

de mos

Jaargang 28
April 2012

ISSN 0169-1473

Een uitgave van het
Nederlands
Interdisciplinair
Demografisch
Instituut

Bulletin
over
Bevolking
en
Samenleving

4

NiDi

inhoud

- 1 Groei beroepsbevolking EU ten einde?
- 4 De hoge babysterfte in Nederland
- 7 Verstedelijking van de wereldbevolking
- 8 Meisjes drinken meer dan ooit



Foto: ESA

Groei beroepsbevolking EU ten einde?

ROB VAN DER ERF

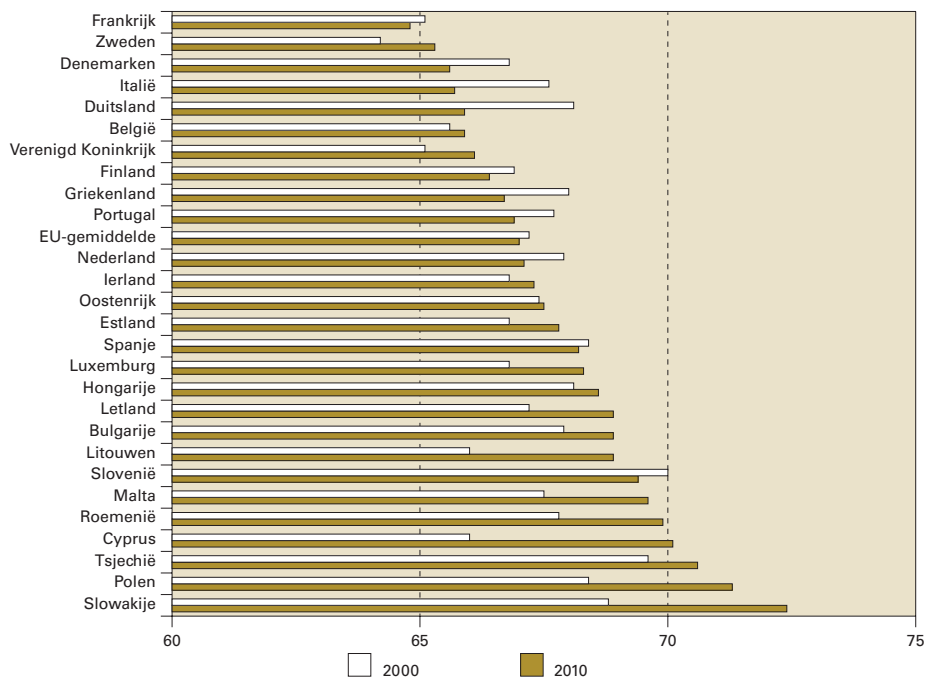
Hoewel de totale bevolking in de Europese Unie (EU) nog elk jaar iets toeneemt, vooral als gevolg van buitenlandse migratie, vindt er al jarenlang ontgroening en vergrijzing plaats door lage geboortecijfers en afnemende sterfterisico's. In hoeverre hebben deze ontwikkelingen consequenties voor de omvang en leeftijdsopbouw van de (potentiële) beroepsbevolking? Groeit zij nog steeds en hoe sterk is de veroudering? Zijn er in dit opzicht grote verschillen tussen de EU-lidstaten? Wat kunnen we verwachten voor de komende jaren en hoe verhoudt de werkzame beroepsbevolking zich tot de potentiële beroepsbevolking?

De potentiële beroepsbevolking, ook wel de bevolking in de werkzame leeftijd, hier gedefinieerd als de bevolking in de leeftijdsgroep 15-64 jaar, vormt de basis van de daadwerkelijk werkzame beroepsbevolking. De omvang van de potentiële beroepsbevolking verandert door drie componenten, te weten migratie (het saldo van immigratie en emigratie), sterfte en het 'cohort-effect': het verschil tussen ieder jaar intredende jongeren (14-jarigen die 15 worden) en uitredende ouderen (64-jarigen die 65 worden). In 2010 was het aandeel 15-64-jarigen in de totale bevolking voor de hele EU 67,0 procent (figuur 1). Het hoogst was het aandeel in Slowakije (72,4%) en het laagst in Frankrijk (64,8%). Tien jaar eerder was dit aandeel op EU-niveau iets hoger (67,2%), ging Slovenië nog aan kop (70,0%) en was Zweden hekkensluiter (64,2%). In landen als Cyprus, Litouwen, Polen en Slowakije steeg het aandeel 15-64-jarigen in de totale bevolking flink, terwijl het juist relatief sterk daalde in landen als Duitsland en Italië. Voor Nederland, dat heel dicht bij het EU-gemiddelde ligt, is er sprake van een betrekkelijk kleine daling, namelijk van 67,9 procent in 2000 tot 67,1 procent in 2010.

Groeitempo neemt af

In de tweede helft van het afgelopen decennium is de omvang van de potentiële beroepsbevolking in de hele EU gemiddeld per jaar met 0,33 procent gegroeid (tabel 1). Voor de 15 zogenoemde oude lidstaten (België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Verenigd Koninkrijk en Zweden) kwam deze groei uit op 0,39 procent; voor de 12 nieuwe lidstaten (Bulgarije, Cyprus, Estland, Hongarije, Letland, Litou-

Figuur 1. Aantal 15-64-jarigen als percentage van de totale bevolking in 2000 en 2010



Bron: Eurostat.

wen, Malta, Polen, Roemenië, Slovenië, Slowakije en Tsjechië) op 0,12 procent. Opvallend is dat bij de oude lidstaten Duitsland de grote uitzondering is met een gemiddeld jaarlijkse krimp van een half procent. De grootste Europese economie kan daarmee uit een steeds kleiner arbeidspotentieel putten. Nederland blijft met plus 0,21 procent ruim onder het gemiddelde van de oude lidstaten. Binnen de nieuwe lidstaten van Centraal- en Oost-Europa is het verschil tussen Polen (+0,33%) en Roemenië (-0,06%) opmerkelijk. Voor de hele Europese Unie was in de jaren 2000-2004 de gemiddeld jaarlijkse groei van de bevolking in de werkzame leeftijd iets groter (0,40 versus 0,33%). Dit gold zowel voor de oude lidstaten als voor de nieuwe lidstaten. Een duidelijke uitzondering is Italië waar de gemiddeld jaarlijkse groei van de potentiële beroepsbevolking in de periode 2000-2004 juist belangrijk kleiner was. Dit is ook het geval in Polen, zij het in iets mindere mate. Al met al lijkt, vooral in Centraal- en Oost-Europa, het tempo uit de groei.

Verschuivingen in de leeftijdsopbouw

Op Duitsland en Italië na zorgden verschuivingen in de leeftijdsopbouw (het cohort-effect) voor een positieve bijdrage aan de groei van de bevolking in de werkzame leeftijd in de jaren 2005-2009. Oftewel het aantal jongeren dat toetrad tot de potentiële beroepsbevolking was groter dan het aantal ouderen dat haar verliet. Op Europees niveau is het cohort-effect in de tweede helft van het vorige decennium met gemiddeld 0,23 procent per jaar wat kleiner dan in de eerste helft met 0,33 procent. Voor de nieuwe lidstaten is deze daling forser (van 0,79 naar 0,50%) dan voor de oude (van 0,20 naar 0,15%). Deze daling heeft alles te maken met de omwentelingen in Centraal- en Oost-Europa, waardoor na 1989 het aantal geboorten daar flink afnam. De score voor Nederland (van 0,50 naar 0,39%) ligt tussen die van de oude en nieuwe lidstaten in. Ook in de eerste helft van het afgelopen decennium waren Duitsland en Italië de enige EU-landen met een negatief cohort-effect en was de intreding in de potentiële beroepsbevolking dus kleiner dan de uitreding.

Migratie

Migratie zorgt voor groei van de potentiële beroepsbevolking, vooral in het westelijke en zuidelijke deel van Europa. Voor de hele Europese Unie ligt de gemiddelde jaarlijkse groei van de potentiële beroepsbevolking door migratie in het tijdvak 2005-2009 op 0,38 procent. Dit is een fractie hoger dan in de vijf jaar daarvoor (0,35%). Nederland blijft daar in beide perioden ruim onder (respectievelijk 0,04 en 0,18%). Voor de component migratie zijn de verschillen tussen de oude en de nieuwe lidstaten groot. In de periode 2000-2004 nam in de oude lidstaten door migratie het aantal 15-64-jarigen met gemiddeld een half procent per jaar toe. Daar stond een jaarlijkse terugloop van 0,18 procent in de nieuwe lidstaten tegenover. In de vijf jaar daarna is dit verschil iets minder groot geworden: een gemiddelde stijging per jaar van 0,47 procent in de oude lidstaten tegenover een kleine jaarlijkse groei van 0,05 procent in de nieuwe lidstaten. Binnen de oude lidstaten zijn het vooral Spanje en Italië die hun potentiële beroepsbevolking door migratie hebben zien groeien. De recente omslag in de nieuwe lidstaten is vooral het gevolg van het sterk gedaalde vertrekoverschot van Polen en Bulgarije en van het sterk toegenomen vestigingsoverschot in Tsjechië. Vanwege verschillen in registraties en definities moeten de cijfers over buitenlandse migratie echter wel met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Dit geldt vooral voor de oostelijke en zuidelijke EU-landen.

Sterfte

Door sterfte is de omvang van de groep 15-64-jarigen in de periode 2005-2009 voor de hele EU met 0,27 procent per jaar afgenomen. Het sterftheniveau in de nieuwe lidstaten ligt aanmerkelijk hoger dan in de oude. In de eerstgenoemde groep was de sterfte onder de potentiële beroepsbevolking per jaar gemiddeld bijna twee keer zo hoog als in de laatstgenoemde (0,43 versus 0,23%). Vergeleken met de vijf jaar ervoor liggen

Tabel 1. Groei van het aantal 15-64-jarigen naar component, gemiddeld per jaar (%)

	2000-2004					2005-2009				
	Cohort effect	Migratie	Sterfte	Totaal	Totaal exclusief migratie	Cohort effect	Migratie	Sterfte	Totaal	Totaal exclusief migratie
EU	0,33	0,35	-0,29	0,40	0,04	0,23	0,38	-0,27	0,33	-0,05
15 oude lidstaten	0,20	0,51	-0,24	0,46	-0,05	0,15	0,47	-0,23	0,39	-0,08
w.v.: Duitsland	-0,22	0,23	-0,26	-0,25	-0,49	-0,27	0,02	-0,24	-0,48	-0,50
Frankrijk	0,65	0,28	-0,26	0,67	0,39	0,59	0,23	-0,26	0,56	0,33
Italië	-0,25	0,62	-0,20	0,17	-0,45	-0,16	0,80	-0,19	0,44	-0,36
Nederland	0,50	0,18	-0,23	0,45	0,27	0,39	0,04	-0,22	0,21	0,17
Spanje	0,23	1,58	-0,22	1,60	0,02	0,09	1,34	-0,20	1,22	-0,12
Verenigd Koninkrijk	0,57	0,38	-0,25	0,71	0,33	0,46	0,47	-0,23	0,70	0,23
rest	0,31	0,46	-0,25	0,52	0,06	0,26	0,47	-0,24	0,49	0,01
12 nieuwe lidstaten	0,79	-0,18	-0,43	0,17	0,35	0,50	0,05	-0,43	0,12	0,07
w.v.: Polen	1,01	-0,37	-0,39	0,26	0,63	0,81	-0,07	-0,41	0,33	0,41
Roemenië	0,78	-0,05	-0,48	0,25	0,30	0,41	-0,04	-0,43	-0,06	-0,02
rest	0,59	-0,08	-0,45	0,06	0,14	0,26	0,20	-0,44	0,02	-0,18

Bron: eigen berekeningen op basis van Eurostat.



Foto: Postbestellers_FaceMePLS/Flickr.com



Foto: Jolande Siebenga

de sterftcijfers in de periode 2005-2009 over praktisch de hele linie iets lager. Dit wijst erop dat de levensverwachting in Europa nog steeds aan het verbeteren is.

Migratie steeds belangrijker

Wanneer de diverse groeimotoren op een rij worden gezet blijkt dat de 'grootste groeier', Spanje, dit vooral aan migratie te danken heeft. In Italië wordt de groei door migratie sterk afgeremd door het demografische cohort-effect. In Duitsland leidt dit laatste zelfs tot een terugloop van het aantal 15-64-jarigen. Aan de andere kant zorgt in de meeste oostelijke EU-landen het cohort-effect juist voor nog wat groei van de potentiële beroepsbevolking. Ondanks negatieve migratie en relatief hoge sterfte blijft hierdoor de potentiële beroepsbevolking groeien. Als we naar ons eigen land kijken zien we dat in de eerste vijf jaar van dit millennium de totale groei van de groep 15-64-jarigen op het gemiddelde westerse niveau ligt met een groter cohort-effect en een kleiner migratie-effect. In de tweede vijf jaar zakt het groeipercentage in Nederland onder het westerse gemiddelde, vooral door het vrijwel ontbreken van het migratie-effect.

Hoe belangrijk migratie is voor de groei van de groep 15-64-jarigen, vooral in de oude lidstaten, kan worden geïllustreerd door te kijken naar de groei die zou resteren zonder migratie. Voor de meest recente periode (2005-2009) zou zonder migratie de groei voor de hele Europese Unie negatief zijn geworden. Dit geldt ook voor 7 van de 12 nieuwe lidstaten en 7 van de 15 oude lidstaten. Met migratie is de groei nog steeds negatief voor zes nieuwe lidstaten, maar slechts voor één oude lidstaat (Duitsland). Dat migratie ook bij krimp het verschil kan maken blijkt in Litouwen: met migratie is hier sprake van negatieve groei (er gaan meer mensen uit het land weg dan er naar toe gaan), maar zonder migratie zou de groei positief zijn.

Vergrijzing

Dat de bevolking in de werkzame leeftijd verouderd zien we duidelijk als we naar het percentage 50-plussers kijken. Voor de hele EU maken 50-plussers tegenwoordig meer dan een kwart (28,5%) van de potentiële beroepsbevolking uit. Dat is een flinke stijging vergeleken met tien jaar eerder (figuur 2). Vooral in de nieuwe lidstaten steeg het aandeel 50-plussers flink (van 23,8 naar 28,5%). In de oude lidstaten was deze stijging een stuk gematigder (van 26,2 naar 28,5%). De Finse potentiële beroepsbevolking is het meest verouderd en de Ierse het minst. Nederland klimt op deze 'grijze' ranglijst van de 16^{de} plaats in het jaar 2000 (25,3% 50-plussers) naar de 5^{de} in 2010 (29,9%), vooral als gevolg van de ouder worden van de babyboomers. Andere landen waar het aandeel 50-plussers snel stijgt zijn Finland, Frankrijk, Malta, Polen en Slovenië.

Vooruitblik

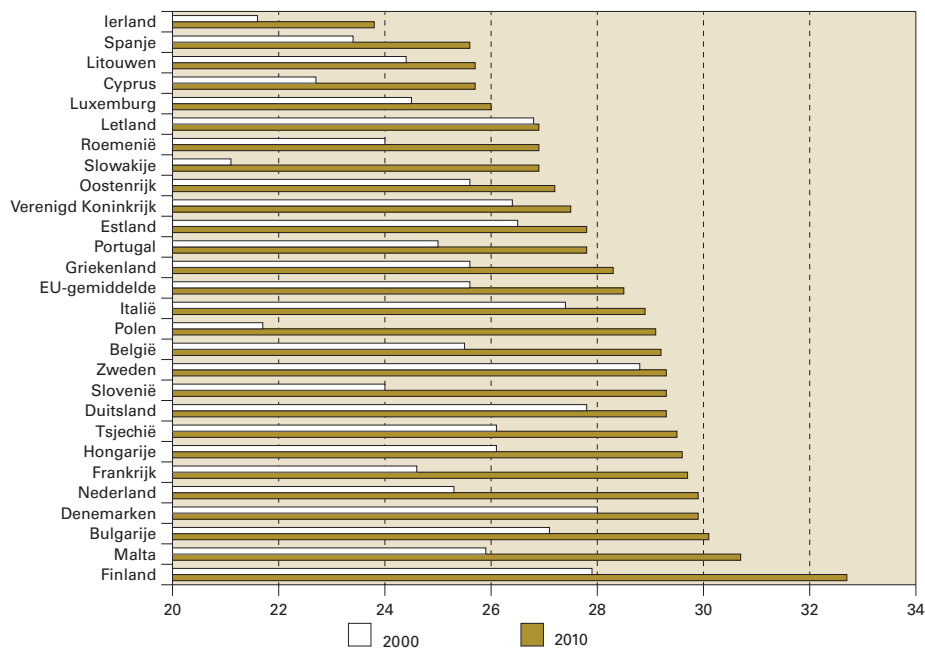
Welke consequenties hebben de ontgroening en vergrijzing voor de ontwikkeling van de poten-

Tabel 2. Verwachte groei van het aantal 15-64-jarigen en percentage 50-plussers, exclusief migratie

	Groei gemiddeld per jaar (%)				Percentage 50+			
	2010-2014	2015-2019	2020-2040	2010-2024	2010	2015	2020	2025
EU	-0,36	-0,52	-0,61	-0,48	28,5	30,7	32,8	34,1
15 oude lidstaten	-0,33	-0,43	-0,55	-0,43	28,5	31,0	33,7	35,2
w.v.: Duitsland	-0,31	-0,79	-1,12	-0,72	29,3	34,2	37,9	38,1
Frankrijk	-0,19	-0,25	-0,24	-0,22	29,7	30,7	31,2	31,7
Italië	-0,55	-0,53	-0,70	-0,58	28,9	31,8	35,7	38,9
Nederland	-0,30	-0,24	-0,53	-0,35	29,9	31,8	33,8	34,5
Spanje	-0,33	-0,31	-0,46	-0,36	25,6	28,8	32,5	36,0
Verenigd Koninkrijk	-0,27	-0,22	-0,15	-0,21	27,5	28,8	31,4	32,7
rest	-0,34	-0,39	-0,47	-0,39	28,5	30,4	32,5	33,7
12 nieuwe lidstaten	-0,46	-0,87	-0,81	-0,69	28,5	29,3	29,2	30,1
w.v.: Polen	-0,37	-0,95	-0,91	-0,72	29,1	30,0	28,9	28,6
Roemenië	-0,18	-0,68	-0,79	-0,54	26,9	27,4	28,4	30,2
rest	-0,68	-0,90	-0,73	-0,74	28,8	29,6	29,9	31,4

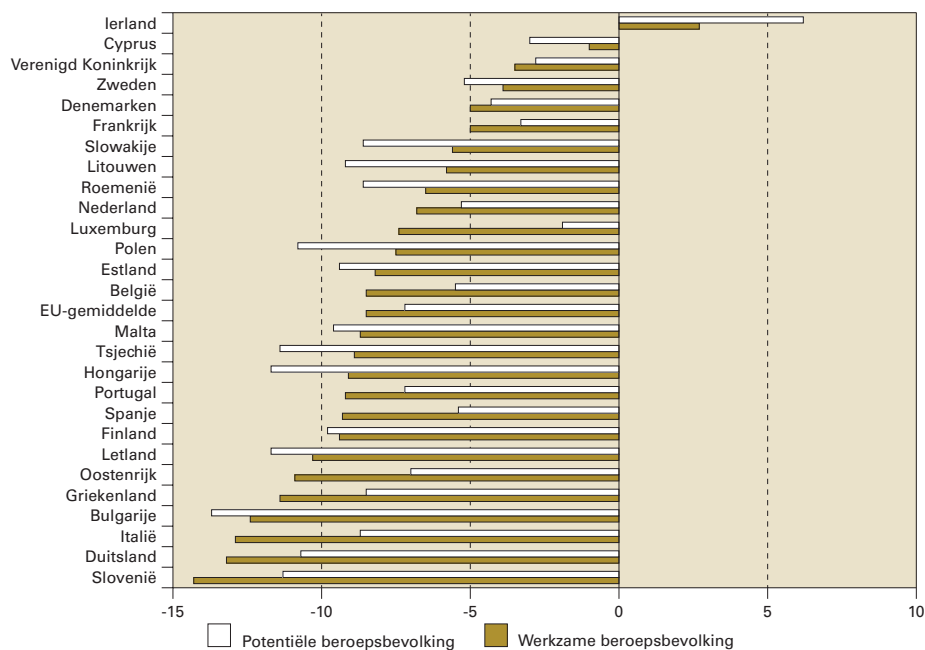
Bron: eigen berekeningen op basis van Eurostat.

Figuur 2. Percentage 50-plussers onder de 15-64-jarigen in 2000 en 2010



Bron: Eurostat.

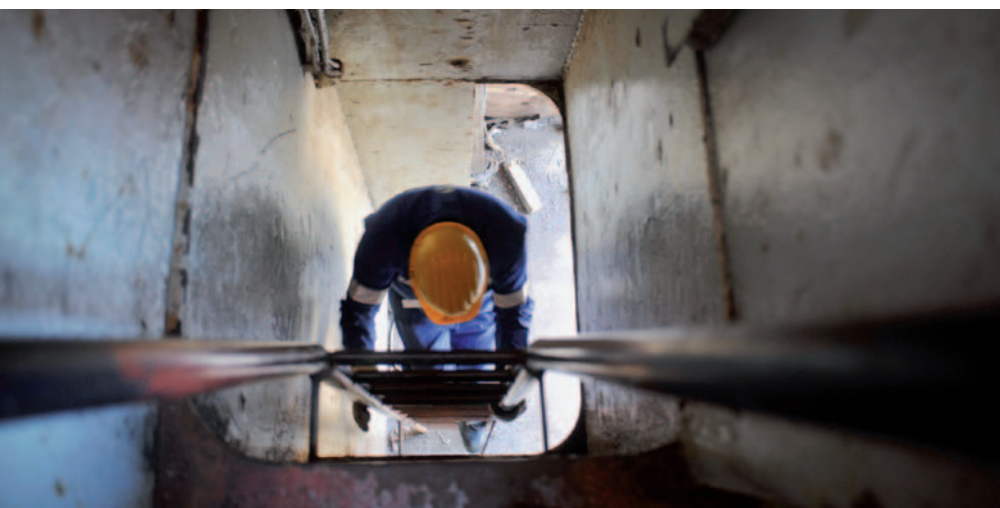
Figuur 3. Verwachte groei van de werkzame* en de potentiële beroepsbevolking, 2010-2025 (%)



* bij gelijkblijvende arbeidsparticipatie en exclusief migratie.

Bron: eigen berekeningen op basis van Eurostat.

Foto: ILO



tiële beroepsbevolking in de nabije toekomst? Uitgaande van vooruitberekeningen op basis van de huidige leeftijdsstructuur en sterfterisico's (maar zonder rekening te houden met migratie) loopt de potentiële beroepsbevolking de komende 15 jaar met ongeveer een half procent per jaar terug (tabel 2). Die daling gaat op den duur in alle EU-landen plaatsvinden, met uitzondering van Ierland, waar de bevolking in de werkzame leeftijd gemiddeld per jaar juist met zo'n half procent toeneemt. Alleen een negatief migratiesaldo zou hier nog verandering in kunnen brengen.

Voor de EU als geheel zal de veroudering binnen de potentiële beroepsbevolking de komende 15 jaar nog flink doorgaan: het aandeel 50-plussers binnen de groep 15-64-jarigen groeit door van 28,5 naar 34,1 procent. Die toename van de veroudering is sterker in de oude dan in de nieuwe lidstaten. Vooral in Italië en Spanje zal de vergrijzing van de potentiële beroepsbevolking toeslaan, waardoor zij over 15 jaar samen met Duitsland tot de meest verouderde landen in de EU behoren.

Werkzame beroepsbevolking

De potentiële beroepsbevolking vormt de basis van de daadwerkelijk werkzame beroepsbevolking. Voortbouwend op de vooruitberekeningen van de potentiële beroepsbevolking met de veronderstelling dat de leeftijdsspecifieke arbeidsparticipatie op het huidige niveau blijft, zal voor de hele EU de werkzame beroepsbevolking tussen 2010 en 2025 dalen met 8,5 procent, van 214 naar 196 miljoen personen. Dat is iets meer dan de verwachte daling van de potentiële beroepsbevolking (7,2%). Het verschil wordt veroorzaakt door de veranderingen in de leeftijdsstructuur: de potentiële beroepsbevolking bestaat straks uit relatief meer ouderen, die echter (uitgaande van de huidige situatie) relatief minder participeren dan de niet-ouderen. In alle EU-landen, met uitzondering van Ierland, is dan sprake van een terugloop van de werkzame beroepsbevolking, variërend van 1,0 procent voor Cyprus tot meer dan 12 procent voor Bulgarije, Duitsland, Italië en Slovenië. Nederland blijft met 6,8 procent ruim onder het EU-gemiddelde. De werkzame beroepsbevolking zal in Nederland dalen van de huidige 8,3 miljoen naar 7,7 miljoen in 2025. Over het algemeen geldt dat door de veranderende leeftijdsstructuur in de oude lidstaten de werkzame beroepsbevolking sneller daalt dan de potentiële terwijl het omgekeerde het geval is voor de nieuwe lidstaten. De in de vooruitberekeningen gehanteerde vereenvoudigde veronderstellingen hebben echter duidelijke beperkingen. Hoe een en ander in werkelijkheid gaat uitpakken voor de werkzame beroepsbevolking in de toekomst zal daarom sterk afhangen van de ontwikkeling van de toekomstige arbeidsparticipatie (vooral van ouderen) en de buitenlandse migratie. Om de werkzame beroepsbevolking op peil te houden lijkt het stimuleren van de verhoging van de arbeidsparticipatie echter onvermijdelijk.

Drs. R.F. van der Erf, NIDI, e-mail: erf@nidi.nl

De hoge babysterfte in Nederland

LIESBETH HEERING

Zorg om zorg en leefstijl

Al ruim 10 jaar staat Nederland in de Europese top drie van slechtst presterende landen op het gebied van de babysterfte. Afgelopen november was er voor het eerst goed nieuws: de sterfte van voldragen baby's is met 40 procent gedaald sinds 2001.

Het is opvallend: een welvarend land met een sterk ontwikkelde gezondheidszorg, en dan toch een relatief hoge babysterfte. In ieder geval bleek in 2003 en wederom in 2008 dat Nederland het er in vergelijking met andere Europese landen slecht vanaf bracht (tabel, pagina 6). Waar het om gaat is de zogeheten perinatale sterfte dat wil zeggen het aantal doodgeborenen na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer (foetale sterfte – zie kader voor definities) en van levend geboren baby's in de eerste levensweek (vroeg-neonatale sterfte). In 2008 had Frankrijk de hoogste foetale sterfte van negen per 1.000, direct gevolgd door Nederland met zeven per 1.000. Ook de vroeg-neonatale sterfte (drie per 1.000 in 2008) is hoog vanuit Europees perspectief. Wat zijn de oorzaken van die hoge sterfte? Om dit te onderzoeken werd in 2010 de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) opgericht. De stichting heeft van 222 voldragen baby's die rond de geboorte zijn overleden een perinatale audit (PA) opgesteld. Dit is een analyse van de kwaliteit van de zorgverlening rond zwangerschap en geboorte. Voldragen baby's hebben tenminste 37 weken in de baarmoeder vertoefd en hun overlevingskansen zijn hoog: 997 van elke 1.000 baby's blijven leven.



Foto: clujulcopilor/Flickr.com

Waaraan overlijden de baby's: de Big4

De meeste perinatale sterfte vindt plaats voor de geboorte. Van elke tien doodgeboren baby's zijn er zeven te vroeg (prematuur) geboren, dat wil zeggen voor de 37^{ste} zwangerschapsweek. Ook van de levendgeborenen die sterven in de eerste week is het prematuur zijn één van de belangrijke doodsoorzaken. Gouke Bonsel en collega's van de Erasmus Universiteit hebben vastgesteld dat vijftientig procent van de perinatale sterfgevallen wordt veroorzaakt door één van de door hen zo genoemde "Big4" aandoeningen, te weten vroeggeboorte, laag geboortegewicht door groei-vertraging, ernstige aangeboren afwijkingen of een te lage Apgar score. De Apgar score is een rapportcijfer tussen 0 en 10 dat de verloskundige, gynaecoloog of kinderarts geeft aan een baby vlak na de geboorte op grond van kleur, ademhaling, hartslag, spierspanning, en reactie op prikkels. Bij 16 procent van de zwangerschappen komt een Big4 aandoening voor en combinaties zijn ook mogelijk. Combinaties van aandoeningen zijn een extra risicofactor. De Big4 aandoeningen, uitgezonderd de lage Apgar (de Big3 dus), zijn in principe soms beïnvloedbaar mits tijdig

In ruim de helft van de audits voldeed de zorg niet aan de gangbare normen. In 56 procent van de gevallen waren er meerdere zorgverleners betrokken bij die zorg (gemiddeld 3,4 per geval) en in 23 audits (10%) concludeerde het audit-team dat er hoogstwaarschijnlijk een relatie is tussen onvoldoende kwaliteit van de zorg en de sterfte. Het feit dat er vaak meerdere zorgverleners betrokken waren laat zien dat het, ondanks doorverwijzing naar meer gespecialiseerde zorg in de keten, alsnog soms misgaat. Het rapport concludeert dat in alle geledingen van de zorgketen verbetering mogelijk is. Onvolkomenheden in de zorg, en het gaat dan om de Nederlandse aanpak in de verloskundige zorg, speelt dus een rol bij de sterfte. De zorgketen bestaat uit een eerste lijn met zelfstandig werkende verloskundigen, een tweede met gynaecologen in het ziekenhuis en een derde lijn met een beperkt aantal zeer specialistische Perinatologische centra met een Neonatologische Intensive Care en verloskundige High Care. Tussen deze lijnen wordt niet altijd adequaat en tijdig gecommuniceerd en verwezen waardoor baby's onnodig sterven.

DEFINITIES BABYSTERFTE

Foetale sterfte: sterfte tussen de 22^{ste} zwangerschapsweek en de bevalling.

Neonatale sterfte: sterfte vanaf de geboorte tot en met de vierde week na de bevalling.

Vroeg-neonatale sterfte: sterfte vanaf de geboorte tot en met de eerste week na de bevalling.

Perinatale sterfte: sterfte tussen de 22^{ste} zwangerschapsweek en de eerste week na de bevalling.

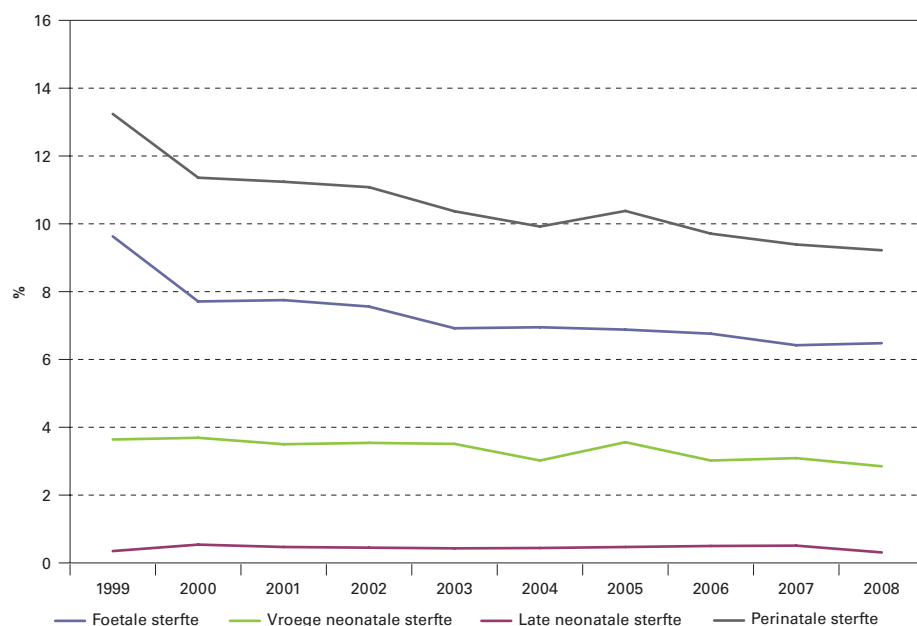
Bron: TNO magazine (april 2009) / Euro-Peristat project (2008).

Top tien babysterfte in Europa, 2008

Foetale sterfte per duizend geboren		Vroeg-neonatale sterfte per duizend levendgeborenen	
Frankrijk	9,1	Letland	3,8
Nederland	7,0	Polen	3,6
Letland	6,7	Estland	3,4
Schotland	6,7	Hongarije	3,4
Noord Ierland	6,3	Litouwen	3,3
Slovenië	5,6	Malta	3,1
Italië	5,4	Nederland	3,0
Ierland	5,4	Denemarken	3,0
Litouwen	5,2	Ierland	2,7
Denemarken	4,9	Engeland en Wales	2,6

Bron: Euro-Peristat project (2008).

Figuur 1. Foetale, neonatale en perinatale sterfte in Nederland, 1999 - 2008



Bron: Stichting Perinatale Registratie Nederland (2011).

Foto: couveusekind_Tom&Katrien/Flickr.com



opgemerkt. Een betere risicoselectie en opsporing van groeivertraging tijdens de zwangerschap, ook in de eerste lijn van de zorgketen, is daarom van groot belang. Van een kwart van de baby's met een Big3 aandoening is de bevalling namelijk gestart in de eerste lijn.

In vergelijking met andere Europese landen is Nederland lange tijd terughoudend geweest in het behandelen van zeer prematuur geboren baby's. Dat is recent veranderd. In 2010 werd de richtlijn uit 2005 herzien en werd besloten dat baby's die na 24 weken worden geboren in principe intensief worden opgevangen en behandeld, tenzij er allerlei andere complicaties en levensbedreigende factoren zijn die daar tegen pleiten. Tot 2005 was het advies dat niet te doen, tenzij er heel gunstige vooruitzichten waren. In 2013 wordt er opnieuw gekeken of bijstelling van de richtlijn gewenst is.

Samenwerking in de zorgketen

Volgens de beroepsgroep is de samenwerking tussen de verschillende disciplines die met de zorg voor moeder en kind belast zijn verbeterd. Zo is onder andere in 2001 de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) in het leven geroepen. Vanaf 2002 worden de registers van de verloskundigen, gynaecologen, huisartsen en kinderartsen gekoppeld. In de registraties wordt informatie over de zwangerschap en de bevalling vastgelegd vanaf het eerste consult bij de verloskundige. Ook de overdrachten in de zorgketen van verloskundigen naar gynaecologen en omgekeerd worden opgenomen. Het hele zorgproces is nu voor elk geval traceerbaar. De registratie is een unieke grote database die voorziet in de behoefte om meer inzicht in de babysterfte te krijgen (zie figuur 1). Uit de vele studies met deze data die sindsdien zijn verschenen blijkt bijvoorbeeld dat de thuisbevalling even veilig is als de poliklinische ziekenhuisbevalling, mits er sprake is van een laag risico op complicaties, de afstand tot een kliniek kort is en het tijdstip van de dag gunstig is. Ziekenhuizen blijken 's nachts name-

Foto: Jolande Siebenga



lijk minder adequate zorg te kunnen bieden. Verder bleek dat niet-westerse allochtone ouders, degenen met een laag inkomen of lage opleiding en alleenstaande moeders grotere risico's lopen hun baby te verliezen. In de grote steden is er sprake van een cumulatieve van risico's voornamelijk in de achterstandswijken.

Een andere vorm van samenwerking is het in 2003 opgerichte verloskundig consortium, een netwerk van gynaecologen en verloskundigen uit meer dan 70 Nederlandse ziekenhuizen, die gezamenlijk onderzoek doen naar aandoeningen en behandelingen die met zwangerschap en bevalling te maken hebben. Door technologische verbeteringen zijn de therapeutische opties vergroot. Zo wijst onderzoek van het consortium uit dat het inleiden van de bevalling van een groei-vertraagde foetus na 36 weken zwangerschap even veilig is als het afwachten van die bevalling. Vaker ingrijpen en minder de natuur zijn werk laten doen blijkt in dit geval beter te zijn.

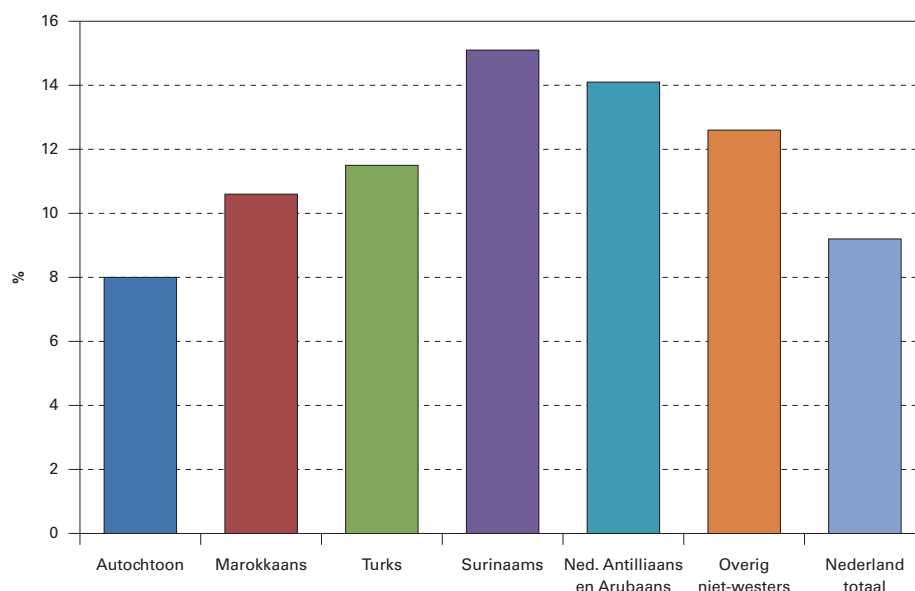
Leefstijl

Naast de zorg spelen het leefpatroon en de leefomstandigheden van de moeder een belangrijke rol. In de registers staat niets over de leefstijl van moeders (en vaders), details over de bevalling en keuzes en afwegingen gemaakt door de zorgverleners. Bovendien wordt in de registers een geval vlak na de bevalling afgesloten. Ze geven dus geen inzicht in de groei en ontwikkeling van het kind na die tijd. Twee grote cohortstudies in Amsterdam (ABCD) en Rotterdam (GeneratieR) bevatten deze gegevens wel. Beide studies zijn ruim tien jaar geleden gestart en volgen ongeveer 10.000 kinderen vanaf de zwangerschap tot de jonge volwassenheid. Uit deze studies blijkt ondermeer dat leefstijlkenmerken zoals roken, drugsgebruik, gebruik van foliumzuur en overgewicht, van groot belang zijn voor een al dan niet gezonde zwangerschap en een gezond kind. De studies hebben ook tot nieuwe inzichten geleid in de sociaal-economische achtergronden van kindersterfte. Zo bleek dat de risico's tussen allochtone groepen verschillen en dat er verschillende mechanismen ten grondslag liggen aan de hogere sterfte in de verschillende groepen (figuur 2). Bij Antilliaanse, Kaapverdiaanse en Surinaams-Creoolse moeders uit de Rotterdamse studie waren een kortere zwangerschapsduur en een lager geboortegewicht gerelateerd aan de hogere sterfte. Ook het hoge aandeel alleenstaanden onder hen (50% tegenover 8% van de Nederlandse zwangere vrouwen) en het feit dat één van elke tien zwangerschappen een tienerzwangerschap betrof, is van belang. Bij Turkse en Marokkaanse vrouwen is er geen sprake van een lager geboortegewicht of kortere zwangerschapsduur, wel wordt er onder Turkse moeders vaak gerookt. Zo rookt 30 procent van de zwangere Turkse vrouwen tijdens de zwangerschap, tegenover 17 procent van het autochtone zwangeren en dat verklaart mede de hogere sterfte.

Gezondere zwangerschappen en betere zorg

Om de hoge babysterfte aan te pakken is de gemeente Rotterdam in 2008 gestart met het initiatief 'klaar voor een kind'. Gerichte risicopre-

Figuur 2. Perinatale sterfte in Nederland naar herkomstgroepering, 2008



Bron: CBS.

ventie en zorg in alle schakels staan in dit project centraal. Achterliggende gedachte is dat verbeteringen in de perinatale sterfte mogelijk zijn door gezondere zwangerschappen en betere zorg. Om deze reden is het eerste consult al bij een zwangerschapsduur van acht en niet de gebruikelijke twaalf weken. Ook is er een geboortecentrum op het dak van het Erasmus Medisch Centrum gebouwd. Daar kunnen vrouwen bevallen alsof ze thuis zijn en toch het ziekenhuis bij de hand hebben. Door de risicoselectie op afwijkingen op een nieuwe manier vroeg in de zwangerschap door verloskundigen samen met gynaecologen te laten uitvoeren op drie momenten, verwacht men afwijkingen vroeger op te sporen en te behandelen. Daarnaast is er veel aandacht voor voorlichting en preventie die idealiter al voor de zwangerschap begint. Dit om invloed te kunnen uitoefenen op de leefstijlfactoren roken, overgewicht, ongezonde voeding, hoge bloeddruk, werk en stress.

Met de kennis opgedaan in dit project en met geld van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Erasmus Medisch Centrum – coördinator van het Rotterdamse project – eind november 2011 het project 'Healthy Pregnancy 4 All' gestart. De bedoeling is deze aanpak toe te passen in 14 gemeenten: groot en klein, in de stad en op het platteland.

Er is veel onderzocht, geleerd en tot stand gekomen in de afgelopen 10 jaar. En nu maar hopen dat er ook een einde komt aan de slechte reputatie van Nederland als een land met hoge baby-sterfte. Aan het einde van dit jaar komt het volgende Europees vergelijkende rapport uit en is er weer een vergelijkingsmoment.

Drs. E.L. Heering, NIDI, e-mail: heering@nidi.nl

LITERATUUR:

- Bonsel G.J., E. Birnie, S. Denktas, J. Poeran en E.A.P. Steegers (2010), *Lijnen in de Perinatale Sterfte*. Signalementstudie Zwan-gerschap en Geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC.
- Euro-Peristat project (2008), *European Perinatal Health Report*.
- Stichting Perinatale Audit Nederland (2011), *A terme sterfte 2010. Perinatale Audit: Eerste verkenningen*. Utrecht: Stichting Perinatale Audit Nederland.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (2011), *Grote lijnen 10 jaar Perinatale registratie Nederland*. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland.

demodata

VERSTEDELIJING VAN DE WERELDBEVOLKING

Iets meer dan de helft van de wereldbevolking woont in stedelijke gebieden (52% in 2011). In 1960 was dat nog maar een derde. De Verenigde Naties verwachten dat rond 2050 tweederde van de wereldbevolking in stedelijke gebieden woont. De grootste stedelijke agglomeraties in 2011 waren:



Bron: VN – World Urbanization Prospects (2012).

Meisjes drinken meer dan ooit

JOKE LIGTERINK

Zorgwekkende cijfers kinderen en alcohol

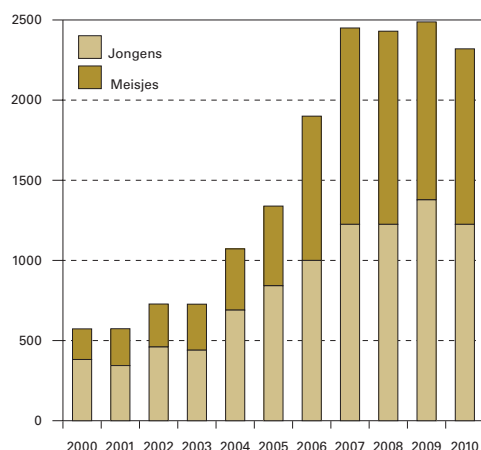
Hersenen ontwikkelen zich tot het 24^{ste} levensjaar. Tot het 18^{de} levensjaar krijgen jongeren er nog dagelijks hersencellen bij. Alcohol verstoort die groei. Toch heeft bijna de helft van de Nederlandse kinderen rond zijn 12^{de} jaar de eerste slok al geproefd. De oprichters van de alcoholpoli vertellen ons welke rol wij kunnen spelen om de hersenontwikkeling van kinderen te beschermen.

Vijf jaar geleden openden kinderarts Van der Lely en medisch kinder- en jeugdpsycholoog De Visser de eerste alcoholpoli van Nederland, in Delft. Inmiddels telt Nederland vier poli's en heeft het ministerie van Volksgezondheid steun toegezegd voor een landelijk netwerk van twintig poli's.

Ook al verbiedt de Nederlandse wet kinderen vóór hun zestiende te drinken, velen doen het toch, vaak met medeweten van hun ouders of andere volwassenen. Het drinken door kinderen heeft sinds 2002 een vlucht genomen. Belandden er in de jaren tachtig nog maar twee kinderen (jonger dan 18) per jaar in het ziekenhuis met een alcoholvergiftiging, in 2010 waren dat er bijna 700.

Stichting Consument en Veiligheid publiceert in maart 2012 de nieuwste cijfers. Zo'n 23 duizend jongeren (10-24 jaar) werden in 2011 voor een alcoholvergiftiging behandeld op een Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis. Eén op de tien is jonger dan 15 jaar, maar de grootste groep is tussen de 15 en 19 jaar. Tussen 2005 en 2010 steeg het aantal jongeren in deze leeftijd dat met een alcoholvergiftiging op de eerste hulp belandde met 82 procent. Vooral de stijging onder meisjes was explosief: 101 procent.

Het aantal spoedeisende behandelingen van alcoholvergiftiging bij jongeren (10-24 jaar) naar geslacht



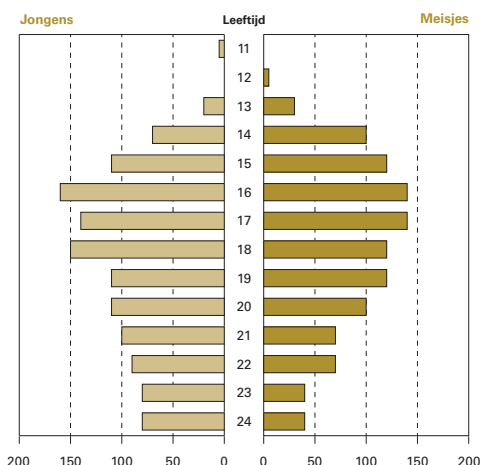
Bron: Stichting Consument en Veiligheid, Letsel Informatie Systeem 2006-2010.

Trend keren

Deze zorgwekkende trend kan gekeerd worden volgens De Lely en De Visser, als volwassenen hun beschermende taak weer serieus nemen. Enerzijds moet de beschikbaarheid van alcohol worden teruggedrongen (bijvoorbeeld: geen aantrekkelijke drankjes in de supermarkt), anderzijds moeten ouders alcoholregels hanteren. Ook de Drank- en Horecawet zou aangepast moeten worden: alcoholische drank zou pas gekocht en gedronken mogen worden als iemand 18 jaar of ouder is. De leeftijdsgrens van 16 jaar in de huidige wet stamt uit 1881. Inmiddels pleit een scala aan wetenschappelijke onderzoeksresultaten voor een leeftijdsgrens van 18 jaar: de hersenontwikkeling, de giftige werking van alcohol en de 'puberparadox' (wel weten dat iets niet goed voor je is, maar het toch doen, een gemoedstoestand die na het 18^{de} jaar afneemt). Simpel verbieden, zo luidt het advies van de oprichters van de alcoholpoli, de eerste slok voor het kind zo lang mogelijk uitstellen, gezond voorbeeldgedrag én sancties als een kind zich niet aan de regels houdt. Ouders en opvoeders zouden zich goed moeten informeren over de schadelijke effecten van drank; zo komen ze het best tot een evenwichtige en bewuste alcoholopvoeding.

Drs. J. Ligterink, zelfstandig tekstschrijver,
e-mail: joke@zeeftekst.nl

Het jaarlijkse aantal spoedeisende behandelingen bij jongeren, naar leeftijd en geslacht, 2006-2010



DEMOS verschijnt 10 x per jaar en wil de kennis en meningsvorming over bevolkingsvraagstukken bevorderen.



Gehele of gedeeltelijke overname van artikelen met bronvermelding wordt op prijs gesteld. Graag ontvangt de redactie een bewijsexemplaar.

Het NIDI is een instituut van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen. Het NIDI houdt zich bezig met onderzoek naar bevolkingsvraagstukken.

colofon

DEMOS	is een uitgave van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI).
Redactie	Nico van Nimwegen, hoofdredacteur Hanna van Solinge, eindredacteur Peter Ekamper, webredacteur
Adres	NIDI/DEMOS Postbus 11650 2502 AR 's-Gravenhage
Telefoon	(070) 356 52 00
E-mail	demos@nidi.nl
Internet	demos.nidi.nl / www.nidi.nl
Abonnementen	gratis
Basisontwerp	Harmine Louwé
Druk	Nadorp Druk b.v., Poeldijk

LITERATUUR:

- Van der Lely, N., M. de Visser en J. Ligterink (2011), *Onze Kinderen en Alcohol*, Amsterdam: Uitgeverij Nieuw Amsterdam.
- Valkenberg, H. (2012), *Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol bij jongeren van 10 tot en met 24 jaar*. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.