

Rapportage Perinatale gezondheid in Rotterdam

Nulmeting periode 2000-2007

Jashvant Poeran
Erwin Birnie
Semiha Denktas
Eric A.P. Steegers
Gouke J. Bonsel

www.klaarvooreenkind.nl

Klaar voor een kind wordt gecoördineerd door GGD Rotterdam-Rijnmond en Erasmus MC

**KLAAR
VOOR
EEN
KIND** 



Gemeente Rotterdam

Colofon

Tekst Programma Klaar voor een kind

Vormgeving Vandrveen, www.vandrveen.nl

Druk Veenman Drukkers, Rotterdam

September 2011

Auteursrecht voorbehouden

©2010 Erasmus MC, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Gemeente Rotterdam.

© Programma Klaar voor een kind

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Citeren als: Poeran J, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP, Bonsel GJ. Perinatale gezondheid in Rotterdam: nulmeting periode 2000-2007. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.

Perinatale gezondheid in Rotterdam

Nulmeting periode 2000-2007

Jashvant Poeran¹ Erwin Birnie^{1,2} Semiha Denktas¹ Eric A.P. Steegers¹ Gouke J. Bonse^{1,3,4}

¹ Erasmus MC Rotterdam, Afdeling Verloskunde en Vrouwenziekten,
subafdeling Verloskunde en Prenatale Geneeskunde

² Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

³ Erasmus MC Rotterdam, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg

⁴ Verloskunde Academie Rotterdam

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| 1. Inleiding | 7 |
| 2. Perinatale uitkomsten in Rotterdam | 9 |
| 2.1 Toelichting | 9 |
| 2.2 Perinatale sterfte | 11 |
| 2.3 Aangeboren afwijkingen | 13 |
| 2.4 Vroeggeboorte | 15 |
| 2.5 Laag geboortegewicht (gecorrigeerd voor zwangerschapsduur) | 17 |
| 2.6 Lage Apgar score bij de geboorte | 19 |
| 2.7 Totaal perinatale ziekten, Big4 | 21 |
| 3. Analyse per deelgemeente | 23 |
| 3.1 Toelichting | 23 |
| 3.2 Deelgemeente Stadscentrum | 27 |
| 3.3 Deelgemeente Charlois | 29 |
| 3.4 Deelgemeente Delfshaven | 31 |
| 3.5 Deelgemeente Feijenoord | 33 |
| 3.6 Deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek | 35 |
| 3.7 Deelgemeente Hoogvliet | 37 |
| 3.8 Deelgemeente Hoek van Holland | 39 |
| 3.9 Deelgemeente IJsselmonde | 41 |
| 3.10 Deelgemeente Kralingen-Crooswijk | 43 |
| 3.11 Deelgemeente Noord | 45 |
| 3.12 Deelgemeente Overschie | 47 |
| 3.13 Deelgemeente Prins Alexander | 49 |
| 3.14 Deelgemeente Pernis | 51 |
| 3.15 Deelgemeenten op een rij | 53 |
| 4. Beschouwing | 54 |
| 5. Referenties | 55 |

1. Inleiding

Rotterdam heeft binnen Nederland een relatief hoog perinataal sterftecijfer. Onder perinatale sterfte verstaan we sterfte vanaf 22 weken zwangerschapsduur tot en met de eerste 7 dagen na de geboorte. Dit bleek reeds in 2008 toen De Graaf et al. beschreven dat vrouwen in de vier grote steden een sterk verhoogde kans hebben op perinatale sterfte en daarmee samenhangende perinatale ziekte. De belangrijkste vier perinatale ziekten, die vaak voorlopers zijn van perinatale sterfte, zijn aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht gelet op de zwangerschapsduur, en een lage Apgar score (een slechte start bij de geboorte). In vervolg op de bevindingen voor Rotterdam is in 2008 het Aanvalsplan Perinatale Sterfte Rotterdam van start gegaan. Dit is een meerjarig programma waarin de Gemeente Rotterdam in samenwerking met het Erasmus MC en de GGD Rotterdam Rijnmond tot doel heeft de perinatale sterfte en perinatale ziekte binnen Rotterdam te verminderen. Een eerste stap hierbij is het nauwkeurig in kaart brengen van perinatale ziekten en sterfte, en de factoren die mogelijk hiervoor verantwoordelijk zijn. Deze factoren kunnen gebonden zijn aan zwangeren zelf, met hun omgeving te maken hebben of met de zorg te maken hebben.

In het eerste geval kan gedacht worden aan factoren zoals roken tijdens de zwangerschap en het niet op tijd slikken van foliumzuur bij een zwangerschapswens, of met meer algemene factoren zoals de etnische achtergrond van de zwangere, haar leeftijd of hoeveel kinderen zij reeds heeft gebaard.

Omgevingsgerelateerde factoren kunnen te maken hebben met de wijk waarin een zwangere vrouw woont, zoals de sociale kwaliteit van een wijk of milieufactoren. Zorgfactoren hebben te maken met het bereik van zorg (bijvoorbeeld een tijdige eerste zwangerschapscontrole, deelname aan preventie) of de beschikbaarheid en kwaliteit van personeel en faciliteiten.

De voorliggende rapportage is, samen met enkele afzonderlijk uitgegeven rapportages over zorgaanbieders in Rotterdam, de eerste samenhangende beschrijving van de perinatale gezondheid in Rotterdam.

Deze rapportage bestaat uit twee delen: een weergave in de vorm van kaartjes van de belangrijkste perinatale uitkomsten zoals perinatale sterfte; en een uitgebreider overzicht per deelgemeente. De cijfers betreffende perinatale uitkomsten zijn afkomstig uit de gekoppelde bestanden van de Perinatale Registratie Nederland (PRN) over een periode van 8 jaar (2000-2007). Gegevens in deze database zijn vastgelegd door de zorgverleners (verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen).

In het eerste deel van deze rapportage is Rotterdam in kaarten onderverdeeld in zowel deelgemeenten als wijken per deelgemeente. De indeling in deelgemeenten is in ieder geval van belang vanuit bestuurlijk perspectief. De indeling naar wijken is nuttig omdat de ene deelgemeente relatief weinig variatie kent binnen de deelgemeente in bevolkingsopbouw, risico's, en perinatale uitkomsten, terwijl de andere deelgemeente juist veel onderlinge verschillen tussen wijken kent. Die zouden wegvallen als de cijfers worden gepresenteerd op deelgemeenteniveau. De kaartjes laten zien dat de blootstelling aan risico's in de wijken sterk verschilt en zich via het optreden van de eerdergenoemde vier voorloperandoeningen direct vertaalt in perinatale sterfteverschillen. Dus sterfteverschillen hebben veel te maken met risicoverschillen aan het begin van de zwangerschap, risico's die naar we weten deels goed beïnvloedbaar zijn. De kaartjes laten ook zien dat de vertaling van risico's in sterfte in sommige deelgemeenten 'verzacht' wordt. Dat kan aan zorgfactoren liggen, maar soms ook aan betere secundaire omstandigheden.

In het tweede deel wordt per deelgemeente een uitgebreider overzicht gegeven zowel van de perinatale uitkomsten als van de zwangeren per deelgemeente. Er wordt zo een 'perinataal profiel' geschetst, dat kan dienen als eerste opstap naar eventueel gericht beleid. Er wordt ook een verwachting gepresenteerd over het niveau van de perinatale ziekte en sterfte als de cijfers voor Rotterdam als geheel zouden gelden voor de betreffende deelgemeente, rekening houdend met de belangrijkste kenmerken van de zwangerenpopulatie. Deze 'genormeerde' uitkomsten geven soms een heel ander beeld dan de werkelijk waargenomen cijfers, omdat de deelgemeenten onderling veel verschillen tonen.

Soms is de verwachte sterfte lager dan de daadwerkelijk geobserveerde sterfte, bijvoorbeeld als een deelgemeente een risicovolle samenstelling heeft in vergelijking met Rotterdam. Ook kan de verwachte sterfte juist hoger zijn dan de daadwerkelijk geobserveerde sterfte, bijvoorbeeld als de zwangerenpopulatie van de deelgemeente jong is en veel autochtonen kent in vergelijking met Rotterdam. De 'genormeerde' uitkomsten maken dus een eerlijke vergelijking van deelgemeenten binnen Rotterdam mogelijk. Men moet erop bedacht zijn, door Rotterdam als norm te nemen, de deelgemeenten slechts met Nederland vergeleken kunnen worden door er het verschil van Rotterdam met Nederland bij op te tellen.

Als laatste is een rangordening van de deelgemeenten naar perinatale uitkomsten gemaakt. Het is een eerste poging om eventuele prioritering in nader onderzoek of beleidsmaatregelen te ondersteunen.

Het laatste deel van deze rapportage bestaat uit een korte beschouwing over de belangrijkste resultaten. Hoewel het uiterste gedaan is om zorgvuldig te rapporteren is deze versie uitdrukkelijk een conceptversie die op basis van gebruik aan de praktijk moet worden getoetst.

2. Perinatale uitkomsten in Rotterdam

2.1 Toelichting

2.1.1. Welke perinatale cijfers

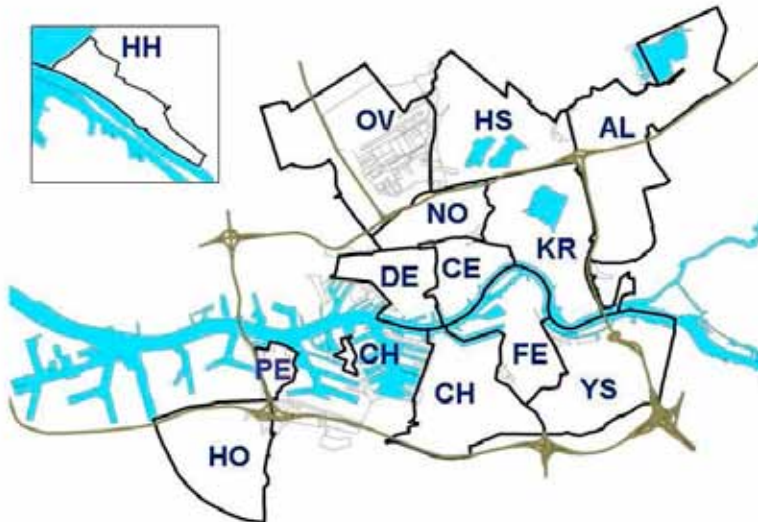
In dit hoofdstuk wordt het voorkomen van de perinatale uitkomsten per deelgemeente en per wijk besproken. De onderscheiden perinatale uitkomsten zijn:

- perinatale sterfte: sterfte vanaf 22 weken zwangerschapsduur tot en met de eerste 7 dagen na de geboorte;
- aangeboren afwijkingen: een aangeboren afwijking volgens een bestaande lijst die verloskundigen, gynaecologen en kinderartsen gebruiken;
- vroeggeboorte: geboorte bij een zwangerschapsduur kleiner dan 37 weken;
- laag geboortegewicht gecorrigeerd voor zwangerschapsduur: een geboortegewicht dat lager is dan het 10e percentiel passend bij de zwangerschapsduur; met andere woorden het kind behoort tot de 10% lichtste kinderen daarbij rekening houdend met de zwangerschapsduur (dit is ongunstig, men spreekt ook wel over foetale groeivertraging);
- lage Apgar score bij de geboorte: een Apgar score <7, vastgesteld 5 minuten na de geboorte; een Apgar score geeft een 0-10 rapportcijfer aan de gezondheidstoestand van een baby, op grond van hartslag, ademhaling, spierspanning, kleur van de baby en diensreactie op prikkels. Een hogere score staat voor een betere gezondheid;
- de aanwezigheid van één of meer van de hierboven genoemde 4 perinatale aandoeningen: aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en/of een lage Apgar score.

Er is gekozen voor aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en een lage Apgar score, omdat dit geaccepteerde en bewezen indicatoren zijn voor een suboptimale gezondheid van de baby, en omdat zij een grote rol spelen bij het ontstaan van perinatale sterfte. In 85% van de gevallen van perinatale sterfte komt één of meer van deze aandoeningen voor, in dit rapport ook wel aangeduid met perinatale ziekten of 'Big4' aandoeningen.

2.1.2 Weergave

De perinatale uitkomsten worden weergegeven in kaartjes van Rotterdam, steeds per deelgemeente (boven) en per wijk (onder). De deelgemeentegrenzen zijn weergegeven met dikke zwarte lijnen, de wijkgrenzen met dunne grijze lijnen. Onderstaand kaartje geeft een voorbeeld van kaart per deelgemeente. Elke deelgemeente is gecodeerd met twee letters.



De deelgemeenten met hun afkortingen zijn:

HH: Hoek van Holland

OV: Overschie

HS: Hillegersberg-Schiebroek

AL: Prins Alexander

NO: Noord

DE: Delfshaven

CE: Stadscentrum

KR: Kralingen-Crooswijk

HO: Hoogvliet

PE: Pernis

CH: Charlois

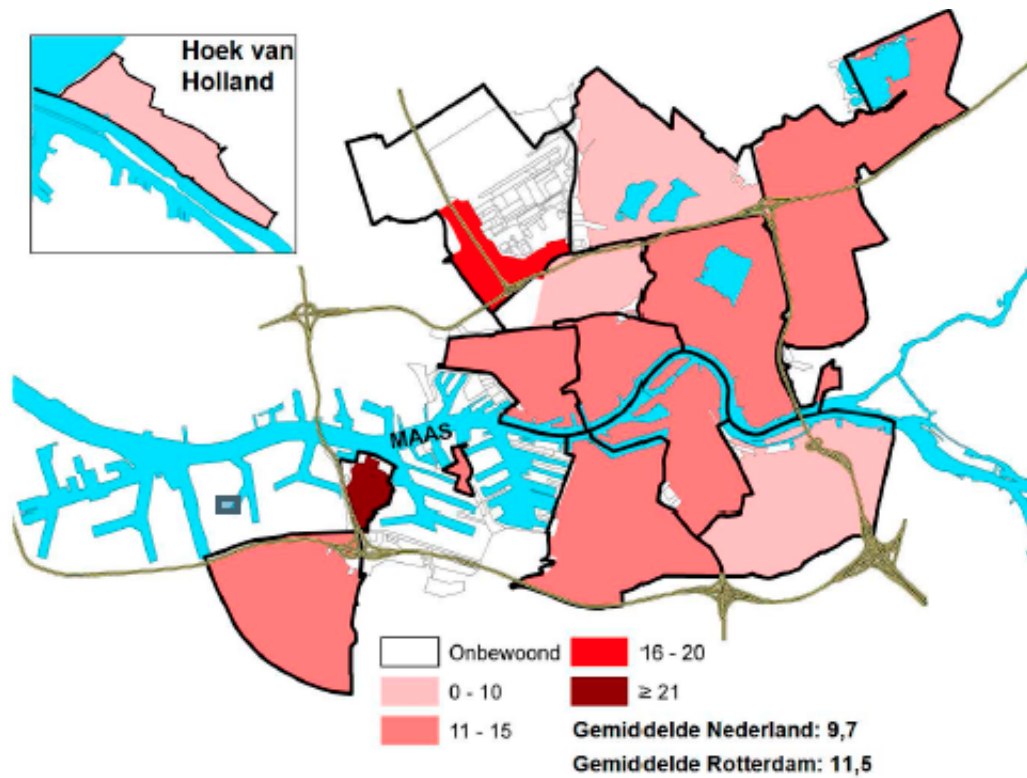
FE: Feijenoord

YS: IJsselmonde

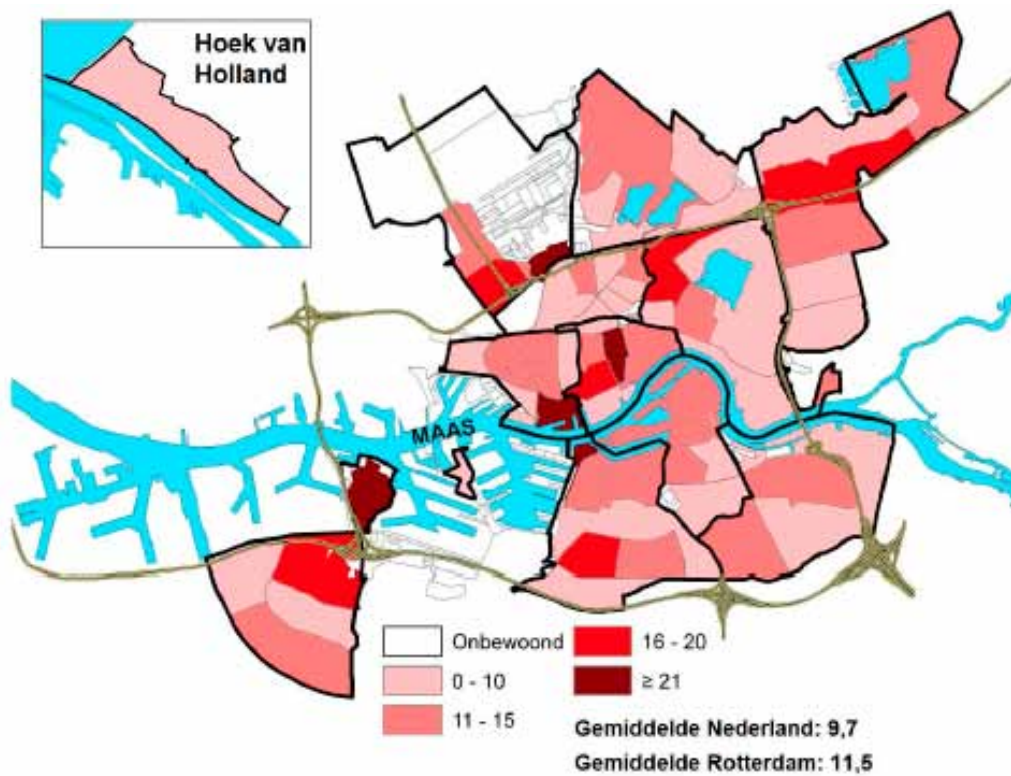
Het kader linksboven geeft de deelgemeente Hoek van Holland aan. Niet ingekleurde gebieden zijn ofwel onbewoond of behoren niet tot de gemeente Rotterdam. In de kaartjes geven de gele lijnen snelwegen aan. De deelgemeenten en wijken zijn ingekleurd met roodtinten; hoe donkerder het rood, hoe ongunstiger het niveau van de uitkomst voor die deelgemeente of wijk. De perinatale uitkomsten zijn uitgerekend voor eenlingzwangerschappen en uitgedrukt per 1000 geboortes: een perinataal sterftcijfer van 10 wil dus zeggen dat er 10 baby's sterven per 1000 (eenling)geboortes. Na de presentatie van de twee kaartjes per uitkomst volgt steeds een korte toelichting.

2.2 Perinatale sterfte

Per deelgemeente



Per wijk

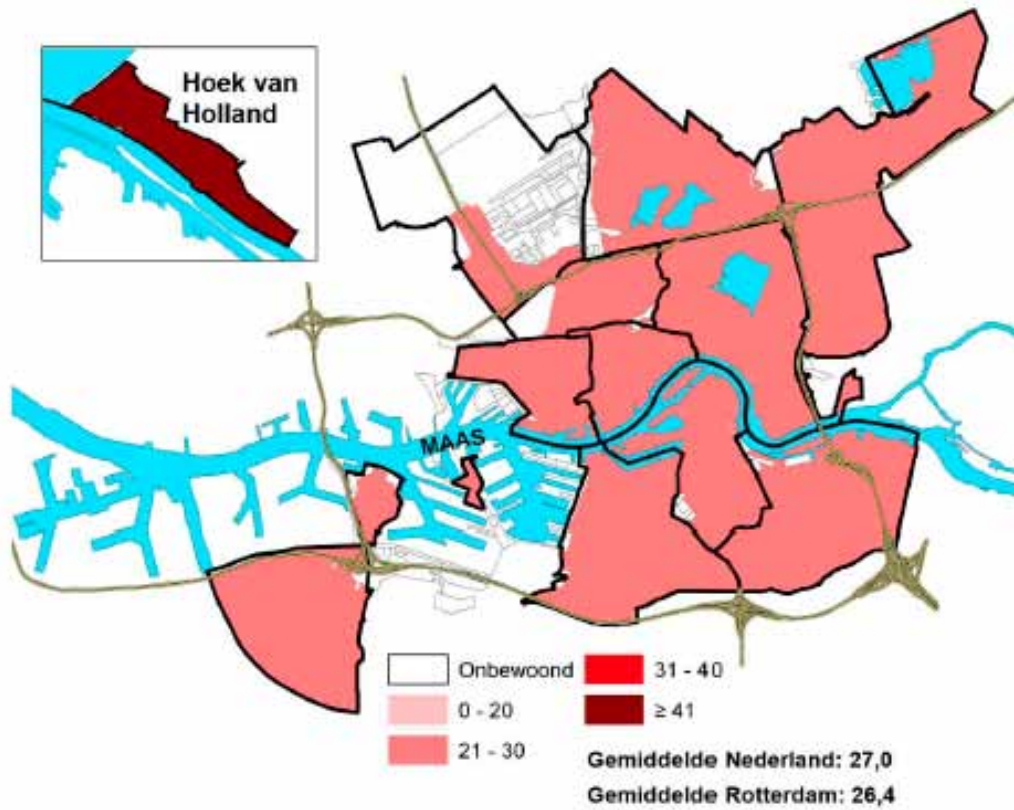


In Nederland bedraagt de perinatale sterfte van eenlingzwangerschappen over de periode 2000-2007 gemiddeld 9,7 per 1000 geboortes. Het Rotterdams gemiddelde is 11,5 per 1000 geboortes. De perinatale sterftcijfers per deelgemeente variëren van 3,4 tot 20,5 per 1000 geboortes.

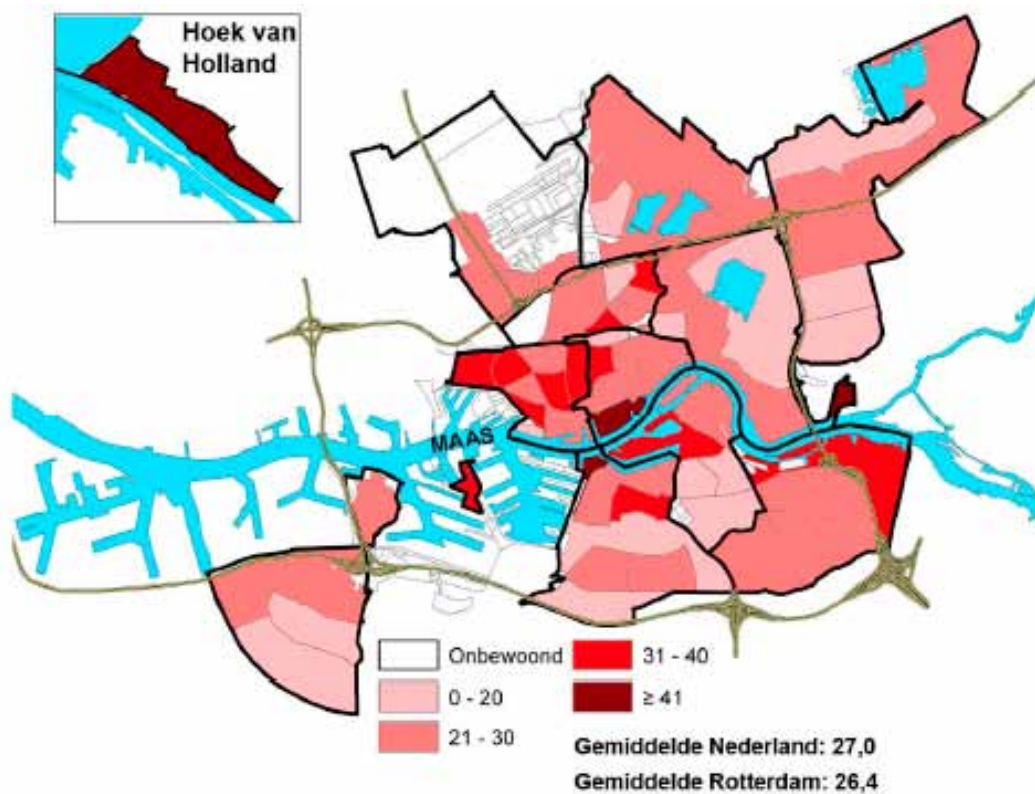
De meeste deelgemeenten hebben een perinatale sterfte onder de 15 per 1000 geboortes. Vooral de deelgemeenten Overschie en Pernis wijken hier beiden van af in ongunstige zin, zie verder de rapportage per deelgemeente. In mindere mate geldt dat ook voor Delfshaven, Stadscentrum, Hoogvliet, Charlois, Feijernoord, Kralingen-Crooswijk en Prins Alexander. Bij de onderverdeling naar wijken valt op dat er binnen enkele deelgemeenten wijken zijn die het hoogste niveau van perinatale sterfte hebben, naast wijken die het juist relatief goed doen. Dit geldt met name voor de deelgemeenten Stadscentrum, Delfshaven, Charlois en Overschie. Het geobserveerde verschil kan soms relatief gemakkelijk verklaard worden door de heterogeniteit van wijken binnen in deelgemeenten voor wat betreft sociale kwaliteit of etnische samenstelling. Soms spelen echter andere factoren een rol (zie ook hoofdstuk 3) of is het niet snel te achterhalen wat de oorza(a)k(en) is (zijn).

2.3 Aangeboren afwijkingen

Per deelgemeente



Per wijk



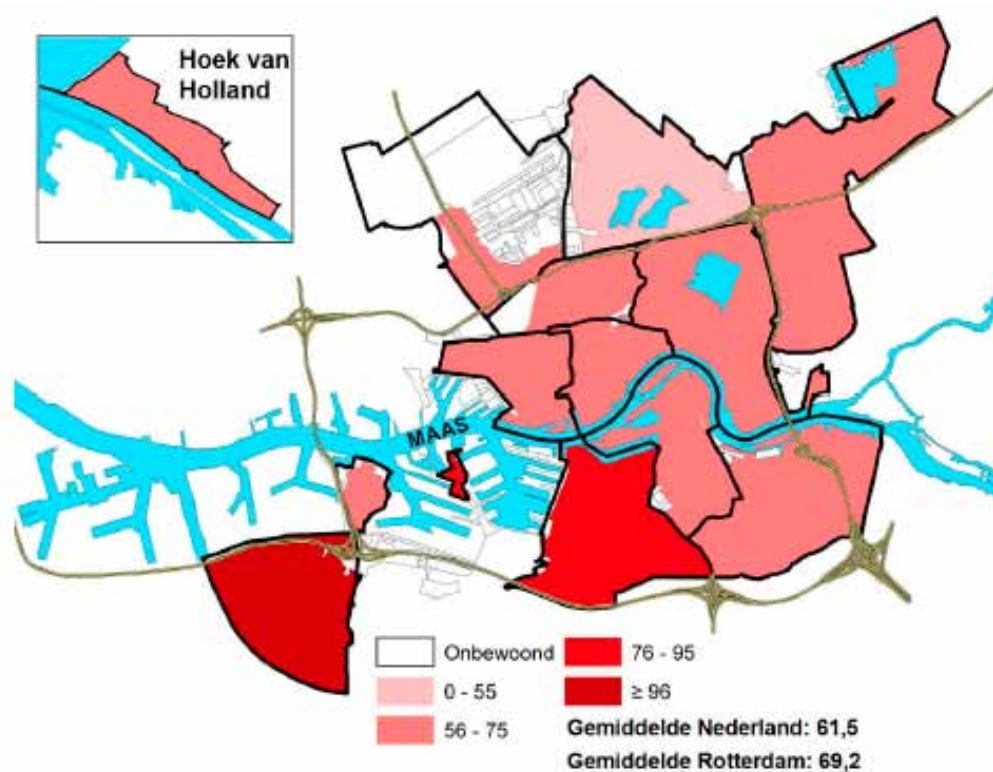
In Nederland komen aangeboren afwijkingen bij eenlingzwangerschappen voor bij gemiddeld 27,0 per 1000 geboortes. Het Rotterdams gemiddelde is vrijwel hetzelfde: 26,4 per 1000 geboortes. De cijfers van aangeboren afwijkingen per deelgemeente variëren van 21,4 tot 101,0 per 1000 geboortes.

In alle deelgemeenten, behalve Hoek van Holland, komen aangeboren afwijkingen voor bij 21-30 baby's per 1000 geboortes. Hoek van Holland wijkt met 101,0 aangeboren afwijkingen per 1000 geboorten in ongunstige zin af van de rest van Rotterdam en het Nederlandse gemiddelde. Bij de onderverdeling naar wijken valt op dat naast Hoek van Holland er nog andere wijken zijn met een hoog niveau. Ook hier valt op dat vooral binnen Stadscentrum en Delfshaven voor wat betreft aangeboren afwijkingen relatief gunstige en ongunstige wijken naast elkaar voorkomen.

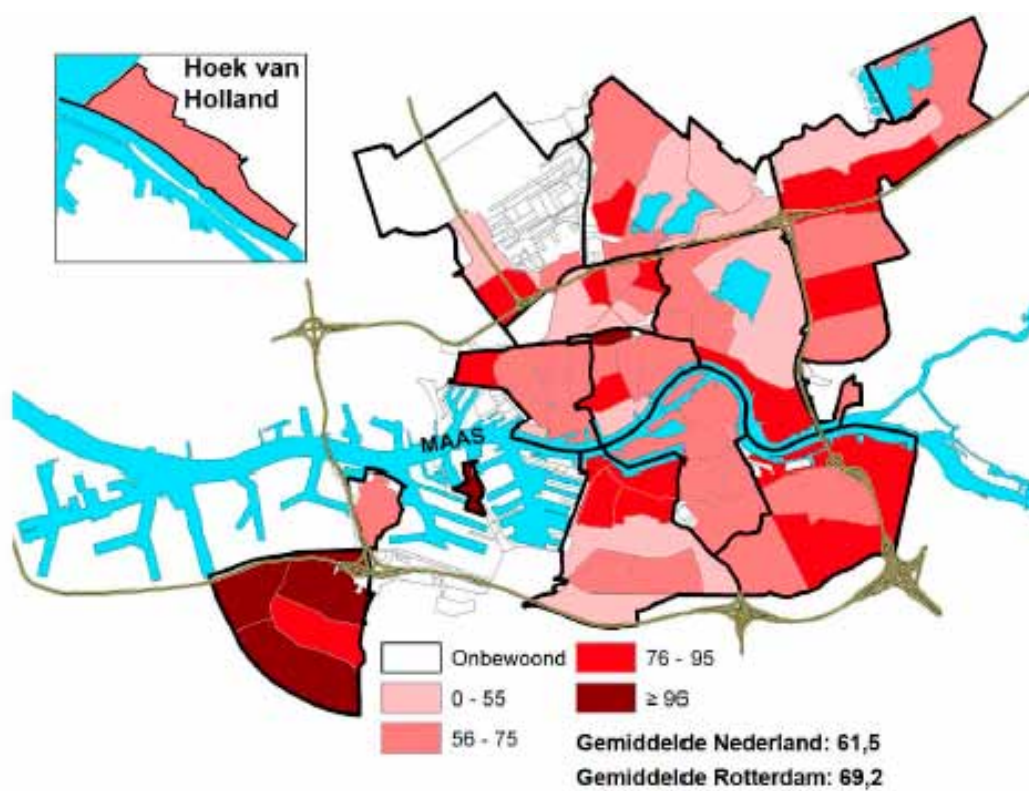
Wat verder opvalt is het lage niveau in Hoogvliet in vergelijking met de perinatale sterfte en een klassieke 'gezonde' deelgemeente als Hillegersberg-Schiebroek. Verder onderzoek is noodzakelijk naar de achtergrond van het hoge niveau in Hoek van Holland, en naar het lage niveau in Hoogvliet; zie ook verder de rapportage per deelgemeente.

2.4 Vroeggeboorte

Per deelgemeente



Per wijk



In Nederland komt vroeggeboorte bij eenlingzwangerschappen voor bij gemiddeld 61,5 per 1000 geboortes. Het Rotterdams gemiddelde bedraagt 69,2 per 1000 geboortes. De vroeggeboorte cijfers per deelgemeente variëren van 54,9 tot 95,7 per 1000 geboortes.

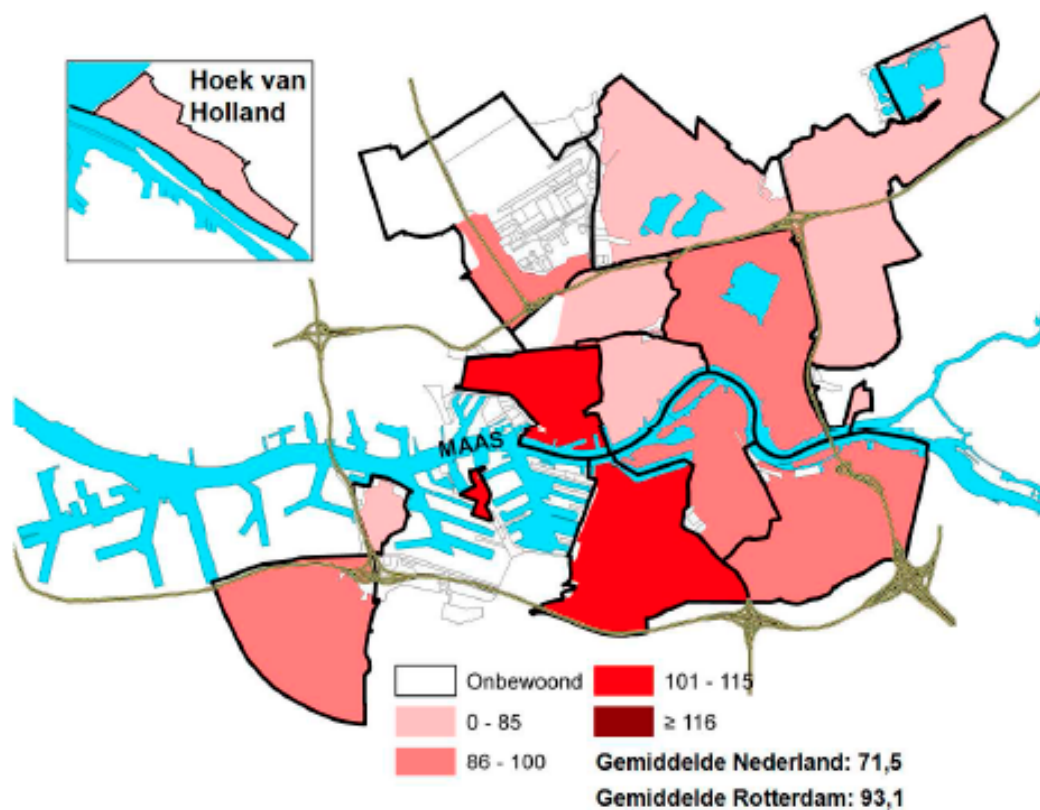
Bij de meeste deelgemeenten varieert het aantal vroeggeboortes tussen de 0 en 75 per 1000 geboortes. De deelgemeenten Hoogvliet en Charlois wijken beide in ongunstige zin af van het landelijke en Rotterdams gemiddelde.

Bij de onderverdeling naar wijken valt op dat er binnen de meeste deelgemeenten grote verschillen zijn tussen wijken onderling, ook in een deelgemeente als Hillegersberg-Schiebroek. Verder is opvallend dat ondanks de hoge perinatale sterfte en het hoge aantal aangeboren afwijkingen Pernis en Hoek van Holland een gemiddeld vroeggeboortecijfer kennen.

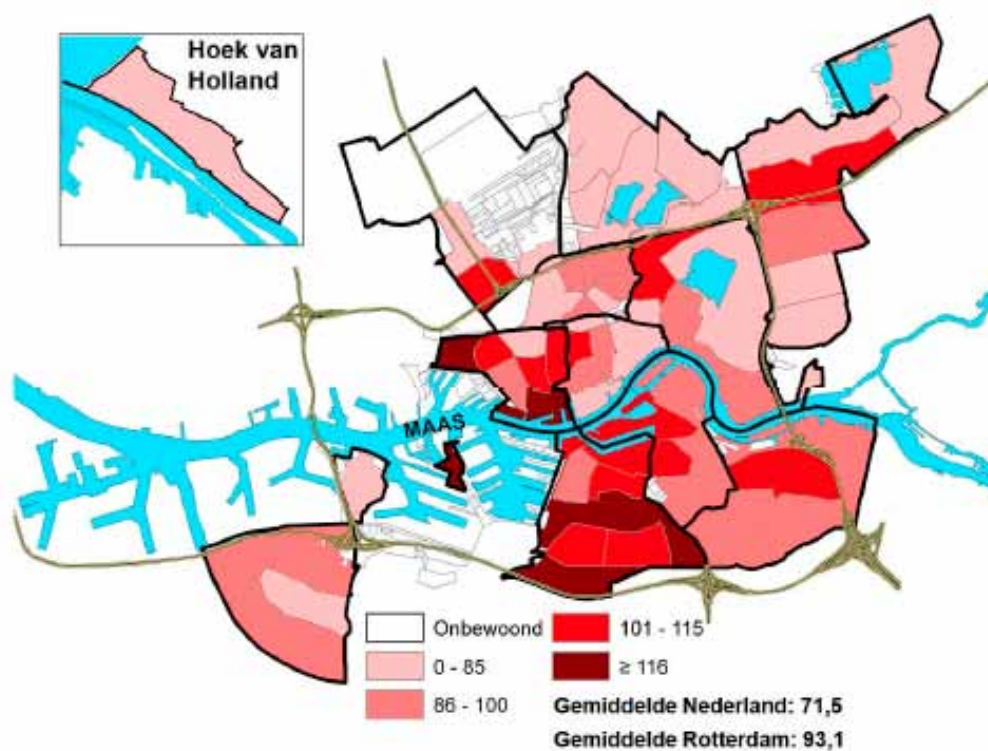
In Hoogvliet blijkt voor zowel de deelgemeente als de wijken een zeer hoog niveau van vroeggeboorte. Mogelijk spelen kenmerken van de zwangeren een rol; zie verder de rapportage per deelgemeente.

2.5 Laag geboortegewicht gecorrigeerd voor zwangerschapsduur

Per deelgemeente



Per wijk



In Nederland komt een laag geboortegewicht naar zwangerschapsduur bij eenlingzwangerschappen voor bij gemiddeld 71,5 per 1000 geboortes. Het Rotterdams gemiddelde is 93,1 per 1000 geboortes.

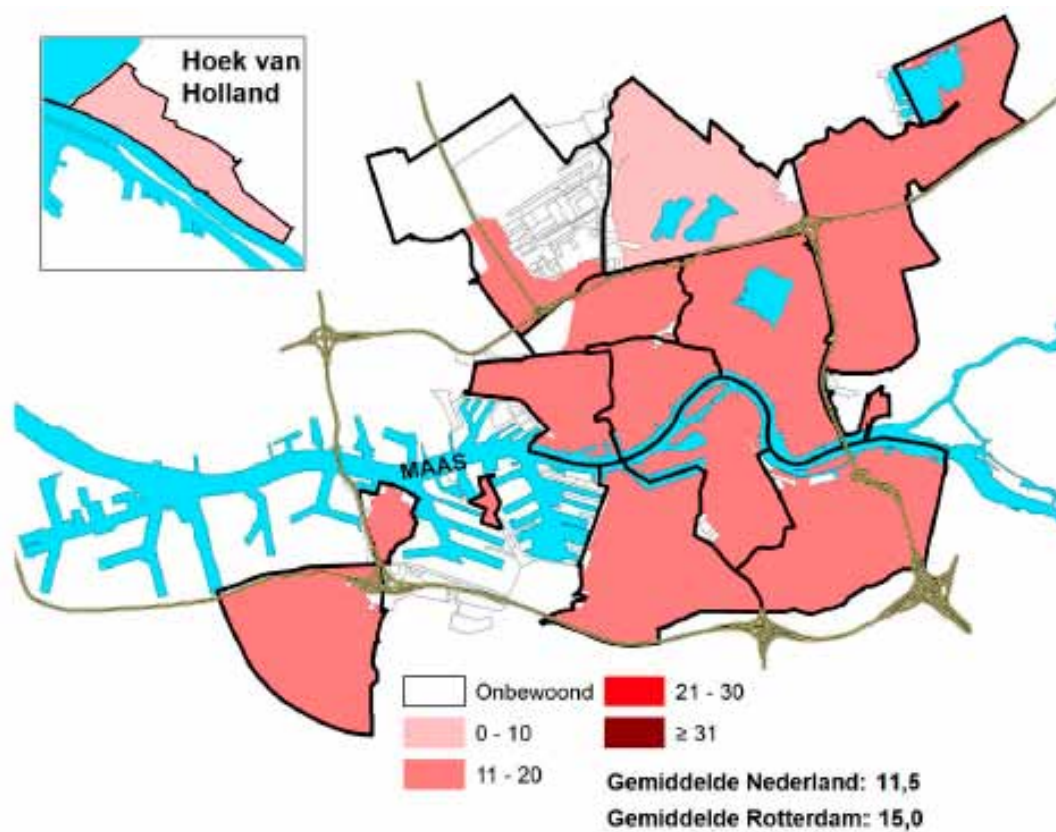
Het voorkomen van een laag geboortegewicht naar zwangerschapsduur varieert per deelgemeente van 71,3 tot 109,9 per 1000 geboortes.

Bij de meeste deelgemeenten varieert het laag geboortegewicht cijfer tussen de 0 en 100 per 1000 geboortes. De deelgemeenten Charlois en Delfshaven wijken beide in ongunstige zin af van het landelijke en Rotterdams gemiddelde.

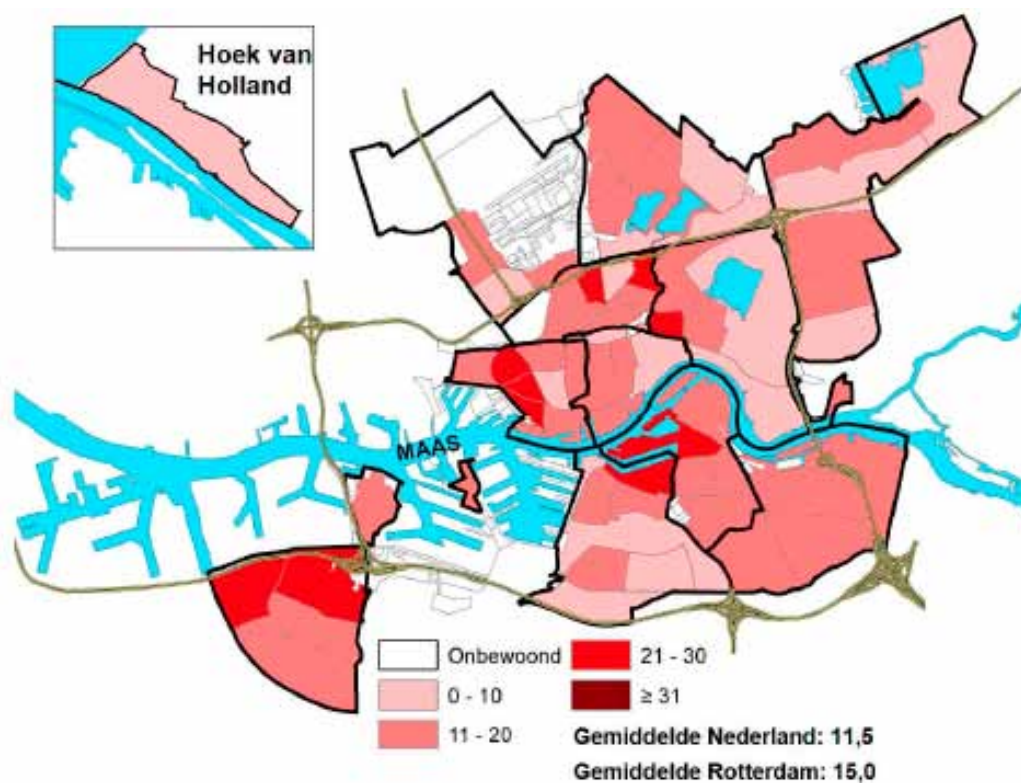
Bij de onderverdeling naar wijken valt op dat ook hier binnen de meeste deelgemeenten grote verschillen bestaan tussen de wijken onderling. Dit blijkt onder andere duidelijk in Delfshaven. In Delfshaven zijn er wijken in elk van de vier tinten rood, in tegenstelling tot Hillegersberg-Schiebroek waar er alleen maar wijken zijn met de lichtste roodtint. Wat precies de achtergrond is van de grote verschillen binnen deelgemeenten vereist nader onderzoek; zie verder de rapportage per deelgemeente.

2.6 Lage Apgar score bij de geboorte

Per deelgemeente



Per wijk



In Nederland komt een lage Apgar score bij eenlingzwangerschappen voor bij gemiddeld 11,5 per 1000 geboortes. Het Rotterdams gemiddelde bedraagt 15,0 per 1000 geboortes. Het voorkomen van een lage Apgar score varieert per deelgemeente van 1,7 tot 20,0 per 1000 geboortes.

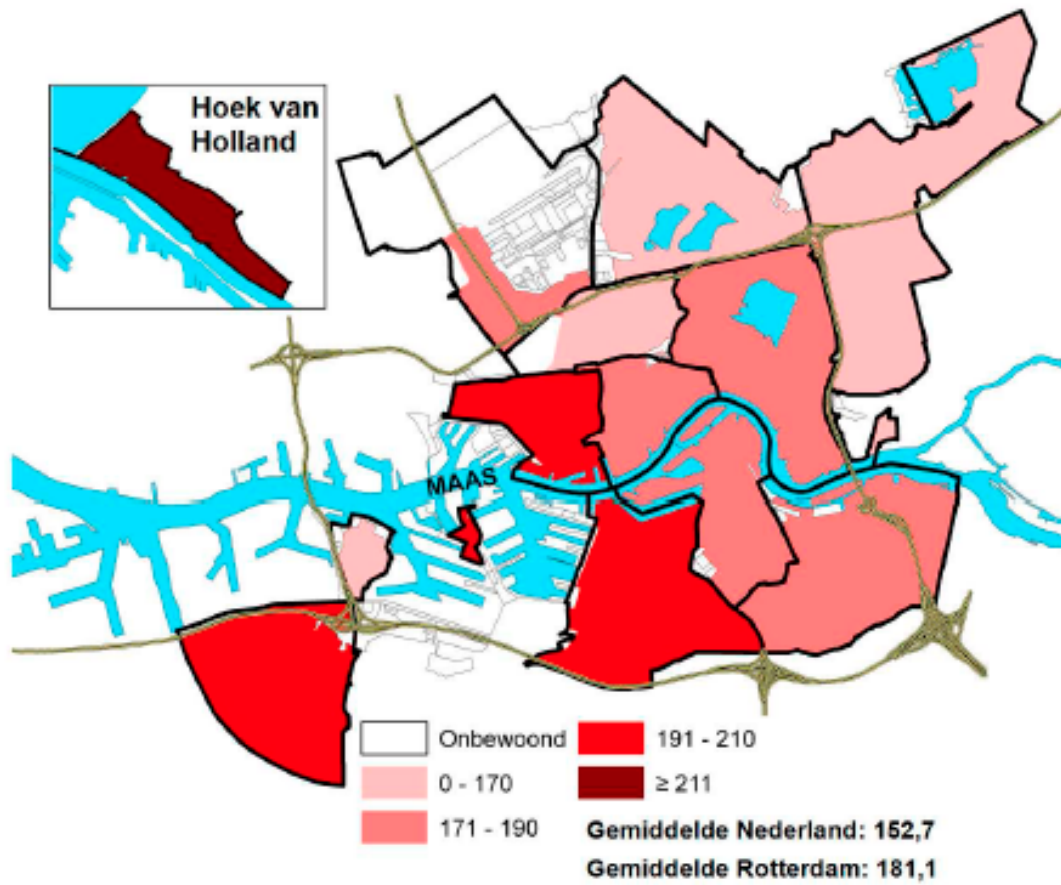
In de meeste deelgemeenten komt een lage Apgar score voor bij 11-20 baby's per 1000 geboortes.

Hoek van Holland en Hillegersberg-Schiebroek wijken in gunstige zin af van zowel het landelijke als het Rotterdams gemiddelde.

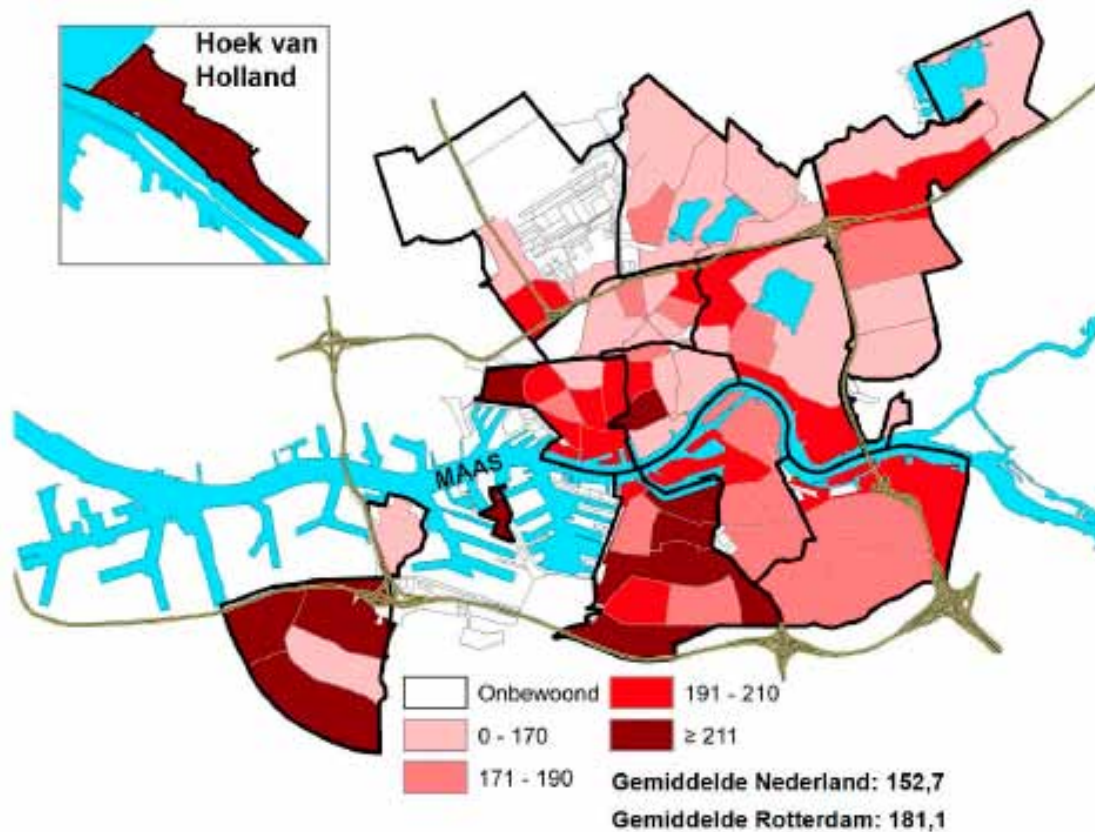
Bij de onderverdeling naar wijken valt op dat er ook hier binnen enkele deelgemeenten wijken zijn met een hoger niveau naast wijken met het laagste niveau. In vergelijking met aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte en laag geboortegewicht lijken de verschillen in lage Apgar score tussen wijken een stuk kleiner. Mogelijk komt dat door verschillen die gerelateerd zijn aan de zorg(verlening); zie verder de rapportage per deelgemeente.

2.7 Totaal perinatale ziekten, Big4

Per deelgemeente



Per wijk



Het totaal aan perinatale ziekten omvat het aantal aangeboren afwijkingen, vroeggeboortes, baby's met een laag geboortegewicht naar zwangerschapsduur en baby's met een lage Apgar score.

Het Nederlands gemiddelde voor het voorkomen van deze vier perinatale ziekten bij eenlingzwangerschappen bedraagt 152,7 per 1000 geboortes. Het Rotterdams gemiddelde is 181,1 per 1000 geboortes; dat illustreert dat Rotterdam relatief ongunstige perinatale gezondheid kent. Het voorkomen van perinatale ziekten varieert per deelgemeente van 140,6 tot 231,2 per 1000 geboortes.

Vergeleken met de afzonderlijk gepresenteerde uitkomsten, zijn de verschillen tussen de deelgemeenten opvallend groot. Tot het gunstige spectrum behoren de deelgemeenten Prins Alexander, Noord, Hillegersberg-Schiebroek en verwonderlijk Pernis. Het ongunstige spectrum daarentegen omvat met name de deelgemeenten Delfshaven, Charlois, Hoogvliet en Hoek van Holland.

Bij de onderverdeling naar wijken valt op dat ook hier grote verschillen bestaan tussen de wijken onderling binnen deelgemeenten. Wanneer de kaartjes van het totaal aan perinatale ziekten worden vergeleken met de kaartjes van de perinatale sterfte, valt op dat de blootstelling aan risico's voor zowel perinatale sterfte als perinatale ziekte in de wijken in Rotterdam sterk verschilt, met andere woorden: de risico's ten aanzien van perinatale sterfte geven niet hetzelfde beeld als de risico's ten aanzien van perinatale ziekte.

3 Analyse per deelgemeente

3.1. Toelichting

3.1.1 Welke cijfers

In de volgende paragrafen worden voor iedere afzonderlijke deelgemeente de beschikbare cijfers getoond over zwangerschap en geboorte. Alle cijfers zijn een gemiddelde van eenlingzwangerschappen over de periode 2000-2007. Hieronder wordt de presentatie kort toegelicht.

Allereerst wordt de stad Rotterdam vergeleken met Nederland. Daarna wordt voor iedere deelgemeente afzonderlijk een rapportage gemaakt omdat elke deelgemeente zowel een eigen demografische opbouw van de zwangerenpopulatie heeft, een eigen risicoprofiel, een eigen zorgprofiel etc.

Voor elke deelgemeente worden de volgende cijfers getoond:

1. perinatale uitkomsten, namelijk de perinatale sterfte ('babysterfte') en perinatale ziekten (bijvoorbeeld aangeboren afwijkingen) die niet alleen op zichzelf van belang zijn maar ook vaak de oorzaak zijn van perinatale sterfte;
2. enkele zorg gerelateerde cijfers;
3. demografische gegevens van de zwangerenpopulatie.

Specifiek gaat het om de volgende cijfers:

1. Perinatale uitkomsten

- het totale aantal eenlingzwangerschappen;
- het aantal gevallen van aangeboren afwijkingen, in percentages;
- het aantal gevallen van vroeggeboorte (geboorte bij een zwangerschapsduur van minder dan 37 weken), in percentages;
- het aantal baby's met een laag geboortegewicht (een geboortegewicht dat lager is dan het 10e percentiel passend bij de zwangerschapsduur), in percentages;
- het aantal baby's met een lage Apgar score (een Apgar score van minder dan 7, vastgesteld 5 minuten na de geboorte), in percentages;
- het totaal aan perinatale ziekten (aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht, en/of lage Apgar score), in percentages;
- het gemiddelde geboortegewicht, in gram;
- de gemiddelde zwangerschapsduur, in weken;
- perinatale sterfte (sterfte vanaf 22 weken zwangerschapsduur tot en met de eerste 7 dagen na de geboorte) per 1000 geboortes;
- doodgeboorte (sterfte in de baarmoeder vanaf 22 weken zwangerschap) per 1000 geboortes;
- neonatale sterfte (sterfte in de eerste 7 dagen na de geboorte) per 1000 geboortes;

- het totaal aan perinatale sterfte gedeeld door het totaal aan perinatale ziekten in percentages; dit getal geeft weer in welk deel van de perinatale sterfte er sprake was van voorafgaande perinatale ziekten.

2. Zorggerelateerde factoren

- het percentage zwangere vrouwen dat pas na 14 weken zwangerschap voor het eerst een verloskundige hulpverlener ziet. Dit getal is van belang omdat de standaard prenatale screening idealiter plaats dient te vinden vóór 14 weken zwangerschap;
- het percentage zwangere vrouwen dat start met de bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige, thuis of poliklinisch.

3. Demografische gegevens

- het percentage allochtone zwangeren;
- het percentage tienerzwangerschappen onder autochtone zwangeren;
- het percentage tienerzwangerschappen onder allochtone zwangeren;
- het percentage autochtone zwangeren met een leeftijd hoger dan 35 jaar;
- het percentage allochtone zwangeren met een leeftijd hoger dan 35 jaar;
- het percentage zwangeren dat nog niet eerder gebaard heeft;
- het percentage zwangeren woonachtig in een achterstandswijk;
- het percentage zwangeren woonachtig in een wijk met een Sociale Index < 6.0.

3.1.2 Waarmee vergeleken

De cijfers per deelgemeente worden weergegeven in zes kolommen:








- kolom A: de absolute of bruto cijfers zoals waargenomen per deelgemeente;
- kolom B: het gemiddelde van Rotterdam;
- kolom A-B: de absolute cijfers als afwijking (in percentage) van het gemiddelde van Rotterdam;
- kolom C: cijfers die in de deelgemeente te verwachten zijn wanneer de cijfers (kansen op ongunstige uitkomsten) van Rotterdam als geheel, worden toegepast op de betreffende deelgemeente, rekening houdend met eventuele verschillen (tussen Rotterdam als geheel en de deelgemeente) wat betreft bevolkingsopbouw en woonomgeving ('genormeerde' cijfers) (zie ook pp. 8 en 27-28);
- kolom A-C: de absolute cijfers van kolom A als afwijking (in percentage) van de verwachte (of 'genormeerde') cijfers in kolom C;
- kolom D: het gemiddelde van Nederland.

Er is voor 'genormeerde' cijfers gekozen omdat dan de verschillen van de deelgemeentes ten opzichte van Rotterdam ook onderling goed vergelijkbaar zijn. De aanpak staat hier verder kort uitgelegd (zie 3.1.4).

3.1.3 Hoe vergeleken

De interpretatie van de cijfers wordt ondersteund met kleuren. Groen wijst op een voor de deelgemeente gunstig resultaat, oranje/rood op een ongunstige positie. Een afwijking van 5-10% in gunstige zin heeft de kleur lichtgroen, van 10% en meer donkergroen. Een afwijking van 5-10% in ongunstige zin heeft de kleur licht oranje, van 10-15% oranje, van 15% en meer rood. De blauwe kleur wordt gebruikt in situaties dat er geen eenduidige betekenis is van een afwijking in termen van dat deze gunstig of ongunstig is.

De kleuren worden geïllustreerd in de hierna volgende tabel:

| | |
|---|-----------------|
|  | 5-10% beter |
|  | >10% beter |
|  | 5-10% slechter |
|  | 10-15% slechter |
|  | >15% slechter |
|  | 5-10% afwijkend |
|  | >10% afwijkend |

3.1.4 Absolute cijfers en genormeerde cijfers

De deelgemeenten van Rotterdam zijn nogal sterk uiteenlopend wat betreft bevolkingsopbouw en kwaliteit van de woonomgeving zoals deze tot uitdrukking komt in de speciaal door de gemeente ontwikkelde Sociale Index. De absolute of ruwe cijfers zijn essentieel voor het beoordelen van de noodzaak tot voorzieningen, de noodzaak tot extra inspanningen en uitgaven, en om de subjectieve ervaring die bij vele betrokkenen leeft, vorm te geven. Juist ('genormeerde') cijfers die rekening houden met bevolkingsopbouw van de zwangeren en de woonomgeving zijn van belang om zicht te krijgen op factoren in de zorg, en soms ook factoren in de leefomgeving die niet gevangen worden door de Sociale Index.

De normering is tot stand gebracht door te berekenen hoeveel perinatale ziekte of sterfte in deze deelgemeente verwacht kan worden als de gemiddelde Rotterdamse cijfers (naar leeftijd, pariteit, etniciteit en Sociale Index van de woonomgeving) voor de betreffende zwangeren in de deelgemeente hadden gegolden. Soms 'verbeteren' de ongunstige cijfers dan, omdat de bevolkingssamenstelling van de deelgemeente relatief ongunstig is. Het omgekeerde komt echter ook voor.

Bij bijvoorbeeld de deelgemeente Charlois heeft deze normering verrassende gevolgen. De perinatale sterfte in absolute cijfers lijkt met 13,3 per 1000 geboortes 15,9% verhoogd ten opzichte van Rotterdam. Na 'correctie' ('normering') daalt dit cijfer tot 12,5 per 1000 geboortes, en is dan nog maar met 6,7% verhoogd. Met andere woorden: het absolute sterftcijfer lijkt verhoogd, maar wanneer rekening wordt gehouden met de bevolkingsopbouw, woonomgeving en kenmerken van zwangeren in Charlois, dan daalt de perinatale sterfte aanzienlijk.

Verschillende verklaringen zijn denkbaar. Zo kent Stadscentrum bijvoorbeeld excellente verbindingen en is de bereikbaarheid van zorg (van zowel eerste, tweede als derde lijn) uitstekend. Er wordt in Rotterdam relatief vaak poliklinisch bevallen en mogelijk speelt de korte reistijd een rol. Ook heeft het Stadscentrum onmiskenbaar een aantrekkingskracht en mogelijk wonen er studerende of hoogopgeleiden met kinderen waarvan de meestal extra goede gezondheid niet eenvoudig wordt gevangen met bestaande cijfers. In andere deelgemeenten ziet men juist andere effecten.

De cijfers worden steeds in dezelfde volgorde besproken. Eerst geven we de absolute cijfers (I), gevolgd door een samenvatting van de demografische en sociale opbouw (II). Daarna volgen de cijfers 'in Rotterdams perspectief', dat wil zeggen de uitleg van de ten opzichte van Rotterdam genormeerde cijfers (III). De presentatie van zowel absolute als gecorrigeerde cijfers sluit aan bij de praktijk van bijvoorbeeld het CBS en RIVM.

3.1.5 Rotterdam en Nederland

In deze subparagraaf worden de absolute cijfers van de stad Rotterdam met Nederland vergeleken. Kort samengevat is in Rotterdam het totaal aan perinatale ziekten 18,6% hoger dan Nederland. Ook de perinatale sterfte is met bijna 20% verhoogd. De vergelijking van stad Rotterdam met Nederland is van belang omdat de deelgemeenten vergeleken worden met het Rotterdamse gemiddelde. Als een deelgemeente bijvoorbeeld ten opzichte van Rotterdam een vergelijkbaar niveau heeft wat betreft laag geboortegewicht (rekening houdend met de zwangerschapsduur), dan is dat nog altijd 30% hoger dan het Nederlandse gemiddelde. Omgekeerd: als de perinatale sterfte extra verhoogd is zoals in de deelgemeente Stadscentrum, dan komt de 14% oversterfte van Stadscentrum bovenop het reeds 18,3% hogere niveau van de stad Rotterdam.

| GEGEVEN | ROTTERDAM A | NEDERLAND B | VERSCHIL% A-B |
|--------------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| Aantal zwangerschappen | 56.443 | 1.413.618 | NVT |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,6% | 2,7% | -2,4% |
| Vroeggeboorte (%) | 6,9% | 6,1% | 12,6% |
| Laag geboortegewicht (%) | 9,3% | 7,1% | 30,3% |
| Lage Apgar score (%) | 1,5% | 1,1% | 30,2% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 18,1% | 15,3% | 18,6% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3348 | 3439 | -2,7% |
| Gemiddelde zwangerschapsduur | 39,1 | 39,2 | -0,3% |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 11,5 | 9,7 | 18,3% |
| Doodgeboorte (per 1000) | 8,3 | 6,9 | 19,8% |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 3,2 | 2,8 | 14,5% |
| Perinatale sterfte/totaal perinatale | 6,3% | 6,4% | -0,3% |

3.2 Deelgemeente Stadscentrum

| Gegeven 3.2 | Stads-centrum A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|-----------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 2.510 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,8% | 2,6% | 5,7% | 2,7% | 3,0% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 7,1% | 6,9% | 1,8% | 7,2% | -2,2% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 8,4% | 9,3% | -9,3% | 9,8% | -13,8% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 1,3% | 1,5% | -12,1% | 1,6% | -16,5% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 17,1% | 18,1% | -5,4% | 19,0% | -9,6% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3373 | 3348 | 0,7% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,1 | 39,1 | 0,1% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 13,1 | 11,5 | 14,3% | 11,8 | 11,6% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 9,2 | 8,3 | 11,0% | 8,5 | 8,0% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 4,0 | 3,2 | 22,9% | 3,3 | 20,6% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 7,7% | 6,3% | 20,9% | 6,2% | 23,4% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 41,0% | 36,1% | 13,7% | 30,2% | 35,6% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 43,1% | 47,6% | -9,4% | 46,7% | -7,6% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 47,8% | 48,7% | -1,7% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 1,7% | 2,9% | -41,9% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 5,8% | 5,8% | -0,4% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 25,0% | 22,0% | 13,4% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 17,9% | 14,8% | 21,3% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 58,8% | 48,0% | 22,5% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 36,2% | 44,1% | -18,0% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 61,5% | 58,3% | 5,5% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in Stadscentrum is 13,1 per 1000 geboortes, ruim 14% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er in Stadscentrum sprake van ruim 20% verhoging ten opzichte van Rotterdam. Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 17,1% in deze deelgemeente 5,4% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Dit geldt met name voor het aantal baby's dat ter wereld komt met een lage Apgar score; dit aantal ligt 12,1% lager dan het Rotterdams gemiddelde.

Een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap komt relatief vaker voor (41,0%, 13,7% hoger dan Rotterdam). Daarnaast start een lager percentage zwangeren (41,3%, oftewel -9,4% ten opzichte van Rotterdam gemiddeld) hun bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.

II De bewoners en woonomgeving

In het Stadscentrum is het percentage allochtone zwangeren gemiddeld, maar valt op dat het percentage tienerzwangerschappen onder autochtone jongeren bijna de helft is van het Rotterdams gemiddelde, mogelijk als gevolg van een hoog opleidingsniveau van (autochtone) ouders in deze deelgemeente. Er zijn veel meer zwangeren van 35 jaar en ouder, zowel autochtoon (13,4%) als allochtoon (21,3%). Ook valt op dat er bijna een kwart meer eerste kinderen zijn (22,5%); eerste kinderen zijn verbonden met extra risico. Dat valt temeer op omdat het aantal tienerzwangerschappen laag is. Het zijn vooral veel eerste kinderen bij oudere, vermoedelijk hoger opgeleide, moeders.

III De cijfers in Rotterdams perspectief

De uitkomsten ten opzichte van Rotterdam zijn aanmerkelijk gunstiger wat betreft het voorkomen van perinatale ziekten, die tot sterfte aanleiding kunnen geven. Dat suggereert relatief lage niveaus van risico's vroeg in de zwangerschap. De perinatale sterfte is daarentegen sterk verhoogd (11,6%), vooral wat betreft de neonatale sterfte (20,6%). Houdt men rekening met het risiconiveau ten tijde van de baring, dan is de sterfte bijna een kwart hoger dan gemiddeld in Rotterdam. Opvallend is het fors hoger dan verwachte percentage zwangeren dat een eerste zwangerschapscontrole heeft na 14 weken zwangerschap (35,6%).

3.3 Deelgemeente Charlois

| Gegeven 3.3 | Charlois A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 7.428 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,6% | 2,6% | -1,5% | 2,7% | -2,5% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 7,7% | 6,9% | 11,8% | 7,1% | 9,7% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 11,0% | 9,3% | 18,0% | 10,3% | 7,1% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 1,6% | 1,5% | 9,8% | 1,6% | 0,0% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 20,6% | 18,1% | 13,6% | 19,1% | 7,5% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3273 | 3348 | -2,2% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,0 | 39,1 | -0,3% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 13,3 | 11,5 | 15,9% | 12,5 | 6,7% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 11,3 | 8,3 | 37,0% | 9,1 | 24,9% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 2,0 | 3,2 | -37,7% | 3,4 | -41,3% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 6,5% | 6,3% | 2,0% | 6,5% | -0,8% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 39,6% | 36,1% | 9,6% | 36,9% | 7,1% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 47,1% | 47,6% | -1,2% | 49,7% | -5,3% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 62,0% | 48,7% | 27,4% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 5,5% | 2,9% | 91,2% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 6,8% | 5,8% | 16,5% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 13,6% | 22,0% | -38,4% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 12,9% | 14,8% | -12,9% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 48,0% | 48,0% | -0,1% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 95,5% | 44,1% | 116,7% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 98,3% | 58,3% | 68,8% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in Charlois is 13,3 per 1000 geboortes, bijna 16% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer echter rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er slechts sprake van een 2,0% verhoging ten opzichte van Rotterdam. De verhoogde perinatale sterfte is met name te wijten aan het aantal doodgeboortes van 11,3 per 1000 geboortes. Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 20,6% in deze deelgemeente 13,6% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Dit geldt met name voor het aantal baby's met een laag geboortegewicht (11,0%); dit aantal ligt 18,0% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap komt relatief vaker voor (39,6% of 9,6% ten opzichte van Rotterdam). Daarnaast start een iets lager percentage zwangeren (47,1% of 1,2% lager ten opzichte van Rotterdam) hun bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.

II De bewoners en woonomgeving

In Charlois verschilt de populatie zwangeren sterk van het Rotterdams gemiddelde. Charlois kenmerkt zich door veel allochtone zwangeren (62,0%) en vrijwel alle zwangeren wonend in wijken met een lage sociale index (98,3%).

Hier valt op dat het percentage tienerzwangerschappen onder autochtone jongeren bijna het dubbele is van het Rotterdamse gemiddelde (vergelijk Stadscentrum!); mogelijk houdt dat verband met een laag opleidingsniveau van autochtone ouders. Er zijn veel minder zwangeren van 35 jaar en ouder, zowel autochtoon als allochtoon. Het patroon past bij relatief laag opgeleide autochtone moeders.

III De cijfers in Rotterdams perspectief

De perinatale ziekten zijn ten opzichte van Rotterdam verhoogd (7,5%). De sterfte door doodgeboorte is opvallend verhoogd (24,9%), die door sterfte na de geboorte juist aanzienlijk verlaagd (-41,3%). Dit patroon wijst mogelijk op het bestaan van extra risico's, ook aan het eind van de zwangerschap; het hoge percentage tienerzwangerschappen speelt daarbij mogelijk ook een rol. Het percentage zwangeren dat een eerste zwangerschapscontrole heeft na 14 weken zwangerschap is slechts licht verhoogd voor wat men zou verwachten (7,1%).

3.4 Deelgemeente Delfshaven

| Gegeven 3.4 | Delfshaven A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|--------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 8.440 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 3,0% | 2,6% | 13,6% | 2,7% | 12,2% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 6,6% | 6,9% | -4,7% | 7,0% | -5,3% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 10,5% | 9,3% | 12,8% | 10,1% | 3,4% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 1,8% | 1,5% | 18,1% | 1,7% | 6,7% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 19,3% | 18,1% | 6,4% | 19,0% | 1,5% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3321 | 3348 | -0,8% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,1 | 39,1 | 0,0% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 13,3 | 11,5 | 15,9% | 12,5 | 6,2% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 9,7 | 8,3 | 17,4% | 9,1 | 6,6% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 3,6 | 3,2 | 12,1% | 3,5 | 5,1% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 6,9% | 6,3% | 8,9% | 6,6% | 4,6% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 46,1% | 36,1% | 27,7% | 36,2% | 27,2% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 48,0% | 47,6% | 0,7% | 49,5% | -3,0% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 69,7% | 48,7% | 43,2% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 4,7% | 2,9% | 60,8% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 6,2% | 5,8% | 5,5% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 24,0% | 22,0% | 8,9% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 14,9% | 14,8% | 0,7% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 45,0% | 48,0% | -6,2% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 72,7% | 44,1% | 64,9% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 100,0% | 58,3% | 71,6% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in Delfshaven is 13,3 per 1000 geboortes, bijna 16% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer echter rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er sprake van een 8,9% verhoging ten opzichte van Rotterdam. De verhoogde perinatale sterfte is te wijten aan zowel het aantal doodgeboortes als het aantal sterftes in de eerste zeven levensdagen (9,7 en 3,6 per 1000 geboortes, oftewel 17,4% resp. 12,1% hoger dan Rotterdam gemiddeld). Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 19,3% in deze deelgemeente 6,4% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Dit geldt met name voor het aantal baby's met een lage Apgar score; dit aantal ligt 18,1% hoger dan het Rotterdams gemiddelde.

Opvallend is dat vroeggeboorte bijna 5% minder vaak voorkomt.

Een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap komt relatief vaker voor (27,7%). Het percentage zwangeren dat de baring start onder leiding van een eerstelijns verloskundige vrijwel gelijk aan het Rotterdams gemiddelde.

II De bewoners en woonomgeving

In Delfshaven is de populatie zwangeren erg afwijkend van het Rotterdams gemiddelde: het percentage allochtone zwangeren is hoog (69,7%) en alle zwangeren wonen in wijken met een lage sociale index. Hier valt op dat het percentage tienerzwangerschappen onder autochtone jongeren bijna het dubbele is van het Rotterdamse gemiddelde (vergelijkbaar met Charlois en sterk verschillend van Stadscentrum), mogelijk houdt dat verband met een laag opleidingsniveau van autochtone ouders. Het aantal zwangeren van 35 jaar en ouder is gemiddeld, voor zowel autochtone als allochtone zwangeren. Het patroon past bij relatief laag opgeleide autochtone moeders.

III De cijfers in Rotterdams perspectief

De ongunstige uitkomsten ten opzichte van Rotterdam zijn slechts licht verhoogd, al geldt dat voor de sterfte relatief iets meer dan voor perinatale ziekte. Het hoge percentage tienerzwangerschappen onder autochtonen (60,8%) lijkt een kenmerk van de deelgemeente. Het percentage zwangeren dat een eerste zwangerschapscontrole heeft na 14 weken zwangerschap is meer dan een kwart (27,2%) hoger dan wat men op grond van leeftijd, pariteit, etniciteit en Sociale Index zou verwachten in deze deelgemeente.

3.5 Deelgemeente Feijenoord

| Gegeven 3.5 | Feyenoord A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|---|----------------|----------------|-------------------|---------------|-------------------|----------------|
| Aantal zwangerschappen | 7.922 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,3% | 2,6% | -12,9% | 2,7% | -14,7% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 6,7% | 6,9% | -3,7% | 7,0% | -4,45 | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 9,9% | 9,3% | 5,9% | 10,2% | -2,9% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 1,6% | 1,5% | 8,1% | 1,7% | -3,0% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 18,1% | 18,1% | 0,0% | 19,0% | -4,8% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3320 | 3348 | -0,8% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,1 | 39,1 | 0,0% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 11,3 | 11,5 | -2,1% | 12,6 | -10,9% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 7,5 | 8,3 | -9,6% | 9,1 | -18,3% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 3,8 | 3,2 | 16,9% | 3,5 | 8,7% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 6,2% | 6,3% | -2,1% | 6,6% | -6,4% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 45,7% | 36,1% | 26,6% | 36,2% | 26,2% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 50,0% | 47,6% | 5,0% | 49,8% | 0,5% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 71,2% | 48,7% | 46,3% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 5,0% | 2,9% | 71,2% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 5,9% | 5,8% | 0,3% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 0,7% | 22,0% | -5,9% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 13,5% | 14,8% | -8,6% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 44,0% | 48,0% | -8,4% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 67,0% | 44,1% | 52,0% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 100,0% | 58,3% | 71,6% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in Feijenoord is 11,3 per 1000 geboortes, 2,1% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er nog steeds sprake van een 2,1% verlaging ten opzichte van Rotterdam. De verlaagde perinatale sterfte is vooral te wijten aan een lager aantal doodgeboortes van 7,5 per 1000 geboortes. Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 18,1% in deze deelgemeente op hetzelfde niveau als het Rotterdams gemiddelde. Aangeboren afwijkingen en vroeggeboorte komen minder vaak voor dan in heel Rotterdam (12,9% resp. -3,7%); een laag geboortegewicht en een lage Apgar score komen weer relatief iets meer voor (5,9% resp. 8,1%).

Een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap komt relatief vaker voor (26,6% ten opzichte van Rotterdam). Daarnaast start een hoger percentage zwangeren (5,0%) hun bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.

II De bewoners en woonomgeving

In Feijenoord is de populatie zwangeren sterk afwijkend van het Rotterdams gemiddelde: veel allochtone zwangeren (71,2%) en alle zwangeren wonend in wijken met een lage sociale index. Hier valt op dat het percentage tienerzwangerschappen onder autochtone jongeren bijna het dubbele is van het Rotterdamse gemiddelde (vergelijkbaar met Delfshaven en sterk verschillend van Stadscentrum).

Mogelijk is er een verband met een laag opleidingsniveau van autochtone ouders. Het aantal zwangeren van 35 jaar en ouder is verlaagd (-8,5%) en dat geldt ook voor het aantal eerste zwangerschappen (-8,4%). Het patroon past bij relatief laag opgeleide autochtone moeders.

III De cijfers in Rotterdams perspectief Feijenoord lijkt sterk op de deelgemeente Delfshaven qua opbouw van de zwangerenpopulatie, de sociale situatie en het percentage zwangeren dat pas na 14 weken een eerste zwangerschapscontrole heeft. De perinatale uitkomsten zijn daarentegen sterk verschillend, namelijk veel gunstiger voor Feijenoord. Alle perinatale ziekten komen minder vaak voor dan verwacht in Rotterdam (-4,8%), en de perinatale sterfte is opvallend laag (-10,9%), ook als men dat relateert aan de aanwezigheid van perinatale ziekte (-6,4%).

3.6 Deelgemeente Hillegersberg-Schiebroek

| Gegeven 3.6 | Hillegers-Berg A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|------------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 4.210 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,3% | 2,6% | -11,8% | 2,6% | -9,1% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 5,5% | 6,9% | -20,8% | 6,6% | -16,7% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 7,1% | 9,3% | -23,5% | 7,7% | -7,0% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 0,9% | 1,5% | -41,2% | 1,2% | -29,5% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 14,1% | 18,1% | -22,4% | 16,1% | -12,8% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3459 | 3348 | 3,3% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,3 | 39,1 | 0,5% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 7,6 | 11,5 | -33,9% | 9,9 | -23,1% | 9,7 |
| Dodgeboorte (per 1000) | 5,0 | 8,3 | -39,6% | 6,9 | -27,5% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 2,6 | 3,2 | -19,4% | 3,0 | -12,9% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 5,4% | 6,3% | -14,9% | 6,1% | -11,8% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 24,6% | 36,1% | -31,8% | 6,1% | 4,0% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 53,1% | 47,6% | 11,5% | 44,8% | 18,7% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 19,5% | 48,7% | -60,0% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 1,5% | 2,9% | -49,0% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 4,5% | 5,8% | -22,8% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 30,1% | 22,0% | 36,7% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 16,0% | 14,8% | 8,4% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 46,2% | 48,0% | -3,7% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 0,0% | 44,1% | -100,0% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 0,0% | 58,3% | -100,0% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in Hillegersberg-Schiebroek is 7,6 per 1000 geboortes, bijna 34% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er sprake van een 14,9% verlaging ten opzichte van Rotterdam. De verlaagde perinatale sterfte is te wijten aan zowel minder doodgeboortes (-39,6%) als minder sterfte in de eerste zeven levensdagen (-19,4%) ten opzichte van Rotterdam gemiddeld. Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 14,1% in deze deelgemeente 22,4% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Dit geldt voor alle perinatale ziekten, maar het meest voor het aantal baby's met een lage Apgar score; dit aantal ligt 41,2% lager dan het Rotterdams gemiddelde.

Een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap komt relatief minder vaak voor (24,6% of 31,8% ten opzichte van Rotterdam). Daarnaast start een hoger percentage zwangeren (53,1% of 11,5% ten opzichte van Rotterdam) hun bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.

II De bewoners en woonomgeving

In deze deelgemeente is de populatie zwangeren zoals verwacht sterk afwijkend van het Rotterdams gemiddelde: een laag percentage allochtone zwangeren (19,5% of 60,0% lager), en niemand woont in wijken met een lage sociale index. Hier valt op dat het percentage tienerzwangerschappen onder autochtone en allochtone jongeren sterk verlaagd is ten opzichte van het Rotterdamse gemiddelde (-49,0% resp. -22,8%), waarschijnlijk als gevolg van een hoger opleidingsniveau van autochtone ouders en mogelijk een effect van de deelgemeente als zodanig. Het aantal zwangeren van 35 jaar en ouder is met 30,1% onder autochtonen sterk verhoogd ten opzichte van Rotterdam gemiddeld (36,7%). Het patroon past bij relatief hoog opgeleide autochtone moeders.

III De cijfers in Rotterdams perspectief

Hillegersberg-Schiebroek heeft zowel absoluut als relatief zeer goede perinatale uitkomsten. Alle perinatale ziekten komen minder vaak voor dan verwacht in Rotterdam, en ook de perinatale sterfte is er laag, overigens grotendeels gerelateerd aan deze verlaagde aanwezigheid van perinatale ziekten.

Alles wijst op weinig risico's c.q. de aanwezigheid van gunstige factoren. Het percentage zwangeren met een te late eerste zwangerschapscontrole blijkt licht verhoogd (4,0%) voor wat men zou verwachten.

3.7 Deelgemeente Hoogvliet

| Gegeven 3.7 | Hoogvliet A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|-------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 2.246 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,1% | 2,6% | -19,0% | 2,6% | -17,1% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 9,6% | 6,9% | 38,3% | 6,8% | 41,0% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 9,0% | 9,3% | -3,4% | 8,3% | 8,9% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 2,0% | 1,5% | 34,0% | 1,3% | 54,5% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 20,3% | 18,1% | 1,4% | 16,9% | 20,2% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3303 | 3348 | -1,3% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 38,8 | 39,1 | -0,7% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 12,5 | 11,5 | 8,4% | 10,3 | 20,9% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 8,5 | 8,3 | 2,5% | 7,3 | 16,6% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 4,0 | 3,2 | 23,6% | 3,1 | 31,3% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 6,1% | 6,3% | -3,5% | 6,1% | 0,3% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 36,0% | 36,1% | -0,3% | 27,5% | 31,0% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 20,3% | 47,6% | -57,4% | 46,1% | -56,0% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 36,6% | 48,7% | -24,9% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 2,9% | 2,9% | -0,5% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 6,9% | 5,8% | 18,7% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 17,8% | 22,0% | -19,1% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 15,1% | 14,8% | 2,3% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 44,6% | 48,0% | -7,1% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 0,0% | 44,1% | -100,0% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 0,0% | 58,3% | -100,0% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in Hoogvliet is 12,5 per 1000 geboortes, dit is 8,4% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer echter rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er sprake van een 3,5% verlaging ten opzichte van Rotterdam. De verhoogde perinatale sterfte is met name te wijten aan het aantal sterftes in de eerste zeven levensdagen (4,0 per 1000 geboortes of 23,6% hoger dan Rotterdam gemiddeld). Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 20,3% in deze deelgemeente 12,4% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Dit geldt vooral voor het aantal vroeggeboortes en baby's met een lage Apgar score; deze aantallen liggen respectievelijk 38,3% en 34,0% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Opvallend is een 19,0% lager aantal aangeboren afwijkingen ten opzichte van Rotterdam gemiddeld. Het percentage zwangeren met een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap is vrijwel gelijk aan het Rotterdams gemiddelde. Daarnaast start een lager percentage zwangeren (57,4%) hun bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.

II De bewoners en woonomgeving

In deze deelgemeente wijkt de populatie zwangeren opnieuw sterk af van het Rotterdams gemiddelde: minder allochtone zwangeren (-24,9%), relatief weinig oudere zwangeren onder allochtonen (2,3%) en autochtonen (-19,1%), en volgens de huidige criteria niemand wonend in wijken met een lage sociale index.

III De cijfers in Rotterdams perspectief

Deze deelgemeente kent, zeker indien men vergelijkt met Rotterdam, relatief veel ongunstige perinatale uitkomsten en een aanmerkelijk verhoogde perinatale sterfte. Alles wijst op een hoog prenataal risiconiveau en mogelijk ook suboptimale zorgaspecten rond de baring gelet op de hoge neonatale sterfte. Dit patroon valt vooral op omdat de sociale index niet sterk verlaagd is. Opvallend in deze deelgemeente is het fors lager dan verwachte percentage zwangeren dat de baring start onder leiding van de verloskundige (-56,0%). Bovendien blijkt ook dat het aantal zwangeren dat een te late eerste zwangerschapscontrole heeft met 31,0% verhoogd is ten opzichte van wat men zou verwachten.

3.8 Deelgemeente Hoek van Holland

| Gegeven 3.8 | Hoek van Holland A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|--------------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 584 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 10,1% | 2,6% | 283,0% | 2,3% | 336,4% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 7,2% | 6,9% | 3,9% | 5,9% | 22,9% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 7,4% | 9,3% | -20,9% | 6,4% | 14,7% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 0,2% | 1,5% | -88,5% | 1,1% | -83,8% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 23,1% | 18,1% | 27,6% | 14,0% | 65,0% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3461 | 3348 | 3,4% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,1 | 39,1 | 0,1% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 3,4 | 11,5 | -70,2% | 8,5 | -59,5% | 9,7 |
| Dodgeboorte (per 1000) | 3,4 | 8,3 | -58,5% | 5,9 | -41,8% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 0,0 | 3,2 | -100,0% | 2,6 | -100,0% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 1,5% | 6,3% | -76,7% | 6,0% | -75,5% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 16,4% | 36,1% | -54,5% | 21,7% | -24,4% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 39,6% | 47,6% | -17,0% | 45,1% | -12,4% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 4,3% | 48,7% | -91,2% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 1,1% | 2,9% | -62,9% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 0,0% | 5,8% | -100,0% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 21,5% | 22,0% | -2,6% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 8,0% | 14,8% | -45,8% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 44,2% | 48,0% | -8,0% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 0,0% | 44,1% | -100,0% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 0,0% | 58,3% | -100,0% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in Hoek van Holland, bestaat alleen uit doodgeboortes en is met 3,4 per 1000 geboortes ruim 70% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 23,1% in deze deelgemeente 27,6% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Dit geldt met name voor het aantal aangeboren afwijkingen dat 283% veel hoger ligt dan het Rotterdams gemiddelde. Opvallend is dat een laag geboortegewicht en een lage Apgar score relatief veel minder vaak voorkomen, respectievelijk 20,9% en 88,5% lager dan het Rotterdams gemiddelde.

Een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap komt relatief minder vaak voor (-54,5%) ten opzichte van Rotterdam gemiddeld. Daarnaast start een lager percentage zwangeren (17,0%) hun bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.

II De bewoners en woonomgeving

Deze deelgemeente, die geografisch ver van Rotterdam verwijderd is, wijkt in veel opzichten af van het Rotterdams gemiddelde: nauwelijks allochtone zwangeren (4,3%), nauwelijks tienerzwangerschappen, relatief jonge autochtone en vooral autochtone zwangeren, en volgens de huidige criteria woont niemand in wijken met een lage Sociale index.

III De cijfers in Rotterdams perspectief

Het patroon van perinatale ziekten en sterftes is zeer afwijkend, en ook opmerkelijk. Omdat het gaat om een kleine deelgemeente is bij de sterftegegevens van aanzienlijk meer onzekerheid sprake dan bij de andere deelgemeenten. Deze deelgemeente kent een zeer hoog niveau van aangeboren afwijkingen waarbij voorzichtigheid geboden is met de interpretatie. Verificatie van de registratiegegevens lijkt gewenst, temeer daar deze deelgemeente relatief klein is, en deze gegevens zeer waarschijnlijk van maar weinig zorgverleners afkomstig zijn. Dat ook het aantal vroeggeboorten verhoogd is, is gelet op de bevolking ook opmerkelijk, maar past wel bij meer aangeboren afwijkingen die vaak tot vroeggeboorte leiden. Opmerkelijk is de uitzonderlijk lage perinatale sterfte (-70,2%), ook voor Nederlandse begrippen (-59,5%), zeker indien men het hoge percentage aangeboren afwijkingen in beschouwing neemt. Ook hier is de onzekerheidsmarge vrij groot.

3.9 Deelgemeente IJsselmonde

| Gegeven 3.9 | IJsselmonde A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|---------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 5.157 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,8% | 2,6% | 5,1% | 2,6% | 6,7% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 7,1% | 6,9% | 2,8% | 6,9% | 2,7% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 9,5% | 9,3% | 1,6% | 9,0% | 5,1% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 1,3% | 1,5% | -10,5% | 1,4% | -4,4% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 18,4% | 18,1% | 1,8% | 7,8% | 3,6% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3319 | 3348 | -0,8% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,0 | 39,1 | -0,1% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 10,3 | 11,5 | -10,6% | 10,9 | -5,9% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 7,2 | 8,3 | -13,1% | 7,8 | -7,9% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 3,1 | 3,2 | -4,3% | 3,1 | -0,9% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 5,6% | 6,3% | -12,2% | 6,1% | -9,1% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 32,7% | 36,1% | -9,4% | 27,5% | 18,8% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 51,8% | 47,6% | 8,8% | 47,2% | 9,9% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 47,4% | 48,7% | -2,5% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 3,9% | 2,9% | 33,9% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 6,7% | 5,8% | 15,3% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 14,8% | 22,0% | -33,0% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 14,5% | 14,8% | -1,9% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 47,7% | 48,0% | -0,6% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 0,0% | 44,1% | -100,0% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 24,1% | 58,3% | -58,7% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in IJsselmonde is met 10,3 per 1000 geboortes 10,6% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er sprake van een 12,2% verlaging ten opzichte van Rotterdam. De verlaagde perinatale sterfte is te wijten aan zowel het aantal doodgeboortes (7,2 per 1000 of -13,1%) als het aantal sterftes in de eerste zeven levensdagen (3,1 per 1000 of -4,3%). Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 18,4% in deze deelgemeente 1,8% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Een lage Apgar score komt 10,5% minder vaak voor; aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte en een laag geboortegewicht daarentegen komen respectievelijk 5,1%, 2,8% en 1,6% iets vaker voor dan het Rotterdams gemiddelde.

Een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap komt relatief minder vaak voor (9,4%).

Daarnaast start een hoger percentage zwangeren (8,8% ten opzichte van Rotterdam gemiddeld) hun bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.

II De bewoners en woonomgeving

Deze deelgemeente wijkt in een specifiek opzicht af van het Rotterdams gemiddelde: veel tienerzwangerschappen zowel bij autochtone (33,9%) als allochtone jongeren (15,3%), relatief jonge autochtone zwangeren (-33,0%), en volgens de huidige criteria weinig zwangeren die wonen in wijken met een lage sociale index.

III De cijfers in Rotterdams perspectief

Het patroon van perinatale ziekten en sterftes is opmerkelijk omdat bij een licht verhoogd aantal risicogerelateerde perinatale aandoeningen (vergelijk bijvoorbeeld Charlois en Delfshaven), de perinatale sterfte na 'normering' relatief gunstig blijkt. Daarnaast valt op dat het aantal zwangeren dat een te late eerste zwangerschapscontrole heeft 18,8% hoger is dan men zou verwachten.

3.10 Deelgemeente Kralingen-Crooswijk

| Gegeven 3.10 | Kralingen Crooswijk A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|-----------------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 4.588 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,5% | 2,6% | -5,8% | 2,7% | -6,6% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 7,0% | 6,9% | 1,1% | 7,1% | -0,9% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 9,1% | 9,3% | -2,6% | 9,5% | -5,0% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 1,4% | 1,5% | -5,3% | 1,5% | -5,7% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 17,8% | 18,1% | -1,8% | 18,4% | -3,5% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3370 | 3348 | 0,7% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,1 | 39,1 | 0,1% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 12,0 | 11,5 | 4,3% | 11,8 | 1,6% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 8,1 | 8,3 | -2,3% | 8,7 | -7,0% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 3,9 | 3,2 | 21,0% | 3,1 | 25,2% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 6,7% | 6,3% | 6,2% | 6,4% | 5,3% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 34,9% | 36,1% | -3,2% | 33,3% | 5,0% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 48,3% | 47,6% | 1,4% | 47,2% | 2,4% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 42,3% | 48,7% | -13,0% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 2,1% | 2,9% | -26,8% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 4,4% | 5,8% | -25,2% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 26,7% | 22,0% | 21,1% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 18,7% | 14,8% | 26,7% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 49,2% | 48,0% | 2,4% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 38,5% | 44,1% | -12,7% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 73,5% | 58,3% | 26,1% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in Kralingen-Crooswijk is 12,0 per 1000 geboortes, ruim 4% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer echter rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er sprake van een 6,2% verhoging ten opzichte van Rotterdam. De verhoogde perinatale sterfte is niet zozeer te wijten aan het aantal doodgeboortes (8,1 per 1000 geboortes of -2,3%) maar aan sterfte in de eerste zeven levensdagen (3,9 per 1000 geboortes of 21,0%). Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 17,8% in deze deelgemeente 1,8% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Dit geldt met name voor het aantal aangeboren afwijkingen en baby's met een lage Apgar score; deze aantallen liggen respectievelijk 5,8% en 5,3% lager dan het Rotterdams gemiddelde.

Het percentage zwangeren met een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap en het percentage zwangeren dat de baring begint in de eerste lijn verschilt niet veel van het Rotterdams gemiddelde, respectievelijk 3,2% lager en 1,4% hoger.

II De bewoners en woonomgeving

Deze deelgemeente wijkt enigszins af van het Rotterdams gemiddelde: minder tienerzwangerschappen zowel bij autochtone (-26,8%) als allochtone jongeren (-25,2%), relatief oude allochtone (26,7%) en autochtone zwangeren (21,1%), en volgens de huidige criteria veel zwangeren die wonen in wijken met een lage sociale index (73,5% of 26,1% ten opzichte van Rotterdam gemiddeld). Mogelijk is het opleidingsniveau zowel autochtoon als allochtoon relatief hoger dan in de sociale index wordt verondersteld, of er is sprake van sterke heterogeniteit.

III De cijfers in Rotterdams perspectief

Het patroon van perinatale ziekten en sterftes is opmerkelijk gunstig. Het aantal risicogerelateerde perinatale aandoeningen is duidelijk lager dan men zou verwachten ten opzichte van Rotterdam (-3,5%). Dat is ook consistent met lage doodgeboortecijfers (-7,0%). Ook als de bevolking heterogeen zou zijn, lijkt het risiconiveau voor de deelgemeente als geheel relatief laag. Een onverwachte bevinding is de hoge neonatale sterfte van 25,2% na normering, die de perinatale sterfte zelfs licht verhoogd maakt (1,6%). Hier is mogelijk sprake van zorggerelateerde factoren.

3.11 Deelgemeente Noord

| Gegeven 3.11 | Noord A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|---------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 5.415 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,7% | 2,6% | 1,5% | 2,7% | -2,5% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 6,4% | 6,9% | -7,7% | 7,23% | -11,5% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 8,8% | 9,3% | -5,8% | 9,4% | -6,9% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 1,7% | 1,5% | 16,1% | 1,5% | 16,1% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 17,4% | 18,1% | -3,7% | 18,6% | -6,3% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3399 | 3348 | 1,5% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,2 | 39,1 | 0,3% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 8,9 | 11,5 | -22,9% | 11,5 | -22,7% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 5,9 | 8,3 | -28,4% | 8,2 | -28,0% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 3,0 | 3,2 | -8,9% | 3,3 | -9,2% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 5,1% | 6,3% | -19,9% | 6,2% | -17,5% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 31,6% | 36,1% | -12,3% | 29,6% | 6,7% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 57,6% | 47,6% | 20,9% | 46,6% | 23,7% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 41,5% | 48,7% | -14,7% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 1,6% | 2,9% | -43,6% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 4,4% | 5,8% | -24,8% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 22,4% | 22,0% | 1,7% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 14,4% | 14,8% | -2,7% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 54,0% | 48,0% | 12,5% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 53,0% | 44,1% | 20,3% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 42,4% | 58,3% | -27,2% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in deelgemeente Noord is 8,9 per 1000 geboortes, bijna 23% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer echter rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er sprake van een 19,9% verlaging ten opzichte van Rotterdam. De verlaagde perinatale sterfte is te wijten aan zowel een lager aantal doodgeboortes (5,9 per 1000 geboortes, of -28,4%) als sterftes in de eerste zeven levensdagen (3,0 per 1000 geboortes of -8,9%). Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 17,4% in deze deelgemeente 3,7% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Het aantal vroeggeboortes en het aantal baby's met een laag geboortegewicht zijn verlaagd met respectievelijk 7,7% en 5,8% ten opzichte van Rotterdam. Het aantal baby's met een lage Apgar score ligt daarentegen 16,1% hoger dan het Rotterdams gemiddelde.

Een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap komt relatief minder vaak voor (12,3%). Daarnaast start een lager percentage zwangeren (20,9%) hun bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.

II De bewoners en woonomgeving

Deze deelgemeente wijkt (opvallend genoeg) in gunstige zin sterk af van het Rotterdams gemiddelde: minder allochtone zwangeren (41,5% of -14,7% ten opzichte van Rotterdam gemiddeld), veel minder tienerzwangerschappen zowel bij autochtone (-43,6%) als allochtone (-24,8%) jongeren, en volgens de huidige criteria minder vaak zwangeren die wonen in wijken met een lage Sociale Index (-27,2%).

Opvallend is dat de VROM-definitie van 'achterstandswijk' juist meer zwangeren toewijst aan een achterstandswijk (20,3%). Mogelijk is er sprake van sterke heterogeniteit.

III De cijfers in Rotterdams perspectief Het patroon van perinatale ziekten en sterftes is opmerkelijk gunstig. Het aantal risico-gerelateerde perinatale aandoeningen is lager dan men zou verwachten (-6,3%). De perinatale sterfte is relatief zelfs erg laag (-22,7%) en ook de sterfte in relatie tot de aanwezigheid van perinatale ziekten is erg laag (-17,5%). Daarnaast blijkt ook dat het percentage vrouwen dat de baring start onder leiding van een eerstelijns verloskundige met 23,7% hoger ligt dan wat men zou verwachten.

3.12 Deelgemeente Overschie

| Gegeven 3.12 | Overschie A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|-------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 1.411 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,8% | 2,6% | 4,8% | 2,7% | 2,2% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 7,6% | 6,9% | 9,5% | 7,0% | 7,6% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 9,4% | 9,3% | 0,5% | 9,1% | 2,6% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 1,4% | 1,5% | -5,2% | 1,5% | -2,7% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 18,6% | 18,1% | 2,5% | 18,1% | 2,7% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3380 | 3348 | 1,0% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,1 | 39,1 | 0,1% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 16,3 | 11,5 | 41,8% | 11,3 | 44,2% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 13,5 | 8,3 | 63,1% | 8,1 | 66,5% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 2,8 | 3,2 | -12,6% | 3,2 | -11,8% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 8,8% | 6,3% | 38,3% | 6,2% | 40,5% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 23,8% | 36,1% | -34,1% | 32,6% | -27,1% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 57,4% | 47,6% | 20,4% | 47,0% | 22,1% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 36,8% | 48,7% | -24,4% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 1,7% | 2,9% | -40,6% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 5,2% | 5,8% | -11,1% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 22,9% | 22,0% | 3,8% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 12,5% | 14,8% | -15,1% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 49,2% | 48,0% | 2,4% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 49,7% | 44,1% | 12,6% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 49,7% | 58,3% | -14,8% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in Overschie is 16,3 per 1000 geboortes, bijna 42% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer echter rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er sprake van een 38,3% verhoging ten opzichte van Rotterdam. De verhoogde perinatale sterfte is met name te wijten aan een verhoogd aantal doodgeboortes (13,5 per 1000 geboortes of 63,1% ten opzichte van Rotterdam gemiddeld). Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 18,6% in deze deelgemeente 2,5% iets hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Dit geldt vooral voor het aantal vroeggeboortes; dit aantal ligt 9,5% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap komt relatief minder vaak voor (34,1% ten opzichte van Rotterdam gemiddeld). Daarnaast start een hoger percentage zwangeren (20,4%) hun bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.

II De bewoners en woonomgeving

Deze deelgemeente wijkt in gunstige zin af van het Rotterdams gemiddelde: minder allochtone zwangeren (-24,4%), veel minder tienerzwangerschappen zowel bij autochtone (-40,6%) als allochtone (-40,6%) jongeren, minder oudere allochtone zwangeren (-15,1%) en volgens de huidige criteria iets minder zwangeren die wonen in wijken met een lage sociale index (-14,8%).

III De cijfers in Rotterdams perspectief

In Overschie springt in het oog dat de perinatale sterfte sterk verhoogd is, vooral door toedoen van doodgeboorte (66,5%). Naar rato van het aantal perinatale ziekten is de sterfte ruim 40% hoger. Dit patroon kan passen bij relatief veel sterfte onder voldragen zwangerschappen en vraagt naar onderzoek naar het zorgproces aan het einde van de zwangerschap. Daarnaast blijkt dat het aantal zwangeren met een te late eerste zwangerschapscontrole 27,2% lager ligt dan wat men zou verwachten.

3.13 Deelgemeente Prins Alexander

| Gegeven 3.13 | Prins-Alexander A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|-------------------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 5.871 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,3% | 2,6% | -12,2% | 2,6% | -12,3% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 7,1% | 6,9% | 2,8% | 6,9% | 3,5% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 8,1% | 9,3% | -13,1% | 8,1% | 0,2% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 1,3% | 1,5% | -13,4% | 1,3% | -0,2% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 16,9% | 18,1% | -6,9% | 16,9% | -0,3% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 3381 | 3348 | 1,0% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,0 | 39,1 | -0,2% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 12,8 | 11,5 | 11,1% | 10,1 | 26,7% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 9,0 | 8,3 | 9,3% | 7,1 | 27,6% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 3,7 | 3,2 | 15,6% | 3,0 | 24,5% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 7,6% | 6,3% | 19,3% | 6,0% | 27,0% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 24,9% | 36,1% | -30,9% | 26,1% | -4,3% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 38,9% | 47,6% | -18,3% | 45,0% | -13,6% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 21,7% | 48,7% | -55,4% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 2,0% | 2,9% | -32,1% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 4,0% | 5,8% | -31,5% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 22,9% | 22,0% | 4,0% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 19,1% | 14,8% | 29,4% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 49,6% | 48,0% | 3,3% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 0,0% | 44,1% | -100,0% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 0,0% | 58,3% | -100,0% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in deelgemeente Prins Alexander is 12,8 per 1000 geboortes, ruim 11% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer echter rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er sprake van een 19,3% verhoging ten opzichte van Rotterdam. De verhoogde perinatale sterfte is te wijten aan zowel een verhoogd aantal doodgeboortes (9,0 per 1000 geboortes of 9,3%) als sterftes in de eerste zeven levensdagen (3,7 per 100 geboortes of 15,6%). Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 16,9% in deze deelgemeente 6,9% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Dit geldt met name voor aantal baby's met een lage Apgar score, laag geboortegewicht en aangeboren afwijkingen (respectievelijk 13,4%, 13,1% en 12,2% lager dan het Rotterdams gemiddelde).

Een eerste zwangerschapscontrole na 14 weken zwangerschap komt relatief minder vaak voor (30,9%). Daarnaast start een lager percentage zwangeren (18,3%) hun bevalling onder leiding van een eerstelijns verloskundige.

II De bewoners en woonomgeving

Deze deelgemeente wijkt net als Overschie gunstig af van het Rotterdams gemiddelde: veel minder allochtone zwangeren (-55,4%), veel minder tienerzwangerschappen zowel bij autochtone (-32,1%) als allochtone (-31,5%) jongeren, maar juist wat meer oudere allochtone zwangeren (29,4%). Volgens de huidige criteria zijn er geen zwangeren die wonen in wijken met een lage sociale index.

III De cijfers in Rotterdams perspectief

In deelgemeente Prins Alexander springt in het oog dat de perinatale sterfte sterk (een kwart) verhoogd is, zowel door toedoen van doodgeboorte als sterfte in de eerste leven levensdagen, terwijl die aanwezigheid van perinatale ziekten niet verhoogd lijkt. Dit patroon vraagt naar onderzoek naar het zorgproces aan het einde van de zwangerschap en rondom en na de baring.

3.14 Deelgemeente Pernis

| Gegeven 3.14 | Pernis A | Rotterdam B | verschil % A-B | verwacht C | verschil % A-C | Nederland D |
|--|----------|-------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Aantal zwangerschappen | 332 | 56.443 | NVT | NVT | NVT | 1.413.618 |
| Aangeboren afwijkingen (%) | 2,7% | 2,6% | 2,8% | 2,6% | 4,0% | 2,7% |
| Vroeggeboorte (%) | 7,2% | 6,9% | 4,4% | 6,8% | 6,4% | 6,1% |
| Laag geboortegewicht (%) | 8,7% | 9,3% | -6,2% | 7,7% | 13,7% | 7,1% |
| Lage Apgar score (%) | 1,5% | 1,5% | 0,7% | 1,3% | 19,5% | 1,1% |
| Totaal perinatale ziekte (%) | 16,6% | 18,1% | -8,5% | 16,5% | 0,7% | 15,3% |
| Gemiddeld geboortegewicht (gram) | 34,2 | 3348 | 1,6% | NVT | NVT | 3439 |
| Gemiddelde zwangerschapsduur (weken) | 39,0 | 39,1 | -0,2% | NVT | NVT | 39,2 |
| Perinatale sterfte (per 1000) | 21,1 | 11,5 | 83,4% | 10,0 | 111,7% | 9,7 |
| Doodgeboorte (per 1000) | 12,0 | 8,3 | 45,9% | 6,9 | 74,8% | 6,9 |
| Neonatale sterfte (per 1000) | 9,0 | 3,2 | 178,7% | 3,1 | 194,8% | 2,8 |
| Perinatale sterfte/ totaal perinatale ziekte (%) | 12,7% | 6,3% | 100,5% | 6,1% | 110,3% | 6,4% |
| 1e Controle na 14 weken zwangerschap (%) | 20,2% | 36,1% | -44,0% | 25,2% | -19,7% | 20,7% |
| Bevalling in 1e lijn (thuis en poliklinisch) (%) | 31,7% | 47,6% | -33,5% | 45,7% | -30,7% | 49,0% |
| Allochtone zwangeren (%) | 14,2% | 48,7% | -70,9% | NVT | NVT | 16,2% |
| Autochtone tienerzwangeren (%) | 2,4% | 2,9% | -17,7% | NVT | NVT | 1,2% |
| Allochtone tienerzwangeren (%) | 17,0% | 5,8% | 191,0% | NVT | NVT | 4,3% |
| Autochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 15,3% | 22,0% | -30,5% | NVT | NVT | 20,4% |
| Allochtone zwangeren van 35+ jaar (%) | 14,9% | 14,8% | 0,9% | NVT | NVT | 16,6% |
| Zwangerschap betreft eerste kind (%) | 46,3% | 48,0% | -3,5% | NVT | NVT | 46,1% |
| Zwangeren in een achterstandswijk (%) | 0,0% | 44,1% | -100,0% | NVT | NVT | 6,2% |
| Sociale Index < 6.0 (%) | 0,0% | 58,3% | -100,0% | NVT | NVT | NVT |

I Babysterfte en andere cijfers

De perinatale sterfte in Pernis bedraagt 21,1 per 1000 geboortes, dat is ruim 83% hoger dan het Rotterdams gemiddelde. Wanneer echter rekening gehouden wordt met perinatale ziekten, is er sprake van een 100,5% verhoging ten opzichte van Rotterdam. De sterk verhoogde perinatale sterfte is vooral te wijten aan het aantal sterftes in de eerste zeven levensdagen dat met 178,7% sterk verhoogd is ten opzichte van Rotterdam. Het totaal aan perinatale ziekten ligt met 16,6% in deze deelgemeente juist 8,5% lager dan het Rotterdams gemiddelde. Dit geldt met name voor het aantal baby's met een laag geboortegewicht; dit aantal ligt 6,2% lager dan het Rotterdams gemiddelde.

II De bewoners en woonomgeving

De deelgemeente Pernis is relatief klein en wijkt net als Overschie gunstig af van het Rotterdams gemiddelde: veel minder allochtone zwangeren (-70,9%), minder autochtone tienerzwangerschappen (-17,7%) en minder oudere autochtone zwangeren (-30,5%). Een zeer opmerkelijke uitkomst is het zeer hoger percentage tienerzwangerschappen onder allochtone jongeren (191,0%). De zwangeren in deze deelgemeente zijn gemiddeld relatief (erg) jong. Volgens de huidige criteria wonen er geen zwangeren in wijken met een lage sociale index.

III De cijfers in Rotterdams perspectief

Vooraf: net als Hoek van Holland is Pernis een relatief kleine deelgemeente, zodat bij de interpretatie van de sterftegegevens van aanzienlijk meer onzekerheid sprake is dan bij de andere deelgemeenten.

In deelgemeente Pernis springt in het oog dat - met dit voorbehoud - de perinatale sterfte zeer sterk verhoogd lijkt, zowel door toedoen van doodgeboorte (74,8%) als neonatale sterfte (194,8%), terwijl de aanwezigheid van perinatale ziekten maar licht verhoogd lijkt (0,7%; dat blijkt pas met de genormeerde cijfers die met leeftijd rekening houden). Ondanks de onzekerheid lijkt onderzoek van belang naar het zorgproces aan het einde van de zwangerschap en rondom en na de baring. Mogelijk spelen factoren zoals de reisafstand naar een ziekenhuis een rol. In dit kader valt op dat het percentage zwangeren dat aan de bevalling begint onder leiding van een eerstelijns verloskundige 30,7% lager ligt dan wat men zou verwachten.

3.15 Deelgemeenten op een rij

In onderstaande tabel staat wat de rangorde van de deelgemeenten is op elk van de (genormeerde) perinatale uitkomsten. Er lijkt een patroon te zijn in die zin dat sommige deelgemeenten die relatief goed scoren op perinatale ziekten dat ook doen wat betreft sterfte (bijvoorbeeld Hillegersberg- Schiebroek), maar omgekeerd ook (bijvoorbeeld Charlois en Pernis). Waarschijnlijk komt dat doordat de risicofactoren voor het ontstaan van perinatale ziekten ook aan het eind van de zwangerschap en na de geboorte van invloed zijn op de kans dat het (ongeboren) kind aan zo'n ziekte overlijdt. Er zijn ook enkele opmerkelijke uitzonderingen. De deelgemeenten Stadscentrum, Overschie, Prins Alexander en Pernis scoren relatief slechter wat betreft sterfte ten opzichte van het bestaan van perinatale ziekten. Omgekeerd scoren Noord en IJsselmonde relatief goed voor wat betreft de sterfte in relatie tot de perinatale ziekten. Hoek van Holland heeft een zeer opmerkelijk patroon met veel perinatale ziekten (in het bijzonder aangeboren afwijkingen) en lage sterfte. Bij Pernis is het juist andersom. In beide deelgemeenten is er vanwege de kleinere aantallen sprake van grotere onzekerheidsmarges.

Aangeboren afwijkingen zijn duidelijk anders dan andere perinatale aandoeningen. In Hoek van Holland komen juist veel perinatale aandoeningen voor, in Hoogvliet juist erg lage. Dit laatste is mogelijk te verklaren, doordat voor het overige sprake is van een risicovolle deelgemeente, waardoor mogelijk een relatief groot deel van de kinderen met aangeboren afwijkingen als miskraam al overlijdt, en zo buiten de perinatale registratie blijft.

| DEELGEMEENTE | AANG AFW | VROEGGEB | LAAG GEB GEW | LAGE APGAR | TOTAAL PERINAT. ZIEKTE | PERINAT. STERFTE | DOOD GEBOORTE | NEONAT. STERFTE | PERINAT. STERFTE/ ZIEKTE |
|--------------|-------------|----------|--------------------|---------------|------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|--------------------------------|
| STADSCENTRUM | 9 | 5 | 1 | 3 | 2 | 9 | 8 | 9 | 10 |
| CHARLOIS | 6 | 11 | 10 | 9 | 11 | 8 | 10 | 2 | 6 |
| DELFSHAVEN | 12 | 3 | 8 | 10 | 8 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| FEIJENOORD | 2 | 4 | 5 | 6 | 4 | 4 | 4 | 8 | 5 |
| H'BERG-SCHBR | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| HOOGVLIET | 1 | 13 | 11 | 13 | 12 | 10 | 9 | 12 | 7 |
| HOEKVHOLLAND | 13 | 12 | 13 | 1 | 13 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| IJSSELMONDE | 11 | 7 | 9 | 5 | 10 | 5 | 5 | 6 | 4 |
| KRALINGEN | 5 | 6 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 11 | 9 |
| NOORD | 7 | 2 | 3 | 11 | 3 | 3 | 2 | 5 | 2 |
| OVERSCHIE | 8 | 10 | 7 | 7 | 9 | 12 | 12 | 4 | 12 |
| PR ALEXANDER | 3 | 8 | 6 | 8 | 6 | 11 | 11 | 10 | 11 |
| PERNIS | 10 | 9 | 12 | 12 | 7 | 13 | 13 | 13 | 13 |

4. Beschouwing

Binnen Rotterdam bestaan er grote verschillen in perinatale gezondheid tussen verschillende deelgemeenten. Er zijn deelgemeenten die het op sommige vlakken uitzonderlijk goed doen en op andere vlakken uitzonderlijk slecht. De verdeling van deelgemeenten in wijken onderstreept nog eens de grote verschillen in perinatale gezondheid. De achtergrond van deze slechte perinatale uitkomsten verschilt hoogstwaarschijnlijk per deelgemeente. Waar het in de ene deelgemeente veelal een gecombineerd probleem is van zorgfactoren en omgevingsfactoren, zal het in de andere wijk voornamelijk een kwestie zijn van kenmerken van de zwangere zelf: leefstijl, etniciteit etc. Deze gegevens zijn van groot belang bij het ontwikkelen van beleid gericht op deelgemeente specifieke problemen ter vermindering van de perinatale sterfte en perinatale ziekte binnen Rotterdam.

Daarnaast dient in dit kader specifiek achterstandsproblematiek genoemd te worden, een specifiek kenmerk van Rotterdam als grote stad. Er is hierbij mogelijk sprake van (een combinatie van) verscheidene factoren die een negatieve invloed hebben op de perinatale gezondheid. Te denken valt aan gevoelens van stress door onveiligheid of geluidsoverlast, het milieu (industrie, verkeer), en/of gebrekkige (toegang tot) gezondheidszorg.^{1,5-9} Om goed inzicht te krijgen in de achtergrond van de perinatale gezondheid in de grote stad dient het gehele spectrum aan risicofactoren in bekeken te worden; zowel medische- als niet-medische- (socio-economische etc.) en specifiek grootstedelijke (achterstandsproblematiek) risicofactoren.^{6,10} In grote cohortstudies als 'Generation R' in Rotterdam¹¹ en 'ABCD' in Amsterdam^{6,12} zijn een groot aantal aan risicofactoren bestudeerd en blootgelegd. De uitkomsten van deze studies zijn van cruciaal belang in het begrijpen van de achtergrond van de Rotterdamse problematiek.

Binnen het gemeentelijke programma 'Klaar voor een Kind' zijn velerlei veelbelovende initiatieven gestart ter bestrijding van de slechte perinatale gezondheid:

- de opening van eerstelijns geboortecentra, aanpalend aan een ziekenhuis (één op de Noorddoever per 1 oktober 2009 en één op de Zuidoever per 1 maart 2011) waar vrouwen in een veilige omgeving kunnen bevallen onder leiding van de verloskundige;
- uitgebreide groepsgerichte preconceptiezorg;
- prenatale screening op sociale risicofactoren;
- onderzoek naar luchtkwaliteit en perinatale uitkomsten;
- strategieën ter verbetering van de overdracht van verloskundige zorg naar jeugdgezondheidszorg.

Het effect van deze initiatieven zal de komende jaren moeten blijken middels continue monitoring van de perinatale gezondheid in Rotterdam.

5. Referenties

1. De Graaf JP, Ravelli AC, Wildschut HI, et al. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2008;152:2734-40.
2. Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran J, Steegers EAP. *Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010*. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
3. Denktas S, Voorham T, Bonsel G et al. Grootstedelijke perinatale gezondheid. Programatische aanpak van perinatale sterfte in Rotterdam. *TSG*, 2009; 87: 199-202.
4. Rapport Sociale Index Centrum voor Onderzoek en Statistiek Rotterdam. 2008. Online toegankelijk op <http://www.cos.rotterdam.nl/Rotterdam/Openbaar/Diensten/COS/MOR/PDF/Sociale%20Index%202008.pdf>: Gemeente Rotterdam.
5. Poeran J, Denktas S, Birnie E, Bonsel GJ, Steegers EA. Urban perinatal health inequalities. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010 Sep 14.
6. Agyemang C, Vrijkotte TG, Droomers M, Van der Wal MF, Bonsel GJ, Stronks K. The effect of neighbourhood income and deprivation on pregnancy outcomes in Amsterdam, The Netherlands. *J Epidemiol Community Health*. 2009 Sep;63⁽⁹⁾:755-60.
7. De Medeiros AP, Gouveia N, Machado RP, et al. Traffic-related air pollution and perinatal mortality: a case-control study. *Environ Health Perspect*. 2009 Jan;117⁽¹⁾:127-32.
8. Wilhelm M, Ritz B. Residential proximity to traffic and adverse birth outcomes in Los Angeles county, California, 1994-1996. *Environ Health Perspect*. 2003 Feb;111⁽²⁾:207-16.
9. Hartikainen AL, Sorri M, Anttonen H, Tuimala R, Laara E. Effect of occupational noise on the course and outcome of pregnancy. *Scand J Work Environ Health*. 1994 Dec;20⁽⁶⁾:444-50.
10. Kramer MS, Seguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2000 Jul;14⁽³⁾:194-210.
11. Troe EJ, Raat H, Jaddoe VW, et al. Explaining differences in birthweight between ethnic populations. The Generation R Study. *BJOG*. 2007 Dec;114(12):1557-65.
12. Goedhart G, Van Eijsden M, Van der Wal MF, Bonsel GJ. Ethnic differences in preterm birth and its subtypes: the effect of a cumulative risk profile. *BJOG*. 2008 May;115⁽⁶⁾:710-9.

www.klaarvooreenkind.nl



Klaar voor een kind wordt gecoördineerd door GGD Rotterdam-Rijnmond en Erasmus MC



Gemeente Rotterdam