,7	51,7	48,3	46,1	43,5
spontane arbeid	51,3	50,0	46,8	43,9	41,9
epidurale analgesie	59,5	58,0	54,5	51,9	49,2
geen epidurale analgesie	38,2	37,9	34,4	31,3	30,3
vacuümextractie/forceps	87,6	87,4	84,6	84,1	82,9
spontane partus	46,9	45,2	41,8	38,8	36,5

15 AANGEBOREN MAJEURE MISVORMINGEN

In het totaal werden bij 585 kinderen majeure misvormingen geregistreerd, dit is 0,9 % van alle geboorten. Bij één kind kan meer dan één misvorming worden vastgesteld, vandaar dat de som van de aantallen misvormingen hoger ligt dan 585.

Uit de beschrijving van de afwijkingen is niet steeds de einddiagnose af te leiden. We weten evenmin hoeveel foetussen, van minder dan 22 weken of 500 gram, met een misvorming werden opgespoord en vervolgens werden geaborteerd. Om het exacte aantal aangeboren misvormingen in een samenleving op te sporen is een geboorteregistratie een ontoereikend instrument.

Tabel 15.1: Tien meest voorkomende aangeboren majeure misvormingen (2017)

	misvorming	aantal
1	andere hartafwijkingen	80
2	hypospadias	75
3	gespleten lip / gespleten verhemelte	66
4	ventrikel septum defect (VSD)	60
5	trisomie 21	42
6	transpositie grote vaten	34
7	tetralogie van Fallot	29
8	hydrocefalie	23
9	obstructie nierbekken en ureter	20
10	anale imperforatie	19

Tabel 15.2: Aangeboren majeure misvormingen (2017)

	majeure misvorming	aantal
1	anencephaal	5
2	spina bifida	17
3	hydrocefalie	23
4	transpositie grote vaten	34
5	afwijking long	10
6	atresie dunne darm	13
7	nier agenese	16
8	craniosynostosis	10
9	syndroom van Turner	3
10	obstructie nierbekken en ureter	20
11	gespleten lip / gespleten verhemelte	66
12	anale imperforatie	19
13	reductie ledematen	19
14	tetralogie van Fallot	29
15	oesofagale atresie	19
16	atresie anus	16
17	twin-to-twin transfusie syndroom	7
18	skeletdysplasie/dwerggroei	16
19	hydrops foetalis	12
20	poly / multikystische nierdysplasie	10
21	hernia diafragmatica	19
22	omfalocele	11
23	gastroschisis	13
24	ventrikel septum defect	60
25	atresie galwegen	0
26	hypospadias	75
27	cystische hygroma	0
28	trisomie 21	42
29	trisomie 18	8
30	trisomie 13	4
31	andere hartafwijkingen	80

16 PERINATALE STERFTE

16.1 Algemeen

De perinatale sterfte in Vlaanderen bedraagt 6,3 ‰ : 80,5 % foetaal en 19,5 % vroeg-neonataal. Het betreft pasgeborenen met een geboortegewicht van 500 gram of meer.

Houden we enkel rekening met de baby's waarvan het geboortegewicht 1 000 gram of meer bedraagt, dan daalt de perinatale sterfte naar 4,0 ‰, waarvan 84,1 % foetaal en 15,9 % vroeg-neonataal.

Tabel 16.1a: Overzichtstabel perinatale sterfte (2017)

	≥ 500 g (N = 63 838)		≥ 1000 g (N = 63 505)	
	aantal	‰	aantal	‰
foetaal	326	5,1	212	3,3
vroeg-neonataal	79	1,2	40	0,6
perinataal	405	6,3	252	4,0

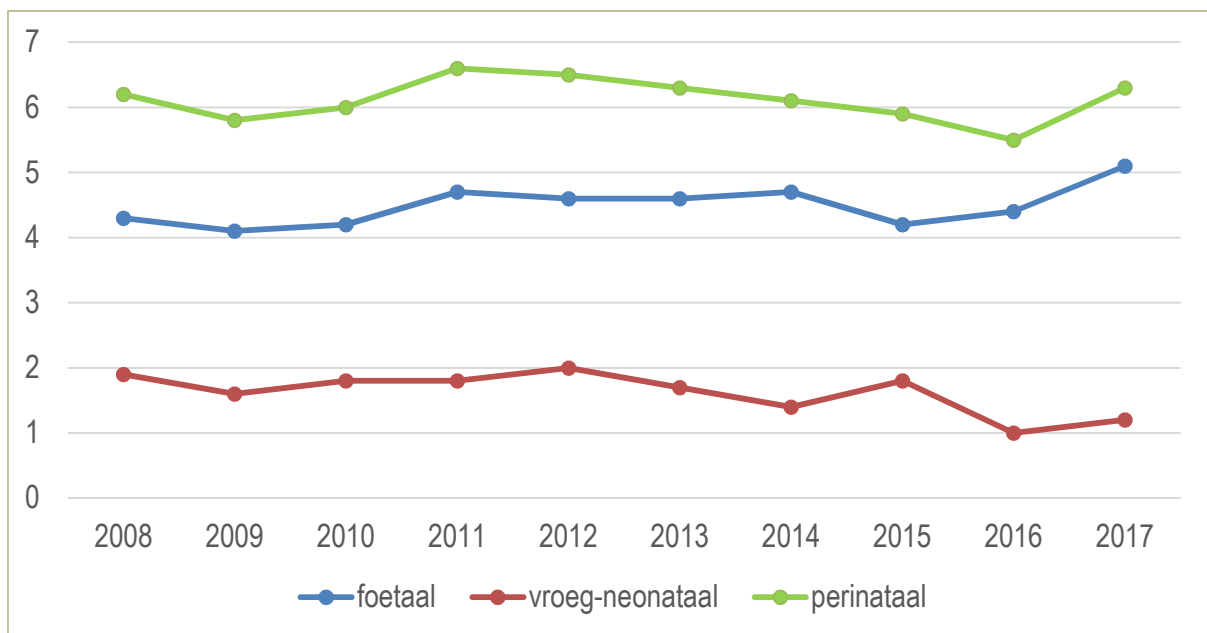
Binnen de groep met een geboortegewicht van 500 – 999 gram zijn er 114 baby's in utero en 39 vroeg-neonataal overleden. De perinatale sterfte in deze erg kwetsbare groep bedraagt hiermee 45,9 %.

Tabel 16.1b: Overzichtstabel perinatale sterfte (2017)

	500 – 999 g (N = 333)	
	aantal	‰
foetaal	114	342,3
vroeg-neonataal	39	117,1
perinataal	153	459,5

Tabel 16.2: Evolutie van de perinatale sterfte in de voorbije tien jaar (≥ 500 g) (‰)

	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
1991	5,5	3,0	8,4
2008	4,3	1,9	6,2
2009	4,1	1,6	5,8
2010	4,2	1,8	6,0
2011	4,7	1,8	6,6
2012	4,6	2,0	6,5
2013	4,6	1,7	6,3
2014	4,7	1,4	6,1
2015	4,2	1,8	5,9
2016	4,4	1,0	5,5
2017	5,1	1,2	6,3



Figuur: Evolutie van de perinatale sterfte in de voorbije tien jaar (≥ 500 g) (‰)

16.2 Doodsoorzaken

De doodsoorzaken van de pasgeborene zijn de voorbije tien jaar amper gewijzigd. "Normaal gevormde doodgeboren baby" is synoniem voor "geen oorzaak gevonden". Bij 23,7 % is de oorzaak onbekend. Dit wil zeggen dat we in meer dan één derde van de gevallen van perinatale sterfte (23,7 % + 11,9 % = 35,6 %) niet weten waarom het kind overleden is. Bij de levend geboren en is de belangrijkste doodsoorzaak nog steeds **laag geboortegewicht / vroeggeboorte**.

Tabel 16.3: Procentuele verdeling van de perinatale sterfte naar gelang de doodsoorzaak (alle geregistreerde geboorten ≥ 500 g)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
doodgeboren en normaal gevormd	25,7	28,9	23,7	21,1	23,3	20,0	22,4	13,8	13,2	11,9
aangeboren misvorming	24,8	25,8	21,3	27,4	26,6	26,1	31,6	24,7	28,9	31,6
laag geboortegewicht	12,0	11,2	8,3	9,0	7,4	7,7	9,2	11,2	6,7	6,4
hypertensie of andere ziekte bij moeder	1,6	2,0	1,4	2,2	1,6	1,9	1,2	1,0	1,1	1,7
loslating van de placenta	5,3	4,8	4,0	3,3	4,7	5,9	5,4	2,9	5,6	4,2
asfyxie en / of trauma baby	5,6	7,0	6,2	3,3	5,1	4,0	4,4	3,9	3,4	3,7
specifieke oorzaak	13,2	10,7	14,9	12,9	15,8	12,9	10,9	19,7	19,0	16,8
onbekend	11,3	9,6	20,1	19,5	16,5	21,6	13,9	19,0	21,8	23,7

16.3 Perinatale sterfte in functie van het geslacht

Tabel 16.4: Perinatale sterfte volgens het geslacht (2017) (‰)

	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
♂	5,6	1,4	7,0
♀	4,6	1,1	5,7

Tabel 16.5: Evolutie van de perinatale sterfte volgens geslacht over de voorbije tien jaar (‰)

	foetaal		vroeg-neonataal		perinataal	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
2008	4,4	4,1	2,0	1,9	6,4	6,0
2009	4,4	3,7	1,7	1,6	6,1	5,3
2010	4,6	3,7	2,3	1,3	6,9	5,1
2011	4,9	4,5	2,3	1,4	7,1	5,9
2012	5,0	4,2	2,3	1,6	7,3	5,7
2013	5,0	4,3	1,8	1,6	6,7	5,9
2014	4,8	4,6	1,5	1,4	6,3	5,9
2015	4,4	3,8	1,8	1,7	6,2	5,6
2016	4,5	4,3	1,2	0,9	5,7	5,2
2017	5,6	4,6	1,4	1,1	7,0	5,7

De voorbije tien jaar is de perinatale sterfte bij de jongens tien keer op tien hoger dan bij de meisjes. Jongens zijn van bij de geboorte kwetsbaarder dan meisjes. Deze verhoogde kwetsbaarheid van de man blijft levenslang gelden.

16.4 Perinatale sterfte bij eenlingen versus tweelingen

Het sterftepercentage bij tweelingen is ruim drie keer hoger dan bij eenlingen. De tweelingen zijn uiteraard oververtegenwoordigd in de categorieën van de laaggeboortegewichten en de premature baby's, vandaar de verhoogde perinatale sterfte.

Tabel 16.6: Perinatale sterfte in absolute aantallen voor geboortegewicht ≥ 500 g (2017)

	eenling (N = 61 711)	tweeling A-kind (N = 2 072) B-kind	
foetaal	312	11	3
vroeg-neonataal	61	10	8
perinataal	373	21	11
‰	6.0	15,4	

Tabel 16.7: Evolutie van de perinatale sterfte van eenlingen en tweelingen (≥ 500 g) (‰)

	eenlingen	tweelingen
2008	5,6	21,6
2009	5,4	15,3
2010	5,5	20,2
2011	5,9	25,1
2012	6,0	20,6
2013	5,7	21,7
2014	5,6	21,1
2015	5,3	21,8
2016	5,0	17,8
2017	6,0	15,4

16.5 Perinatale sterfte in functie van de zwangerschapsduur

Eén baby op twee jonger dan 28 weken overleeft niet (perinatale sterfte 50,0 %). Zodra de zwangerschap 28 weken bereikt, daalt het sterfterisico spectaculair. Is de zwangerschap voldragen dan is de kans op overlijden slechts 1 op 645. Ook hier zijn er in het afgelopen decennium amper veranderingen opgetreden.

Tabel 16.8: Perinataal sterftecijfer volgens zwangerschapsduur (2017) (‰)

zwangerschapsduur (w)	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
< 28	375	200	500
28 – 31	102	13	113
32 – 36	15	3	18
≥ 37	1,4	0,3	1,7

Tabel 16.9: Evolutie van de frequentie van perinatale sterfte (‰) volgens zwangerschapsduur

zwangerschapsduur (w)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<24	985	913	984	973	972	1000	954	889	821	882
24 – 25	643	608	567	583	518	551	482	529	384	486
26 – 27	279	312	297	308	331	320	333	253	285	338
28 – 31	128	95	100	130	143	105	94	94	106	113
32 – 36	20	22	18	23	17	17	20	20	18	18
≥ 37	1,6	1,4	1,7	1,4	1,7	1,6	1,6	1,4	1,2	1,7

16.6 Perinatale sterfte in functie van het geboortegewicht

In de laagste gewichtsklasse (500 – 999 gram) is de vroeg-neonatale sterfte één op negen. Van levend geboren baby's van 1 000 tot en met 1 499 gram is het sterfterisico in de 1^{ste} week na de geboorte één op 48. Eens de levend pasgeborene tussen de 1 500 en 1 999 gram weegt, bedraagt de vroeg-neonatale sterfte één op 428 en tussen 2 000 en 2 499 gram is dat één op 686. Weegt een levend geboren baby boven de 2 500 gram, dan is de kans om te overlijden binnen de eerste week één op 2379.

Tabel 16.10: Perinataal sterftecijfer volgens gewichtsklassen (2017) (‰)

geboortegewicht (g)	foetaal	vroeg-neonataal	perinataal
500 – 999	342	178	459
1 000 – 1 499	136	24	156
1 500 – 1 999	35	2,4	37
2 000 – 2499	14	1,5	15
≥ 2 500	1,4	0,4	1,8

Tabel 16.11: Evolutie van de frequentie van perinatale sterfte (‰) volgens geboortegewicht (gram)

geboortegewicht (g)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
500 – 999	528	470	501	532	509	521	478	456	383	459
1 000 – 1 499	137	124	118	123	150	125	109	122	150	156
1 500 – 1 999	46	42	38	56	48	45	42	44	52	37
2 000 – 2499	15	15	16	18	15	15	18	14	12	15
≥ 2 500	1,6	1,5	1,8	1,5	1,7	1,5	1,6	1,6	1,3	1,8

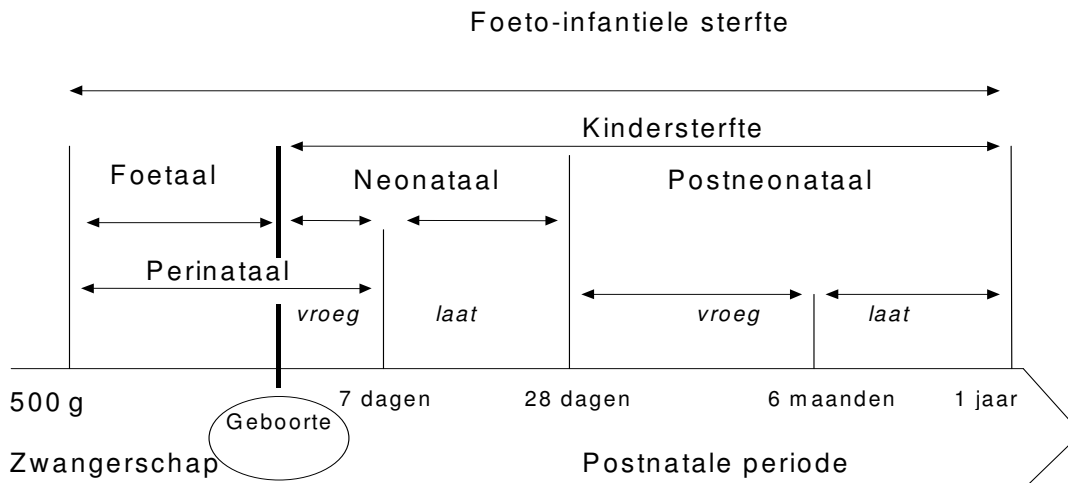
In 1991 bedroeg de frequentie van perinatale sterfte voor de geboortegewichtsklassen als hierboven weergegeven respectievelijk 621, 226, 89, 28 en 2,1 ‰.

16.7 De foeto-infantiele sterfte (2016)

Deze cijfers worden verkregen door de samenwerking met het Agentschap Zorg en Gezondheid. Ze hebben betrekking op het jaar 2016. Omdat de registratie betrekking heeft op het eerste levensjaar, zijn deze cijfers nog niet beschikbaar.

Tabel 16.12: Foeto-infantiele sterfte

Sterfte	2012 (N=68 708)		2013 (N=67 424)		2014 (N=66 955)		2015 (N=65 052)		2016 (N=65 440)	
	aantal	‰	aantal	‰	aantal	‰	aantal	‰	aantal	‰
1 foetaal	314	4,6	312	4,6	315	4,7	270	4,2	289	4,4
2 vroeg-neonataal (0-7)	134	2,0	113	1,7	101	1,5	135	2,1	68	1,0
3 laat-neonataal (8-28)	54	0,8	28	0,4	27	0,4	37	0,6		
4 post-neonataal (29-365)	90	1,3	69	1,0	68	1,0	70	1,1		
perinataal (1+2)	448	6,5	425	6,3	416	6,2	405	6,2	357	5,5
zuigeling (2+3+4)	278	4,1	210	3,1	196	2,9	242	3,7		
foeto-infantiel (1→4)	592	8,7	522	7,7	511	7,7	512	7,9		



Figuur: Tijdvakken van foeto-infantiele sterfte

17 NEONATALE MORBIDITEIT

In 2017 werden er 9 641 van de 63 512 levend geboren kinderen opgenomen (15,2 %) op N*- of NIC-dienst.

17.1 Aantal opnames op de afdeling neonatologie

Dit jaar blijkt dat één kind op negen na geboorte opgenomen wordt op een afdeling neonatologie (N*). Eén kind op drieëntwintig levendgeborenen wordt opgenomen op een dienst intensieve zorgen neonatologie (NIC).

Tabel 17.1: Neonatale opname (2017)

	%	aantal
N*	10,8	6 875
NIC	4,4	2 766
totaal	15,2	9 641

Bekijken we de globale opname over de voorbije tien jaar dan lijkt de trend naar meer opnames op een dienst neonatologie een hoogtepunt te hebben gekend in 2006, om nadien te dalen tot 15,2 % in 2015. Dit jaar zijn er 15,2 % opnames op een dienst neonatologie.

Tabel 17.2: Evolutie van de neonatale opnames

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
totaal	17,0	16,4	16,4	16,2	16,4	16,1	15,6	15,2	15,3	15,2

In de groepen met geboortegewicht < 1 500 gram en zwangerschapsduur < 32 weken zien we van 2014 tot en met 2017 weinig verschuivingen in de transferverhoudingen naar N* of NIC (tabel 17.3).

Pasgeborenen < 1 500 gram en < 32 weken worden duidelijk frequenter opgenomen op de NIC-dienst. Antenatale of intra-uteriene transfer voor deze indicatie lijkt nu goed ingeburgerd te zijn. Zwangerschapsduur is bij een beslissing tot al dan niet prenatale transfer wellicht belangrijker dan het gewicht van de foetus.

Tabel 17.3: Evolutie neonatale transfer naar N* of NIC in functie van geboortegewicht (gram) en zwangerschapsduur (weken) in % (ten opzichte van levendgeborenen van dezelfde categorie)

	2014		2015		2016		2017	
	NIC	N*	NIC	N*	NIC	N*	NIC	N*
500 – 999 g	0,0	88,0	0,0	86,7	0,4	85,0	0,9	84,5
1 000 – 1 499 g	6,8	92,0	4,6	95,0	6,6	92,6	6,1	90,7
1 500 – 2 499 g	58,0	25,6	56,9	26,7	55,7	26,3	54,8	26,7
≥ 2 500 g	8,9	1,9	8,4	1,9	8,7	1,9	8,3	2,2
< 28 w	0,0	85,9	0,0	85,4	0,0	85,4	0,5	82,9
28 – 31 w	1,5	97,8	4,8	94,4	4,4	94,5	4,1	93,4
32 – 36 w	54,4	21,7	53,5	22,7	53,7	21,9	50,6	22,9
≥ 37 w	8,5	1,7	8,0	1,6	8,1	1,6	7,8	1,9

17.2 Reden voor opname

“Sectio algemeen” komt op de vijfde plaats. Indeling in registratie van hoofdredenen van opname en bijkomende redenen, zou toelaten te differentiëren waarom bijvoorbeeld sectio zo’n groot percentage van redenen tot opname uitmaakt. Veel preterme baby’s bijvoorbeeld worden per sectio geboren, maar dan is de hoofdreden van opname preterme geboorte.

Tabel 17.4: Redenen van opname in N*- en/of NIC-dienst (2017) (N= 9 641)

	%	aantal
preterme geboorte (< 37 weken)	35,4	3 409
laag geboortegewicht (< 2 500 gram)	31,2	3 012
respiratoire dysfunctie	32,1	3 099
sectio algemeen	17,7	1 702
circulatoire dysfunctie	8,7	834
hyperbilirubinemie	7,2	693
infectieus risico of bewezen infectie	7,7	744
gastro-intestinale dysfunctie	7,2	693
metabole dysfunctie	7,0	676
peripartale asfyxie	4,2	406
neurologische dysfunctie	3,0	292
aangeboren majeure misvormingen	2,6	252
andere redenen	25,5	2 458

Kijken we naar de groep opgenomen pasgeborenen met zwangerschapsduur ≥ 37 weken (N=1 548) en selecteren we enkel de kinderen waar een unieke opnamereden werd vermeld (N=878) dan wordt het beeld enigszins anders.

Tabel 17.5: Reden van opname bij de à terme populatie in N- en/of NIC-dienst (2017) geboren na sectio, waarbij slechts één reden werd opgegeven.*

	%	aantal
sectio algemeen	27,1	238
respiratoire dysfunctie	18,3	161
hyperbilirubinemie	4,2	37
infectieus risico of bewezen infectie	2,8	25
metabole dysfunctie	6,3	55
peripartale asfyxie	1,8	16
laag geboortegewicht (< 2 500 gram)	10,4	91
circulatoire dysfunctie	1,8	16
gastro-intestinale dysfunctie	0,9	8
neurologische dysfunctie	0,6	5
aangeboren majeure misvormingen	0,2	2
andere	24,8	218

Sectio bij de moeder blijkt nu de belangrijkste reden voor opname van de baby te zijn op NIC of N*. Dit wijst op oneigenlijk gebruik van hoog gespecialiseerde neonatale zorg. Het SPE klaagt al jaren deze scheeftrekking aan, zonder resultaat. Zelfregulering van de sector is bijgevolg niet te verwachten.

17.3 Neonatale pathologie

Het behandelen van ademhalings- en infectieproblemen vergt het leeuwenaandeel van de neonatale zorgen.

Tabel 17.6: Neonatale pathologie (2017)

	aantal
acute longziekte	1 617
ernstige infectie	692
intracraniële bloeding	164
convulsie	90

a. Acute longziekte

Bij de acute longziekten vallen hyaliene membranenziekte (pathologie van de premature baby's) en transiënte tachypnoe (vertraagde longdrainage) het meest op. Transiënte tachypnoe komt voornamelijk voor na sectio in de à terme populatie, doch ook bij de niet à terme neonaten.

Tabel 17.7: Acute longziekten: indeling (2017)

	aantal
hyaliene membranenziekte	664
transiënte tachypnoe	729
meconium aspiratie syndroom	62
postasfytisch longoedeem	22
pneumonie verworven	25
andere of onbekend	18
inhalatiepneumonitis	28
pleura-effusies	8
pneumonie congenitaal	7
longhemorrhagie	4
diafragmaparalyse	2

b. Ernstige infectie

Infecties treden in de meeste gevallen de eerste 72 uur op, waarbij het dan meestal gaat over sepsis (aantonen duidelijk bacterieel agens in het bloed).

Tabel 17.8: Ernstige infecties: type en locus (2017)

type	aantal	locus	aantal
foetaal	88	sepsis	224
perinataal (< 72 u)	381	pneumonie	61
nosocomiaal (\geq 72 u)	170	enterocolitis	24
onbekend	57	andere locus	55
		urine­weginfectie	16
		huidinfectie	42
		meningitis	14
		osteïtis	0
		onbekend	48

c. Evolutie van de neonatale pathologie

Hoe jonger en hoe lichter, hoe meer kans op longziekten, ernstige infecties, intracranieële bloedingen en convulsies. De onderstaande tabellen (17.9 tot en met 17.12) laten de evolutie voor de incidentie van deze aandoeningen zien in functie van zwangerschapsduur en gewicht van de pasgeborene.

Deze percentages zijn berekend op het totaal aantal getransfereerde kinderen binnen de gestelde geboortegewichtsgroep en zwangerschapsduurgroep.

c.1 Evolutie incidentie longziekten

Tabel 17.9: Evolutie incidentie van acute longziekte bij de pasgeborene op de neonatale afdeling in functie van het geboortegewicht en de zwangerschapsduur (%)

	2013	2014	2015	2016	2017
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	80,6	81,9	79,5	84,4	79,1
1 000 – 1 499 g	70,9	75,5	67,7	70,2	63,2
1 500 – 2 499 g	17,0	16,4	18,0	19,9	17,2
≥ 2 500 g	9,6	10,6	11,5	13,4	12,0
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	83,4	83,1	82,4	87,0	78,4
28 – 31 w	76,2	80,8	69,4	76,9	69,7
32 – 36 w	16,2	16,2	18,3	20,0	17,4
≥ 37 w	8,1	9,0	9,3	11,3	10,2

c.2 Evolutie incidentie ernstige infectie

Tabel 17.10: Evolutie incidentie van ernstige infectie bij de pasgeborene op de neonatale afdeling in functie van het geboortegewicht en de zwangerschapsduur (%)

	2013	2014	2015	2016	2017
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	44,9	40,0	42,3	46,7	39,6
1 000 – 1 499 g	26,8	21,4	22,0	16,0	14,3
1 500 – 2 499 g	6,9	5,8	5,6	4,7	4,3
≥ 2 500 g	8,7	7,4	6,3	7,3	7,1
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	47,6	39,5	44,2	47,7	40,9
28 – 31 w	27,1	24,6	23,5	20,6	16,7
32 – 36 w	6,4	4,9	5,2	4,2	4,1
≥ 37 w	8,7	7,7	6,1	7,4	7,2

c.3 Evolutie incidentie intracraniale bloeding

Tabel 17.11: Evolutie incidentie van intracraniale bloeding bij de pasgeborene op de neonatale afdeling in functie van het geboortegewicht en de zwangerschapsduur (%)

	2013	2014	2015	2016	2017
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	25,0	22,4	24,2	22,4	23,0
1 000 – 1 499 g	10,8	11,0	9,3	14,6	9,1
1 500 – 2 499 g	1,5	1,3	1,7	1,5	1,3
≥ 2 500 g	0,4	0,6	0,5	0,5	0,8
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	29,9	27,1	25,6	29,0	28,7
28 – 31 w	11,3	10,3	8,8	11,0	7,7
32 – 36 w	0,9	0,9	1,4	1,2	1,2
≥ 37 w	0,4	0,5	0,4	0,4	0,7

c.4 Evolutie incidentie convulsies

Tabel 17.12: Evolutie incidentie van convulsies bij de pasgeborene op de neonatale afdeling in functie van het geboortegewicht en de zwangerschapsduur (%)

	2013	2014	2015	2016	2017
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	3,6	5,4	4,2	4,8	3,2
1 000 – 1 499 g	1,6	2,9	2,2	2,4	0,8
1 500 – 2 499 g	0,6	0,4	0,5	0,7	0,4
≥ 2 500 g	1,2	1,1	1,0	1,2	1,1
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	4,8	7,9	5,0	5,7	4,1
28 – 31 w	1,8	1,7	1,3	2,0	1,1
32 – 36 w	0,3	0,4	0,4	0,5	0,4
≥ 37 w	1,4	1,2	1,1	1,3	1,2

17.4 Verbljfsduur op de neonatale afdeling

Baby's met een geboortegewicht van minstens 2,5 kg blijven **gemiddeld 6,2 dagen** op de neonatale afdeling. Voor de preterme groep of de pasgeborenen met laag geboortegewicht komt het aantal opnamedagen gemiddeld grofweg overeen met het aantal dagen tot het bereiken van de à terme leeftijd.

Tabel 17.13: Evolutie van **de gemiddelde verbljfsduur in dagen** op de neonatale afdeling bij de in leven blijvende pasgeborene met gekende ontslagdatum

	2013	2014	2015	2016	2017
geboortegewicht (gram)					
500 – 999 g	85,7	80,3	83,2	87,2	84,7
1 000 – 1 499 g	44,8	45,9	46,0	46,9	43,6
1 500 – 2 499 g	17,0	17,1	17,2	16,9	17,2
≥ 2 500 g	5,6	5,6	5,8	6,2	6,2
zwangerschapsduur (weken)					
< 28 w	87,2	84,4	88,5	89,5	89,2
28 – 31 w	42,0	44,1	42,4	45,0	43,0
32 – 36 w	14,8	15,1	14,8	14,7	15,0
≥ 37 w	5,7	5,7	5,8	6,2	6,2

18 MATERNALE STERFTE

Er werden 4 maternale sterftes geregistreerd in 2017.

Sinds het begin van de registratie noteerden we 100 maternale sterfgevallen ($\pm 1 / 20\ 000$ bevallingen).

De meeste sterfgevallen stonden in onmiddellijk verband met de partus en waren vooral vruchtwater-embolie (N=16), longembolie (N=12), pre-eclampsie / HELPP/AFLP (N=10), bloeding (N=7), sepsis (N=11), uterusruptuur (N=6), anesthesie problemen en ARDS (N=7).

Sterfgevallen met een vermoedelijk verband met de zwangerschap waren voornamelijk: beroerte (N=8), cardiopathie van de moeder (N=6), stollingsstoornis bij de moeder (N=5), suïcide,

Overlijden tijdens de zwangerschap dat waarschijnlijk niet in verband stond met de zwangerschap betrof vooral kankergevallen (N=5) (o.a. melanoom, lever- en hersentumor) en astma.

Tabel 18.1: Overzichtstabel maternale sterfte (2017)

leeftijd	pariteit	zw. duur	wijze van verlossing	doodsoorzaak
27	5	40	sectio secundair	septische shock
34	4	39	primaire sectio	reanimatie miltruptuur
38	4	28	primaire sectio	vruchtwater embolie
22	1	41	spontaan	septische shock

Tabel 18.2: Overzichtstabel maternale sterfte

jaar	leeftijd	wijze van verlossing	doodsoorzaak
2007	22	vacuümextractie	vruchtwaterembolie
	36	sectio primair	status astmasticus
	44	spontaan	vruchtwaterembolie
2008	nvt	nvt	nvt= niet van toepassing
2009	36	sectio primair	uterusruptuur
	32	sectio secundair	acute leververvetting (AFLP)
	30	sectio secundair	vruchtwaterembolie
	22	spontaan	pneumonie + sepsis + ARDS
2010	33	sectio primair	hersenvloeding + ARDS
2011	36	spontaan	DIC
	41	sectio primair	massief longembolie
2012	30	sectio secundair	leverfalen
	32	sectio secundair	longembolie
2013	26	primaire sectio	fulminant ARDS tgv pneumonie en sepsis
	25	primaire sectio	sepsis streptococci door pneumonie
	39	primaire sectio	hersenvloeding
	33	spontaan	sepsis streptococci A
	28	vacuümextractie	hartstilstand
2014	24	primaire sectio	hartstilstand
2015	27	spontaan	vermoeden vruchtwaterembolie
2016	28	spontaan	toxische shock syndroom
	37	sectio secundair	trombo embolie
2017	27	sectio secundair	septische shock
	34	primaire sectio	reanimatie miltruptuur
	38	primaire sectio	vruchtwater embolie
	22	spontaan	septische shock

Blikvangers 2017

1. Geboortecijfer in dalende lijn

In 2017 daalde het aantal geboorten in Vlaanderen weer na een beperkte stijging in 2016. De daling in het aantal verlossingen in 2017 situeert zich in alle provincies, en is het grootst in West-Vlaanderen.

Het percentage eerst barendende vrouwen bedraagt 44,6 %. Dit is een daling ten opzichte van vorig jaar. Dit kan zijn weerslag hebben op het aantal bevallingen in de volgende jaren en een verdere daling van de nataliteit in de hand werken.

2. Perinatale sterfte stijgt licht

We zien in Vlaanderen in 2017 een lichte stijging van de perinatale sterfte naar 6.3 per duizend. Dit is bijna volledig te wijten aan een stijging in de foetale sterfte en dus mogelijks aan een betere registratie van (late) zwangerschapsafbrekingen om medische redenen. De vroeg-neonatale sterfte (1.2 per duizend) blijft zeer laag.

3. Oude moeders en steeds minder tienerzwangerschappen

Vlaamse moeders krijgen hun kinderen (te) laat. De leeftijd waarop Vlaamse moeders hun eerste kind krijgen stijgt jaar na jaar. In 2017 was de gemiddelde leeftijd waarop een moeder haar eerste kind kreeg 29.0 jaar terwijl dat in 1987 nog 25.7 jaar was. Ook het aantal 40-plussers is hoog en blijft stijgen: 1 vrouw op 34 (2.9%) is 40 jaar of ouder op het moment van de bevalling. In 1991 was dit 0.8%. Meer dan één vrouw op 6 (17.4%) is 35 of meer op het moment van de bevalling.

In Vlaanderen is het aantal tienerzwangerschappen zeer laag en vertoont weer een daling ten opzichte van de vorige jaren. Slechts één vrouw op 85 (N=742) is jonger dan 20 jaar bij de bevalling. Eén op 351 vrouwen (N=179) is jonger dan 18 jaar.

4. Dalend aantal thuisbevallingen

Ondanks de mogelijks onvolledige registratie blijft het aantal thuisbevallingen in Vlaanderen zeer laag en vertoont een dalende trend ($N=399/62772 = 0.63\%$). Het is belangrijk dat registratie in de toekomst ook de maternale en neonatale uitkomsten op een volledige en systematische manier kan verzamelen in deze groep.

5. Veel medisch begeleide bevruchting

Het aandeel van de kinderen dat verwekt werd door medisch geassisteerde bevruchting was nog nooit zo hoog (7.5 %). Een vrouw op 13 wordt dus op een niet-natuurlijke manier zwanger. In 2007 was dat nog 1 op 20 en in 1997 was dat 1 op 29.

6. Dalend aantal tweelingen - Minder meerlingen na IVF/ICSI

Voor het tweede jaar op rij is er een daling in het aantal tweelingen. In 2017 bedroeg het aantal tweelingen 1.66%. Bij medisch begeleide bevruchting is er 7.2% kans op een meerling. 32% van de meerlingen zijn het gevolg van medisch begeleide fertiliteitstechnieken. Dit is een lichte daling ten opzichte van vorig jaar.

Het aantal drielingen (19) lag in 2017 wel hoger dan de voorbije 10 jaren. Zowat twee derde (62.8%) van de meerlingen wordt prematuur (voor 37 weken) geboren.

7. Sectiopercentage stijgt niet verder

Het sectiopercentage in 2017 is identiek aan dat van 2016 (20.9%). De spreiding in sectiopercentage tussen de Vlaamse ziekenhuizen blijft opvallend groot: 13.4% tot 30.5% en weerspiegelt zeker ook een verschil in praktijk. Zo zullen bijvoorbeeld veel van de vrouwen bij een volgende zwangerschap onnodig weer een keizersnede krijgen. Slechts 30% van de patiënten met een littekenuterus bevalt vaginaal. Wanneer ze de kans krijgen om in arbeid te gaan ("trial of labour") bevalt 67.8% vaginaal.

8. Minder knippen - meer inleiden

Het percentage episiotomie daalt jaar na jaar. In 2001 beviel 68.2% met een knip. In 2016 is dat nog maar 42.3%. Dit weerspiegelt een meer vrouwvriendelijke aanpak door de gynaecoloog bij de bevalling.

Opvallend was wel het aantal inleidingen: het percentage inleidingen (24.6%) ligt hoog en hoger dan de voorbije jaren. Ook daar is de spreiding tussen de verschillende centra enorm (11.5 tot 40.8%).

9. Minder baby's opgenomen na de geboorte

In 2017 werden 15.2% van de baby's na de bevalling opgenomen op de kinderafdeling. Dit percentage vertoont een dalende trend sinds 2008 (17.0%). Minder kinderen worden van hun moeder gescheiden na de bevalling. Bij voldragen zwangerschappen (>37w) wordt nog te vaak een routinematige opname van het kind na keizersnede uitgevoerd.

10. Lage moedersterfte

In 2017 werden 4 gevallen van maternale sterfte geregistreerd. Ondanks de mogelijke onderrapportering is dit zeer lage cijfer (+/-1/20.000) het bewijs van een goede opvolging van de moeders tijdens de zwangerschap en de bevalling. Een meer systematische registratie is vereist om een goed idee te krijgen van de oorzaken en mogelijke preventiemaatregelen.

AANVRAAG STUDIES 2017

Aard van de aanvraag	Aanvrager
1. Telling aantal verlossingen Vlaanderen 2016	Media
2. Roken en diabetes	Ingele Roelens
3. Robson analyse ZOL 2011 tot en met 2015	Prof. dr. Wilfried Gyselaers
4. Tienermoeders 2015	Diederik Vancoppenolle
5. Gegevens BMI en roken 2014	Ann Langedock
6. Sectiopercentages bij 37 en 38 weken in 2015	Jos Velleman
7. Geboortegewichten 1998 - 2015	André Van Assche
8. Aantal bevallingen binnen materniteit	Griet Vandenberghe
9. BMI gegevens 2015	Annick Bogaerts
10. Obstetrische gegevens Antwerpen vs Vlaanderen 2015	Samira Uaiti
11. West – Vlaanderen 2015 per maand	Evelien Vanwalleghem
12. St. Lucas 2000 - 2013	Dr. Inge Dierickx
13. Profielen episiotomie 2016	Philippe Lebrun
14. Perinatale gegevens SHIPS	Iemke Sarrechia
15. Geboortegewicht > 5 kg ZOL	Prof. dr. Wilfried Gyselaers
16. Bevallingen / geboortes 2016	Luc Moreau
17. Spoedkerizersnedes 11 – 15	Nele Wouters
18. Leeftijd van de moeder 2015	Mieke Embo
19. Aantal geboortes per materniteit 2016	Kristien Dewaele
20. Obstetrische gegevens KUL 2011 - 2016	Hanne Geleyns

Nieuwsberichten 2017

02.01.2017	Het Nieuwsblad
02.01.2017	Het Belang van Limburg
02.01.2017	Knack
02.01.2017	De Standaard
03.01.2017	Het Laatste Nieuws
18.07.2017	De Standaard
18.07.2017	Metro
18.07.2017	Het Belang van Limburg
18.07.2017	Het Nieuwsblad
02.11.2017	Het Belang van Limburg
02.11.2017	Het Nieuwsblad
02.11.2017	Het Laatste Nieuws
02.11.2017	De Standaard
02.11.2017	De Morgen

COLOFON

Eindredactie	R. Devlieger E. Martens R. Goemaes H. Cammu
Vormgeving	R. Goemaes
Secretariaat	V. De Bolle A. Testelmans

**Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE) Hallepoortlaan 27
1060 Brussel**

Oprichtingsnummer 30761/86
Staatsblad 27 november 1986

Maatschappelijke zetel: Hallepoortlaan 27, 1060 Brussel

Telefoon: 02.533.12.10
Fax: 02.534.13.82

www.zorg-en-gezondheid.be
www.vvog.be