



Hoofdstuk 2

Karakteristieken van zwangere vrouwen en de zwangerschap in Europees perspectief

Chantal Hukkelhoven, Ashna Mohangoo, Jan Nijhuis, Anita Ravelli, Greta Rij-ninks-van Driel, Pieter Tamminga en Simone Buitendijk

Perinatale mortaliteit en morbiditeit hangen samen met sociale en demografische kenmerken van de populatie^[1]. Om verschillen in ongunstige zwangerschapsuitkomsten tussen Europese landen te kunnen interpreteren is het daarom van belang kenmerken van zwangere vrouwen in de betreffende landen met elkaar te vergelijken.

Peristat-II bevat zes indicatoren voor karakteristieken van zwangere vrouwen en hun zwangerschap. Vier hiervan, namelijk meerlingzwangerschap, leeftijd van de zwangere vrouw, pariteit en herkomst van de zwangere vrouw, zullen in dit hoofdstuk worden bestudeerd. Er zal een vergelijking worden gemaakt tussen landen onderling (Peristat-II) en tussen de rangorde van Nederland in Peristat-II versus Peristat-I. De indicator 'opleidingsniveau van de zwangere vrouw' wordt niet besproken. In 2004 werd dit gegeven niet of nog niet op de gewenste wijze geregistreerd in Nederland. De indicator 'roken tijdens de zwangerschap' wordt in hoofdstuk 9 besproken. De vier indicatoren meerlingzwangerschap, leeftijd van de zwangere vrouw, pariteit en herkomst van de zwangere vrouw zijn alle aangeleverd door de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN). Voor detailinformatie over deze kenmerken wordt verwezen naar het rapport *Perinatale Zorg in Nederland 2004*^[2].

Meerlingzwangerschappen

Nederland neemt met 20,5 meerlingzwangerschappen per 1000 zwangere vrouwen een derde plaats in de Europese rangorde in (tabel 1). Alleen Cyprus en Denemarken hebben nog meer meerlingzwangerschappen. Cyprus scoort het hoogst met 25,0 meer-

lingen per 1000 zwangere vrouwen en Litouwen het laagst met 11,0 per 1000.

In Peristat-I was het aantal meerlingzwangerschappen in Nederland iets lager, namelijk 19,4 per 1000 zwangere vrouwen (tabel 2). Ook toen nam ons land een hoge positie in, namelijk de derde plaats van de vijftien deelnemende landen/regio's.

Leeftijd van de zwangere vrouw

Het percentage zwangere vrouwen van 35 jaar of ouder varieert sterk tussen de deelnemende landen. Dit percentage loopt uiteen van 7,5% in Slowakije tot 24,3% in Ierland (tabel 1). Nederland behoort met 20,4% tot de landen met het hoogste percentage oudere zwangere vrouwen. Ten opzichte van Peristat-I is het percentage oudere zwangere vrouwen met 1% gestegen (tabel 2). Ook in alle andere landen die aan Peristat-I aanleverden ligt dit percentage hoger, gemiddeld met 3%. Nederland heeft na Denemarken het laagste percentage jonge zwangere vrouwen (1,6% is jonger dan 20 jaar) en Letland het hoogste (9,3% is jonger dan 20 jaar). In Peristat-I was 1,3% van de Nederlandse zwangere vrouwen jonger dan 20 jaar (tabel 2).

Pariteit

Het percentage primiparae loopt uiteen van 39,4% in Engeland en Wales tot 55,6% in Spanje. Nederland zit met een percentage van 46,2% primiparae in de middenmoot (tabel 1). Selecteren we alleen de West-Europese landen, dan heeft Nederland na Duitsland en België (Vlaanderen) het hoogste percentage primiparae. Het Nederlandse percentage primiparae is licht gestegen ten opzichte van Peristat-I. Ook in de meeste andere landen is dit percentage toegenomen; de gemiddelde toename is 1,1%. Nederland heeft een relatief klein percentage zwangere vrouwen met pariteit 3 of meer, namelijk 5,3% versus 6,4% gemiddeld.

Voor een nadere omschrijving van de auteurs, zie na het laatste hoofdstuk.

Correspondentieadres: chukkelhoven@perinatreg.nl

Herkomst van de zwangere vrouw

Nederland zit met 18,2% vrouwen met een niet-Nederlandse herkomst hoog in de middenmoot (tabel 1). Cyprus en Oostenrijk hebben het hoogste percentage in het buitenland geboren moeders, respectievelijk 30,9% en 25,8%. Letland heeft het laagste percentage (0,1%). Voor Peristat-I heeft Nederland geen gegevens over de herkomst van de zwangere vrouw aangeleverd. In de andere landen is er ten opzichte van Peristat-I een toename van het percentage in het buitenland geboren zwangere vrouwen (tabel 2).

Beschouwing

Nederland heeft in vergelijking met 25 andere landen/regio's relatief veel oudere zwangere vrouwen en meerlingzwangerschappen. Wat betreft pariteit heeft Nederland een iets lager percentage zwangere vrouwen met pariteit 3 of meer dan gemiddeld. Het percentage in het buitenland geboren zwangere vrouwen ligt iets boven het gemiddelde.

Problemen bij de vergelijking

Door verschillen in gebruikte definities is het soms

Tabel 1. Karakteristieken zwangere vrouwen in Europa in 2004

Land/regio	Leeftijd		Pariteit		Meerling-zwanger-schappen per 1000 vrouwen	Herkomst geboren in buitenland (%)
	<20 jaar (%)	≥35 jaar (%)	primipara (%)	pariteit 3+ (%)		
België, Brussel	2,9	19,0	--	--	16,9	--
België, Vlaanderen	2,1	12,7	47,8	6,3	16,0	12,5
Cyprus	2,7	13,5	44,5	5,9	25,0	30,9
Denemarken	1,3	17,3	43,3	5,4	23,1	14,1
Duitsland	2,9	22,2	49,8	5,2	18,2	19,1
Estland	8,1	11,4	49,6	6,0	12,1	7,3
Finland	2,9	19,4	42,3	10,0	15,2	6,7
Frankrijk	2,6	15,9	43,3	7,6	16,1	15,1
Groot-Brittannië,						
Engeland en Wales	7,1	19,1	39,4	13,8	15,0	21,2
Groot-Brittannië, Noord-Ierland	6,7	19,2	44,3	6,8	15,3	8,3
Groot-Brittannië, Schotland	7,9	19,4	41,2	9,5	14,3	7,8
Hongarije	6,9	10,3	46,7	8,5	17,4	--
Ierland	4,1	24,3	40,1	10,5	15,4	18,1
Italië	2,1	23,9	--	--	12,0	15,1
Letland	9,3	11,1	53,1	6,6	11,6	0,1
Litouwen	6,7	11,8	50,1	6,9	11,0	--
Luxemburg	2,6	19,3	45,1	5,4	13,9	--
Malta	5,8	11,7	51,6	4,7	14,6	--
Nederland	1,6	20,4	46,2	5,3	20,5	18,2
Noorwegen	2,0	17,1	41,3	6,7	18,9	--
Oostenrijk	4,2	16,8	46,6	5,8	15,7	25,8
Polen	5,8	9,1	51,3	7,2	11,2	--
Portugal	4,3	17,8	54,2	3,6	13,7	9,7
Slovenië	1,9	11,8	49,9	3,3	17,8	--
Slowakije	8,1	7,5	44,8	11,3	12,2	--
Spanje	2,7	23,0	55,6	2,3	17,8	13,6
Tsjechië	3,8	8,2	51,9	4,7	18,8	--
Zweden	1,7	19,9	44,6	5,9	13,9	--

-- Gegeven ontbreekt.

Opmerking: Griekenland had geen gegevens over karakteristieken van zwangere vrouwen. De aanbevolen definitie voor herkomst van de zwangere vrouw is geboren in het buitenland, maar ook andere definities zoals nationaliteit of etniciteit worden gehanteerd.

moeilijk om indicatoren tussen landen te vergelijken. De meeste in dit hoofdstuk besproken indicatoren zijn relatief eenduidig, alleen de herkomst van de zwangere vrouw is moeilijker te bepalen. De door Peristat-II aanbevolen definitie voor herkomst is het geboorteland van de vrouw, maar helaas kan lang niet ieder land hieraan voldoen. Ook binnen een land, bijvoorbeeld Nederland, hanteren verschillende zorgverleners verschillende definities voor herkomst, zoals geboorteland, etniciteit of nationaliteit.

Vanwege deze definitieverschillen tussen landen kan op basis van de Peristat-II-cijfers niet worden geconcludeerd of in Nederland het percentage in het buitenland geboren zwangere vrouwen hoog is in vergelijking met de andere landen. Daarnaast vormen in het buitenland geboren zwangere vrouwen een heterogene groep. Voor de toekomst wordt daarom geadviseerd deze indicator verder te specificeren naar geografische regio van herkomst of inkomensniveau, omdat deze factoren etnische gezondheidsverschillen mede verklaren.

Nederland kon voor alle in dit hoofdstuk beschreven karakteristieken, behalve herkomst van de zwangere vrouw, voldoen aan de door Peristat-II gehanteerde definitie. In de nieuwe PRN-dataset wordt de herkomst van de zwangere vrouw op twee manieren bepaald, namelijk op basis van het geboorteland en de etniciteit. Ook het opleidingsniveau en het rookgedrag van de

vrouw worden in de nieuwe dataset bepaald.

Bij de vergelijking van demografische indicatoren tussen landen moet ook rekening worden gehouden met verschillen in dekkingsgraad, inclusiecriteria, gegevensbronnen, volledigheid en deelname. De mogelijke invloed van deze verschillen staan elders beschreven. Ook het aantal zwangere vrouwen in een land is van belang. In kleine populaties zal de variatie in karakteristieken tussen jaren groter zijn.

Betekenis karakteristieken van de zwangere vrouw en de zwangerschap voor perinatale uitkomsten

Nederland heeft vergeleken met de andere Europese landen in 2004 een hoge foetale en een hoge vroeg-neonatale sterfte^{3,4} zoals beschreven in de hoofdstukken 4 en 5. In hoeverre kunnen karakteristieken van de zwangere vrouw en de zwangerschap deze hoge perinatale sterfte verklaren? Nederland heeft immers relatief veel oudere zwangere vrouwen en relatief veel meerlingzwangerschappen.

Het *Jaarboek Perinatale Zorg in Nederland 2004* van de Stichting PRN laat zien dat de kans op perinatale sterfte, gedefinieerd als foetaal plus vroegneonataal (dag 0-6), bij kinderen geboren uit zwangere vrouwen van 35 jaar of ouder 1,15% is en bij kinderen geboren uit zwangere vrouwen jonger dan 35 jaar 0,96% is². Als het percen-

Tabel 2. Karakteristieken zwangere vrouwen, vergelijking Peristat-I (1999 of 2000) en Peristat-II (2004)

Land/regio	Leeftijd				Pariteit		Meerling-zwangerschappen per 1000 vrouwen		Herkomst geboren in buitenland(%)	
	<20 jaar (%)		≥35 jaar (%)		Primipara (%)					
	Peristat-I	Peristat-II	Peristat-I	Peristat-II	Peristat-I	Peristat-II	Peristat-I	Peristat-II	Peristat-I	Peristat-II
België, Vlaanderen	2,2	2,1	10,9	12,7	46,7	47,8	18,3	16,0	--	12,5
Denemarken	1,6	1,3	14,7	17,3	40,3	43,3	20,0	23,1	13,7	14,1
Duitsland	2,8	2,9	19	22,2	--	49,8	16,4	18,2	20,5	19,1
Finland	2,9	2,9	18,4	19,4	40,9	42,3	16,0	15,2	5,4	6,7
Frankrijk	2,8	2,6	15,2	15,9	42,5	43,3	15,3	16,1	6,5	15,1
Groot-Brittannië	7,7	7,1	16,5	19,1	--	--	14,7	14,9	--	--
Ierland	6,2	4,1	20,8	24,3	41,0	40,1	13,5	15,4	--	18,1
Italië	1,8	2,1	18,1	23,9	51,1	--	12,3	12,0	5,0	15,1
Luxemburg	1,6	2,6	16,9	19,3	42,9	45,1	10,7	13,9	59,0	--
Nederland	1,3	1,6	19,4	20,4	45,3	46,2	19,4	20,5	--	18,2
Oostenrijk	4,3	4,2	14,1	16,8	45,8	46,6	15,4	15,7	12,9	25,8
Portugal	6,2	4,3	13,2	17,8	55	54,2	11,4	13,7	--	9,7
Spanje	2,9	2,7	19,5	23	52	55,6	15,9	17,8	8,2	13,6
Zweden	2	1,7	16,8	19,9	43,6	44,6	16,2	13,9	--	--

-- Gegeven ontbreekt.

De aanbevolen definitie voor herkomst van de zwangere vrouw is geboren in het buitenland, maar ook andere definities zoals nationaliteit of etniciteit worden gehanteerd.

tage zwangere vrouwen vanaf 35 jaar in Nederland gelijk zou zijn aan het Europese gemiddelde (16,0% in plaats van 20,4%), dan zou de perinatale sterfte met ongeveer 11 dalen.^[1] Een iets grotere daling in perinatale sterfte met ongeveer 33 zou volgen uit een daling van het percentage meerlingzwangerschappen naar het Europese gemiddelde.^[1] Deze verwachte sterfte-dalingen zijn relatief gezien niet heel groot. Gesteld dat de daling in sterfte bij minder oudere zwangere vrouwen en minder meerlingzwangerschappen bij elkaar opgeteld kan worden – oudere zwangere vrouwen hebben immers een grotere kans op een meerlingzwangerschap – dan zal de werkelijke daling in sterfte naar verwachting kleiner zijn. Als we er bovendien van zouden uitgaan dat de daling in sterfte volledig op de in Nederland hoge foetale sterfte zou ingrijpen, dan zou dit leiden tot een foetale sterfte van circa 6,7 ((1.273-44)/182.279) in plaats van 7,0 per 1000 geboren. In dat geval verandert er nauwelijks iets in de rangorde van de landen: Nederland zou dan nog steeds de op één na hoogste foetale sterfte hebben, samen met Letland en Schotland (hoofdstuk 4). Ook andere onderzoeken tonen aan dat de leeftijd van de zwangere vrouw en meerling-zwangerschap bij het

verklaren van perinatale sterfte op populatieniveau een relatief beperkte rol spelen^[1,5].

Het feit dat de hogere leeftijd van de zwangere vrouw en veel meerlingzwangerschappen maar een beperkt deel van de perinatale sterfte kunnen verklaren, houdt overigens niet in dat maatregelen ter verbetering van deze risicofactoren, nutteloos zijn. Op individueel niveau valt er veel te winnen, zowel op medisch als op maatschappelijk vlak. Zo is de kans op perinatale sterfte bij vrouwen tussen de 35 en 39 jaar circa 20% hoger dan bij vrouwen tussen 25 en 29 jaar. Bij vrouwen vanaf 40 jaar is deze kans zelfs circa 70% hoger^[1]. Perinatale sterfte is hierbij slechts het topje van de ijsberg; een vrouw tussen de 35 en 39 jaar heeft bijvoorbeeld een tweemaal zo hoge kans op een miskraam, een viermaal zo hoge kans op een kind met chromosomale afwijkingen, een 1,8 maal zo hoge kans op zwangerschapsdiabetes en een 1,6 maal zo hoge kans op een keizersnede dan een vrouw jonger dan 35 jaar^[6]. Belangrijk hierbij is het feit dat het percentage Nederlandse zwangere vrouwen vanaf 35 jaar al jaren een stijgende lijn vertoont: van 18,3% in 2001 naar 21,9% in 2006^[7].

Ook in andere Europese landen stijgt het percentage



Sicking Advies
verloskundigen, fysiotherapeuten en (para)medici

De specialist voor verloskundigen

Verzekeringen
Hypotheken

Financieringen
Contracten

- ✓ MedZorg® pakket: beroepsaansprakelijkheids- en rechtsbijstandsverzekering met een auto- en verloskofferverzekering
- ✓ Tot 12,5% korting op een nieuwe of bestaande arbeidsongeschiktheidsverzekering
- ✓ Uitgebreid informatiepakket voor starters
- ✓ Financieringen en hypotheek voor starters
- ✓ Speciale tarieven voor echoscopisten
- ✓ Geen lidmaatschapsbijdrage

Voor meer informatie en voorwaarden bel ons kantoor of bezoek onze website

tel 030 252 66 55
postbus 36

www.sickingadvies.nl
3730 AA De Bilt

oudere zwangere vrouwen (tabel 2). Om deze trend te kunnen ombuigen is het van belang om voorwaarden te scheppen die het krijgen van kinderen op jongere leeftijd vergemakkelijken^[8]. Omdat oudere vrouwen een grotere kans hebben op een spontane meerlingzwangerschap, zullen dergelijke maatregelen ook meehelpen om het percentage meerlingzwangerschappen te verlagen.

terug te dringen, zoals migrantenvoorlichters, het opnemen van informatie over zwangerschap en verloskundige zorg in inburgeringscursussen en het Aanvalsplan Reductie Perinatale Sterfte Rotterdam.

Conclusie

Net als in Peristat-I heeft Nederland ook in Peristat-II



© Frank Muller, Nijmegen

Een meerlingzwangerschap brengt voor zowel moeder als kind extra medische risico's met zich mee^[9,10]. In het verleden zijn interventies ontwikkeld om het percentage meerlingzwangerschappen te laten dalen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het terugplaatsen van één in plaats van meerdere embryo's bij in-vitrofertilisatie.

Vooralsnog is onduidelijk of in Nederland het percentage niet in Nederland geboren zwangere vrouwen hoog is in vergelijking met de andere landen. Afhankelijk van het geboorteland en de sociaal-economische status hebben vrouwen uit migrantenpopulaties een grotere kans op slechtere perinatale uitkomsten en obstetrische interventies. Deze slechtere uitkomsten en interventies worden onder andere veroorzaakt door leefstijlfactoren zoals voeding en verminderd foliumzuurgebruik,^[11] buurtfactoren waaronder slechtere behuizing en gebrek aan faciliteiten,^[12] taalachterstand, het verkrijgen van inadequate zorg of het onvoldoende gebruikmaken van de geboden zorg^[13]. Er zijn onlangs diverse initiatieven genomen om de etnische perinatale gezondheidsverschillen

relatief veel oudere zwangere vrouwen en relatief veel meerlingzwangerschappen en een iets lager percentage multiparae vergeleken met de overige Europese landen. Vanwege internationale verschillen in definiëring is het vooralsnog onduidelijk of in Nederland het percentage niet in Nederland geboren zwangere vrouwen hoog is in vergelijking met de andere landen. De risicofactoren die in dit hoofdstuk aan de orde zijn geweest, kunnen slechts een relatief klein deel van de perinatale sterfte verklaren. Indien de verdeling van leeftijd van de zwangere vrouw, meerlingzwangerschap en pariteit gelijk zou zijn aan het Europese gemiddelde, dan zou dit nauwelijks gevolgen hebben voor de hoge plaats van Nederland in de Europese rangorde van perinatale sterfte. ■

* Berekening kan worden opgevraagd bij mevrouw Hukkelhoven (chukkelhoven@perinatreg.nl)

De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 21a van de digitale versie van dit tijdschrift.

Bronnen pag. 17-21**Karakteristieken van zwangere vrouwen en de zwangerschap in Europees perspectief**

1. Ravelli ACJ, Eskes M, Tromp M, Huis AM van, Steegers EAP, Tamminga P et al. Perinatale sterfte in Nederland 2000-2006: risicofactoren en risicoselectie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2728-33.
2. Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland 2004. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2007.
3. EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT and EURONEOSTAT. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004. *European Perinatal Health Report 2008*. Via: www.europeristat.com.
4. Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CWPM, Ravelli ACJ, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II studie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2718-27.
5. Anthony S, Jacobusse GW, Pal-de Bruin KM van der, Buitendijk SE, Zeitlin J and the EURO-PERISTAT working group on risk factors. Do differences in maternal age, parity and multiple births explain variations in fetal and neonatal mortality rates in Europe? Results from the EURO-PERISTAT project. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 2008 (in druk).
6. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al.; FASTER Consortium. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2005;105(5 Pt 1):983-90.
7. Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland 2006. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2008.
8. Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem? Signalement door de Raad van de Volksgezondheid en Zorg. Rijswijk: Quantas, 2007.
9. Blondel B, Kogan M, Alexander G, Dattani N, Kramer M, MacFarlane A, Wen SW. The impact of the increasing number of multiple births on the rates of preterm birth and low birthweight: an international study. *Am J Pub Health* 2002;92:1323-30.
10. NVOG-Richtlijn nr. 13. Meerlingzwangerschap <http://www.nvog.nl>, maart 2005.
11. Timmermans S, Jaddoe VW, Mackenbach JP, Hofman A, Steegers-Theunissen RP, Steegers EA. Determinants of folic acid use in early pregnancy in a multi-ethnic urban population in The Netherlands: The Generation R study. *Prev Med* 2008;47: 427-32.
12. Graaf JP de, Ravelli ACJ, Wildschut HJ, Denktas S, Voorham AJJ, Bonsel GJ, et al. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2734-40.
13. Steegers E. Recht op een goede start. *Med Contact* 1008;63:100-1.